## **Anorexia Nerviosa: Manifestaciones Clínicas y Sustento Fisiopatológico**

### ✅ **Definición**

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la restricción voluntaria de la ingesta calórica, acompañada de un miedo intenso a ganar peso y una distorsión significativa de la imagen corporal. Según el **DSM-5**, se diagnostica cuando existe un peso corporal significativamente bajo para la edad y el sexo, un temor persistente a engordar, y una percepción alterada del cuerpo, que influye de manera patológica en la autoestima.

### ✅ **Introducción**

La anorexia nerviosa no solo es una enfermedad psiquiátrica, sino también un síndrome clínico de repercusión sistémica grave. A medida que el cuerpo es privado de nutrientes esenciales, activa mecanismos adaptativos que alteran la función endocrina, cardiovascular, metabólica, digestiva, ósea, dermatológica y neurológica. Estas alteraciones dan lugar a signos y síntomas clínicos que deben ser reconocidos e interpretados bajo el enfoque fisiopatológico. Comprender estas correlaciones permite al clínico abordar integralmente al paciente y diseñar un tratamiento eficaz, que contemple no solo la recuperación nutricional, sino también la restauración de la salud física y mental.

### ✅ **Manifestaciones Clínicas y Fisiopatológicas**

#### **1. Manifestaciones Físicas**

* **Pérdida de peso extrema:** consecuencia directa de la restricción calórica severa. El cuerpo consume primero glucógeno hepático, luego tejido adiposo y finalmente proteína muscular.
* **Amenorrea:** por supresión del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. El déficit calórico y el estrés inhiben la secreción de GnRH → ↓ LH y FSH → ↓ estrógenos.
* **Bradicardia:** por aumento del tono vagal y adaptación a menor gasto energético.
* **Hipotermia:** reducción del metabolismo basal y pérdida del aislamiento térmico por grasa subcutánea.
* **Hipotensión:** hipovolemia por deshidratación, disminución de masa muscular cardíaca y vasodilatación.
* **Lanugo:** aparición de vello fino como compensación ante la pérdida de grasa.
* **Piel seca, uñas frágiles, caída de cabello:** debido a déficit proteico, de ácidos grasos y micronutrientes.
* **Edema periférico:** por hipoalbuminemia y cambios en la presión oncótica plasmática.
* **Osteopenia y osteoporosis:** resultado del hipoestrogenismo crónico y déficit de calcio/vitamina D.

#### **2. Manifestaciones Metabólicas y Endocrinas**

* **Hipoglucemia:** agotamiento de reservas hepáticas y deficiencia de gluconeogénesis eficiente.
* **Trastornos electrolíticos:** hipokalemia, hipomagnesemia e hiponatremia, por vómitos, diuréticos y laxantes.
* **Alteración tiroidea:** ↓ T3 y T4 normales o bajas con TSH normal (síndrome del eutiroideo enfermo).
* **Hipercortisolismo funcional:** por estimulación crónica del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.

#### **3. Manifestaciones Psiquiátricas**

* **Distorsión de la imagen corporal:** percepción errónea del peso y forma corporal.
* **Conductas obsesivo-compulsivas:** rituales alimentarios, conteo calórico, ejercicio excesivo.
* **Ansiedad y depresión:** comunes como comorbilidades, asociadas a baja autoestima.
* **Negación del problema:** egosintonía, resistencia al tratamiento y falta de conciencia de enfermedad.

### ✅ **Diagnóstico**

El diagnóstico es principalmente **clínico**, basado en los criterios del **DSM-5**:

1. Restricción de la ingesta energética que produce peso corporal bajo.
2. Miedo intenso a engordar, incluso con bajo peso.
3. Alteración en la percepción del cuerpo, autoevaluación distorsionada o negación del bajo peso.

#### **Estudios complementarios:**

* **IMC < 18.5 kg/m²** en adultos o < percentil 5 en niños.
* **Laboratorios:** hipoglucemia, hipokalemia, hiponatremia, anemia, elevación de enzimas hepáticas.
* **Hormonas:** ↓ LH, FSH, estrógenos, T3; ↑ cortisol.
* **ECG:** bradicardia sinusal, QT prolongado.
* **Densitometría ósea (DEXA):** para osteopenia.
* **Evaluación psiquiátrica estructurada.**

### ✅ **Tratamiento**

El tratamiento debe ser **multidisciplinario** e individualizado, incluyendo estabilización médica, nutrición supervisada y atención psicológica.

#### **1. Rehabilitación nutricional:**

* Incremento progresivo de la ingesta calórica para lograr **aumento de peso estable** (0.5–1 kg/semana).
* Corrección de **trastornos hidroelectrolíticos** y prevención del **síndrome de realimentación** (hipofosfatemia, arritmias, edemas).
* Suplementación con vitaminas y minerales (calcio, vitamina D, tiamina).

#### **2. Psicoterapia:**

* **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** de elección, ayuda a modificar pensamientos y conductas disfuncionales.
* **Terapia familiar:** recomendada en adolescentes.
* **Psicoterapia individual:** en pacientes con comorbilidad emocional severa.

#### **3. Farmacoterapia (uso limitado):**

* **ISRS (fluoxetina, sertralina):** en casos con depresión o ansiedad, pero no como tratamiento principal de la anorexia.
* Evitar fármacos con riesgo cardiovascular si hay bradicardia o alteraciones del QT.

#### **4. Hospitalización (criterios):**

* IMC < 15 kg/m², bradicardia < 40 lpm, hipotensión severa, riesgo suicida, desequilibrio hidroelectrolítico grave o fracaso del tratamiento ambulatorio.

### ✅ **Conclusión**

La anorexia nerviosa es un trastorno psiquiátrico con expresión somática compleja, en el cual la restricción alimentaria sostenida y el estado de desnutrición producen alteraciones fisiopatológicas en múltiples órganos y sistemas. Las manifestaciones clínicas no son aisladas, sino consecuencia directa de los mecanismos de adaptación al déficit energético y hormonal. El abordaje del paciente debe ser integral, interdisciplinario y centrado en la recuperación de la salud física, mental y social. El conocimiento clínico-fisiopatológico permite detectar signos tempranos de gravedad y aplicar estrategias terapéuticas efectivas que disminuyan la morbilidad y la mortalidad de esta enfermedad, cuya atención oportuna puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.