

# Anorexia-ca

Autor:

Data de publicació: 30-11-2018

**Anomalies endocrines** La regulació de gairebé tots els sistemes endocrins alterada, però els canvis més cridaners es produeixen en el sistema reproductiu. L'amenorrea és d'origen hipotalàmic i reflecteix la disminució de la producció d'hormona alliberadora de gonadotropina (GnRH). Quan GnRH exògena s'administra de manera potent, es normalitzen les respostes hipofisàries de l'hormona luteïtzant (LH) i l'hormona estimuladora del fol·licle. La deficiència de gonadotropina resultant causa baixos estrògens en plasma en dones i redueix la testosterona en els homes. El generador de pols hipotàlic GnRH és exquisidament sensible, especialment en dones, al pes corporal, l'estrès i l'exercici, cadascun dels quals pot contribuir a la amenorrea hipotalàmica a l'AN (capítol 341).

Els nivells de leptina sèrica es redueixen notablement en AN com a conseqüència de la desnutrició i la disminució de la massa greix corporal. La reducció de la leptina sembla ser el principal factor responsable dels trastorns de l'eix gonadal hipotàmic-pituïtari i de ser un mediador important de les altres anomalies neuroendocrines característiques d'AN (capítol 74).

El cortisol sèrum i els nivells de cortisol lliure d'orina durant 24 hores són generalment elevats, però sense signes clínics característics d'excés de cortisol. Les proves de la funció de la tiroide s'assemblen al patró observat en la síndrome d'eutiroides (cap. 335). Els nivells de tiroxina (T4) i T4 lliures solen estar en un rang poc normal, els nivells d'arc de triiodotironina (T3) es redueixen i el T3 (rT3) invers és elevat. El nivell de l'hormona estimuladora de la tiroide ~ S'incrementa l'hormona de creixement, però es redueix el factor de creixement similar a l'insulina 1 (IGF-1), que es produeix principalment pel fetge, com en altres condicions de fam. La disminució de la densitat òssia s'observa rutinàriament en AN i reflecteix els efectes de múltiples deficiències nutricionals, reduint els esteroides gonadals i l'augment del cortisol. El grau de reducció de la densitat òssia és proporcional a la durada de la malaltia i els pacients tenen risc de desenvolupar fractures simptomàtiques. L'aparició d'AN durant l'adolescència pot conduir al cessament prematur d'un creixement lineal de l'os i una falla en l'alçada esperada de l'adult.

Càrrega

## DIAGNÒSTIC

El diagnòstic d'AN es basa en la presència d'atributs físics i físics característics (Taula 76-2). Els criteris diagnòstics àmpliament acceptats són proporcionats pel Manual de Diagnòstic i Estadística dels Trastorns Mentals de l'Estat Americà Psiquiàtric 2<sup>a</sup> edició (DSM-5). Aquests criteris inclouen un pes <85% del que s'esperava i l'alçada, que és aproximadament equivalent a un IMC de 18,5 kg / m<sup>2</sup> d'una dona adulta. Aquest criteri de pes és alguna cosa arbitrari, de manera que ^ El pacient que compleixi tots els altres criteris de diagnòstic, però pesa entre el 75% i el 85% de l'esperat, encara es mereix el diagnòstic d'AN. Els criteris de diagnòstic requereixen que les dones amb AN no tinguin espelmes, però els pacients ocasionals amb les característiques i les complicacions d'AN descriuen la menstruació habitual. S'han especificat dos tipus d'exclusos mútuament d'AN en el DSM-IV. Pacients amb pèrdua de pes

característiques diagnòstiques de l'anorèxia nerviosa

Kpf,

"4-Mantenir el pes corporal en un pes mínim o normal per a \* height. {Això inclou una falta d'assoliment del guany de pes esperat d'un interval de 9 hores que condueix a un pes corporal anormalment baix}

Eaf de guany de pes o de greix. o | ^ de la imatge del cos (per exemple, sentint greix a pesar d'un pes objectivament baix

---

SnT ^ ng de la gravetat del baix pes).

ho \* frhea (Aquest criteri es compleix si els períodes menstruals només es produeixen després de l'anàlisi de neu).

es manté principalment per restriccions calòriques, potser augmentades per ex exercici essencial, es considera que tenen el subtipus "restringit" d'AN,

auto indufH 3tm PUr8m8 «SUbt> 1 \* 's caracteritzat per tantes bones i vòmit autoinduit i / o abús laxant. Els pacients amb la bince /

mnr \* V fly? e ife. Rr PJr ° ne, 0 deVdop desequilibris d'electròlits, són j més làbils emocionalment, i són més propensos a tenir altres problemes amb l

control d'impulsos, com l'abús de drogues.

El diagnòstic d'AN es pot fer amb confiança en un pacient i amb una història de pèrdua de pes aconseguida per una dieta restrictiva i exercici excessiu, acompanyada d'una marcada reticència a guanyar pes Els pacients amb AN sovint neguen que tenen un problema greu i poden | > Es porta a atenció mèdica per familiars o amics afectats

Les presentacions atípiques haurien de considerar-se altres causes de pèrdua significativa de pes en joves joves prèviament sans, incloent malaltia inflammatòria intestinal, obstrucció gàstrica, tumors del sistema nerviós central (NC) o de neoplàsia (cap. 41).

## PROGNOSI

El curs i els resultats d'AN són molt variables. Una quarta part a la meitat dels pacients finalment es recuperen completament, amb poques seqüeles psicològiques o físiques. Tanmateix, molts pacients tenen dificultats persistents amb el manteniment del pes, la depressió i les molèsties alimentàries, incloent BN. El desenvolupament de l'obesitat, seguint l'AN és rar. La mortalitat a llarg termini d'AN es troba entre els més elevats associats amb qualsevol trastorn psiquiàtric. Aproximadament el 5% dels pacients moren per decada de seguiment, principalment a causa dels efectes físics de la gana crònica o el suïcidi.

Pràcticament totes les anomalies fisiològiques associades a l'AN s'observen en altres formes de fam i milloren o desapareixen notablement amb un guany. Una preocupant excepció és la reducció de la massa òssia, que pot no recuperar-se plenament, especialment quan es produeix l'AN durant l'adolescència quan normalment s'aconsegueix la massa òssia màxima.

## ANORÈXIA NERVIOSA

Degut als efectes fisiològics i psicològics profunds de la fam, hi ha un ampli consens que la restauració del pes almenys al 90% del pes previst és l'objectiu principal en el tractament de l'AN. Malauradament, perquè la majoria dels pacients resisteixen aquest objectiu, la gestió de l'AN sovint s'acompanya de frustracions per al pacient, la família i el metge. Els pacients generalment exageren la ingesta d'aliments i minimitzen els seus símptomes. Alguns pacients recorren a subterfugis perquè els seus pesos semblin més alts, per exemple, per la càrrega d'aigua abans de pesar-se. En intentar involucrar al pacient en el tractament, pot ser útil per al metge que provoqui les preocupacions físiques del pacient (per exemple, sobre l'osteoporosi, la debilitat o la fertilitat), i proporcioneu educació sobre la importància de normalitzar l'estat nutricional per afrontar aquestes preocupacions. . El metge hauria de tranquil·litzar al pacient que el guany de pes no se't permetrà obtenir "fora de control", però al mateix temps, emfasitzem que la restauració del pes és mèdica i psicològicament imperativa.

La intensitat del tractament inicial, inclosa la necessitat d'hospitalització, està determinada pel pes actual del pacient, la rapidesa de la pèrdua de pes recent i la gravetat de les complicacions mèdiques i psicològiques (figura 76-1). L'hospitalització s'ha de considerar fortament per als pacients que pesa un <75% del que s'esperava, fins i tot si els resultats dels estudis sanguinis rutinaris estan dins dels límits normals. S'haurien d'identificar i tractar problemes mèdics aguts, com ara desequilibris greus d'electròlits. La restauració nutricional gairebé sempre es pot aconseguir amb èxit mitjançant l'alimentació oral, i els mètodes parenterals rarament es requereixen. Per als pacients amb infrapesa greu, cal proporcionar suficients calories (aproximadament 1200-1800 kcal / d) inicialment en menjars dividits com a suplementos alimentaris o líquids per mantenir el pes i permetre l'estabilització del saldo fluid i electròlit. Les calories es poden augmentar gradualment per aconseguir un augment de pes de 1 -2 kg (2-4 lb) per setmana, que normalment requereixen una ingesta de 3000-4000 kcal / d. Els menjars han de ser supervisats, idealment per personal que sigui

---

ferm en relació amb la necessitat del consum d'aliments, empàtic en relació amb els reptes que comporta i tranquil·litzant la possible recuperació del pacient. Els pacients tenen una gran dificultat psicoògica que respon a la necessitat d'augmentar el consum calòric i l'assistència de psiquiatres o psicòlegs experimentats en el tractament

ment d'AN és generalment necessari.

Els pacients menys afectades poden tractar-se en un programa d'hospitalització parcial on hi ha una supervisió mèdica i psiquiàtrica que sembla estar superada pels riscos potencials d'aquests agents en dones.

FIGURA 76-1 Un algorisme per a les decisions bàsiques sobre el tractament dels pacients amb anorèxia nerviosa o bulímia nerviosa. Basat en les pautes de pràctica de l'Associació Americana de Psiquiatria per al tractament de pacients amb trastorns de l'alimentació. "Tot i que la gestió ambulatoria es pot considerar per als pacients amb anorèxia nerviosa que pesa més del 75% del que s'esperava, hauria d'existir un llindar baix per utilitzar intervencions més intenses si la pèrdua de pes ha estat ràpida o si el pes actual és <80% de l'esperat.

Es poden controlar diversos àpats cada dia. El tractament ambulatori pot ser suficient per a pacients lleus. El pes ha de ser monitoritzat a intervals freqüents i els objectius explícits acordats per a l'augment de pes, amb l'enteniment que es requerirà un tractament més intens si el nivell de cura inicialment emprat no té èxit. Per als pacients més joves, la participació activa de la família en el tractament és crucial, independentment de la zona de tractament.

El tractament psiquiàtric se centra principalment en dos problemes. En primer lloc, els pacients requereixen un gran suport emocional durant el període de guany de pes. Els pacients sovint coincideixen intel·lectualment amb la necessitat d'augmentar de pes, però resisteixen amb força els increments de la ingesta calòrica, i sovint descarten de manera subreptícia els aliments que es proporcionen. En segon lloc, els pacients han d'aprendre a basar la seva autoestima no en la consecució d'un pes inadequat, sinó en el desenvolupament de relacions personals satisfactòries i la consecució d'objectius acadèmics i laborals raonables. Tot i que això és sovint possible, alguns pacients amb AN desenvolupen altres símptomes emocionals i conductuals seriosos, com ara la depressió, l'autolimulació, el comportament obsessiu-compulsiu i la ideació suïcida. Aquests símptomes poden requerir intervencions terapèutiques addicionals, en forma de psicoteràpia, medicació o hospitalització

Ocasionalment, les complicacions mèdiques ocorren durant el replantejament. Especialment en les primeres etapes del tractament, els malalts amb desnutrició poden desenvolupar un "síndrome de refeeding" caracteritzat per hipofosfatèmia, hipomanèmia i inestabilitat cardiovascular. S'ha descrit la dilatació gàstrica aguda quan es torna a replantejar ràpidament. Com en altres formes de malnutrició, es pot produir retenció i edema perifèric, però en general no requereixen tractament específic en absència de disfunció cardíaca, renal o hepàtica. Elevacions modes transitòries en nivells sèrics de enzims hepàtics occa-

### EPIDEMIOLOGIA

En les dones, la síndrome complet de BN es produeix amb una vida útil prevaj ^ d'1 a 3%. Les variants del trastorn, com la purga ocasional, són molt més freqüents i es presenten en un 5-10% dels joves. La freqüència de BN entre els homes és inferior a una desena part de ^ entre les dones. La prevalença de BN va augmentar dramàticament a principis dels anys 70 i 80, però podria haver-se anul·lat o disminuït en alguns anys després dels anys anteriors.

### ETIOLOGIA

Igual que amb AN, l'etiologia de BN és probable que sigui multifactorial. PatiCnu que desenvolupen BN descriuen una prevalença més alta del que s'esperava de cfc; caputxa i obesitat parental, suggerint que una predisposició a la obesitat pot augmentar la vulnerabilitat a aquest trastorn alimentari. La marca - augment en el nombre de casos de BN durant els últims 25 anys i r. La raresa de BN als països subdesenvolupats suggereix que el fet cultural -.- és important. Diverses anomalies biològiques en pacients amb BN rr; Perpetuar aquest desordre una vegada que hagi començat. Aquests inclouen abnor. ~; vincles de la funció serotoninèrgica del SNC, que està involucrat en menjar bé. Ior i la disrupció dels mecanismes de sacietat perifèrica, incloent l'alliberament de colecistocinina (CCK) de l'intestí prim.

### CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques

El pacient típic que presenta per al tractament de BN és una dona o; nc: Mal pes a la meitat dels anys vint que informa que es menja i es peca. 5-10 vegades per setmana durant 5-10 anys (Taula 76-3). El trastorn habitual de gins al final de l'adolescència o primerenca edat adulta durant o després d'un difl sovint en associació amb l'estat d'ànim deprimit. El calòmic autoimpuesto ;; L'estrició condueix a l'augment de la fam i l'excés de menjar. En un moment '. evitar l'augment de pes, el pacient indueix vòmits, llacs laxants o cureuotics, o actua en algun altre tipus de comportament compensatori. En aquest cas, els pacients amb aquest trastorn tendeixen a consumir un gran amour d'aliments dolços amb un alt contingut en greix, com ara els postres. Els comportaments compensatoris freqüentment rv són vòmits i abusos autoinducidos, però s'ha descrit una àmplia varietat de tècniques que eviten l'omissió d'injeccions d'insulina per part de persones amb diabetis mellitus tipus 1. Inicialment, els pacients poden experimentar una sensació d'alcohòlic que pot atraure menjar sense guanyar de pes. Howe'1 ': el trastorn progressa, els pacients perceben un control reduït sobre <? ing. Els binges augmenten la mida i la freqüència i els provoquen avjrii? d'estímuls, com la depressió transitòria, l'ansietat o el sentit que "s'ha consumit molt menjar en un menjar normal". Entre les restes restringeixen la ingesta calòrica, la qual cosa augmenta la fam i estableix el "J" per a la propera absorció. Típicament, els pacients amb BN tenen vergonya del seu comportament i intenten mantenir amagats els trastorns de fern11). Igual que els pacients amb AN, els que tenen BN posen un sis inusual en pes i forma com a base per a la seva autoestima. Molts P-It :, amb BN tenen símptomes lleus de depressió. Alguns malalts mostren un estat d'ànim i alteracions del comportament, com ara la promiscuïtat d'intent de suïcidi i l'abús de drogues i alcohol. Tot i vomitar nIj

### CARACTERÍSTIQUES DIAGNÒSTIQUES DE BULIMIA NERVOSA

Els ep.scdes recurrents de l'alimentació irritada, que és el caràcter. ^ Per l'abundància d'una gran quantitat d'aliment en un curt període de temps, a més, que la menguda està fora de control.

Comportament inadequat recurrent per compensar el vincle autoquímic induït

L'aparició de l'alimentació i el "comportament històric inadequat" com a mínim dues vegades setmanals, de mitjana, durant 3 mesos, Otferconcern amb forma i pes corporal.