

JULIANA DE FÁTIMA ARAÚJO PINHEIRO

**ANOREXIA NERVOSA NA INFÂNCIA:
O que o pediatra deve saber**

**FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE-MG

2007

JULIANA DE FÁTIMA ARAÚJO PINHEIRO

**ANOREXIA NERVOSA NA INFÂNCIA:
O que o pediatra deve saber**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Endocrinologia Pediátrica da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

Orientadora: Professora Cristiane de Freitas Cunha.

**FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

ÍNDICE

1 RESUMO.....	4
1.1 OBJETIVO.....	4
1.2 DESCRIÇÃO.....	4
1.3 COMENTÁRIOS.....	4
2 INTRODUÇÃO.....	5
3 CASO CLÍNICO.....	8
3.1 CLÍNICA.....	8
3.2 ASPECTOS SEMIOLÓGICOS.....	9
3.3 ASPECTOS FAMILIARES.....	10
3.4 DIREÇÃO DO TRATAMENTO.....	10
3.5 EVOLUÇÃO DA PACIENTE.....	10
4 DISCUSSÃO.....	11
4.1 ALTERAÇÕES DO EIXO HIPOTÁLAMO-HIPOFISÁRIO.....	12
4.2 ALTERAÇÕES DO EIXO HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-GONADAL ..	13
4.3 ALTERAÇÕES ÓSSEAS.....	14
4.4 ALTERAÇÕES CARDIOLÓGICAS.....	15
5 CONCLUSÃO.....	17
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

ANOREXIA NERVOSA NA INFÂNCIA: O que o pediatra deve saber.

1 RESUMO

1.1 OBJETIVO

Relatar um caso de anorexia nervosa em uma adolescente de 11 anos e 5 meses de idade, do sexo feminino. Mostrar o perfil clínico e psicológico de uma paciente anoréxica que foi acompanhada em conjunto por um endocrinologista pediátrico e um psicanalista, no período compreendido entre abril de 2003 a outubro de 2005.

1.2 DESCRIÇÃO

Adolescente de 11 anos e 5 meses de idade, é levada a consulta médica pela irmã, pois essa se encontrava preocupada com o quadro de hiporexia observado há 6 meses na irmã mais nova.

A paciente é filha de casal de classe média, frequenta escola particular e tem bom desempenho.

Durante o tempo de acompanhamento clínico demonstra um medo acentuado da morte e do despertar da sexualidade. No período de 2 anos e 6 meses, houve uma piora clínica inicial e após 2 anos de acompanhamento a paciente obteve melhora significativa do ponto de vista clínico e psicológico.

1.3 COMENTÁRIOS

O perfil psicológico e familiar da paciente em questão é bem típico das pacientes com anorexia nervosa. O transtorno alimentar normalmente é desencadeado por algum motivo relacionado à sexualidade ou questão familiar. No caso da adolescente o início da anorexia nervosa coincidiu com o início da puberdade. A abordagem da paciente é o que faz a grande diferença na resposta terapêutica. O tratamento com uma equipe multidisciplinar tem se mostrado eficaz, quando se aplica uma abordagem clínica e psíquica.

2 INTRODUÇÃO

O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (privação, ausência). Anorexia nervosa, que significa perda do apetite de origem nervosa, não é a expressão mais adequada, considerando-se que no início da doença há uma luta enorme contra a fome (1).

A anorexia nervosa já tinha sido descrita no século XIX por Lasèque na França e por Gull na Inglaterra como entidade psiquiátrica (2,3). O primeiro desses descreve oito mulheres entre 18 e 32 anos e enfatizam os aspectos emocionais da doença, as características relativas à insegurança pessoal, à negação da doença e a contribuição familiar para a perpetuação dos sintomas.

A anorexia nervosa não é uma doença da modernidade, apesar de ter apresentado um crescimento acentuado nos tempos atuais, pela obsessão à magreza imposta pelos veículos de comunicação e pelo discurso capitalista, de consumo do objeto.

Nota-se que a mídia vem divulgando de forma rotineira a ocorrência dos transtornos alimentares, tornando-se comum a exposição de personalidades do mundo artístico, com anorexia ou bulimia nervosa. No ano de 2006 duas novelas de grande audiência nacional, teve personagens que abordaram esse assunto e essa divulgação trouxe uma demanda maior para os órgãos de saúde, pois serviu para alertar e abrir um debate sobre esse importante e polêmico assunto.

Para Bell, em artigo publicado no ano de 1985 (1), a anorexia nervosa seria um conflito de identidade, uma tentativa de libertação feminina de uma sociedade patriarcal.

Roberto Assis, pediatra, psicanalista e coordenador do NIAB (Núcleo Interdisciplinar de Anorexia e Bulimia), do Hospital das Clínicas da UFMG, assegura com proficiência que “os quadros clínicos são construções sintomáticas em resposta a conflitos psíquicos; são formas de defesa do sujeito frente a situações insuportáveis, constituindo uma armadura frágil e perigosa” (4).

A ocorrência de fenômenos clínicos como a anorexia, em proporções quase epidêmicas, deve ser realmente avaliada e discutida, pois a incidência desses distúrbios alimentares dobrou nas últimas duas décadas, conforme nos aponta a estatística americana (5,6).

Outro estudo mostra que no ano de 2000, 48% das meninas americanas na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, tiveram diagnóstico de anorexia nervosa (7).

A *American Medical Association* 2005 afirma que a anorexia nervosa afeta aproximadamente 0,5% a 1,0% de todas as meninas americanas na idade escolar.

Algumas estatísticas feitas na Espanha chegam a apontar uma ocorrência de 2% a 20% de óbitos e 30% de cronificação das pacientes com anorexia, mostrando a gravidade e a complexidade desse fenômeno clínico (8).

Existem duas formas de se fazer o diagnóstico da anorexia nervosa (1,7,9). A primeira delas é através do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais, Quarta Edição (DSM-IV), modo padronizado nos Estados Unidos; a outra maneira é através da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), que é usado em mais de 10 países. As duas formas estão relatadas respectivamente, na tabela 1 e na página 7.

(Tabela 1): DSM IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais):

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DSM IV – 307.1 Anorexia Nervosa
A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).
B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.
C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.
D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex., estrógeno.)
Especificar tipo: Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

As diretrizes diagnósticas do CID-10 são as seguintes:

- (a) Peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado ou o IMC em $17,5\text{Kg/m}^2$ ou menos. Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento.
- (b) Perda de peso auto-induzida por abstenção de alimentos que engordam com uma ou mais formas de purgação.
- (c) Distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica, por meio da qual há um pavor de engordar e isso persiste como uma idéia intrusa e sobrevalorizada, o paciente impõe um limiar baixo de peso para si próprio.
- (d) Transtorno endócrino generalizado no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal manifestado em mulheres com amenorréia e em homens com perda de interesse e potência sexual.
- (e) Se o início é na fase pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (a velocidade de crescimento diminui; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há uma amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia.

3 CASO CLÍNICO

3.1 A CLÍNICA

QP: Perda de apetite há 6 meses

H.M.A: Paciente L.S.F, de 11anos e 5 meses, sexo feminino, previamente sadia, procura atendimento médico de uma endocrinologista pediátrica, com queixa de hiporexia há 6 meses associada a perda de peso significativa. Mostrava-se muito preocupada com a imagem corporal e um medo enorme de engordar. Negava adinamia, insônia, queda de cabelo, alterações na pele e problemas de relacionamento na escola. Conduzida á consulta pela irmã de 19 anos, a fim de que essa fosse sua interlocutora, e logo que chegou esclareceu que não queria dieta ou medicamentos para engordar.

H.P: Gravidez da mãe sem intercorrências. Parto normal, boas condições de nascimento, recebeu alta da maternidade junto com a mãe.

Peso de Nascimento: 3000 gramas.

Estatura de Nascimento: 50cm.

Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) há 4 anos.

História de rinite e sinusite.

H.F: Mãe do lar, com esclerose múltipla, formação em psicologia.

Pai engenheiro, arrimo da família, pouco participativo na educação da filha. Família de classe média com perda de poder aquisitivo.

Menarca da mãe: 16 anos e Menarca da irmã: 15 anos.

H.S: Adolescente freqüentava escola particular com bom desempenho, como atividade extracurricular praticava balé e jazz.

Dieta: Só comia frutas, legumes, leite e muito raramente carne, em pouca quantidade. Dieta hipocalórica.

3.2 ASPECTOS SEMIOLÓGICOS

Ao exame clínico inicial observa-se: (abril de 2003)

Idade: 11 anos e 5 meses

Peso: 30,5 KG (-1 Desvio Padrão). Estatura: 140cm (entre -1DP e a mediana)

Tanner: I (M1P1). Índice de Massa Corpórea (IMC) = 15 Kg/m².

Pressão arterial: 90X60 mmHG.

Paciente em bom estado geral, emagrecida, hidratada, corada.

Demais aparelhos sem alterações.

Hipótese Diagnóstica: anorexia nervosa

Conduta médica após a primeira consulta: paciente encaminhada para acompanhamento psicológico e iniciado controle com a endocrinologista a cada 15 a 30 dias, por um período de três anos. Houve piora clínica logo no início do acompanhamento médico, associada à perda de peso de 3KG em 4 meses, apresentou diminuição da pressão arterial e bradicardia.

Evolução clínica:

Quanto ao desenvolvimento puberal, a paciente iniciou com telarca (M2) em dezembro de 2004 com idade de 13 anos e 1 mês, coincidindo com o período da melhora do quadro da anorexia e conseqüentemente ganho de peso. No período em que se encontrava com anorexia nervosa a adolescente apresentou uma baixa velocidade de crescimento (3cm/9meses), depois com retomada da velocidade de crescimento adequada, fazendo o catch-up da puberdade.

No exame de outubro de 2005, a paciente então com 13 anos e 11 meses, apresentava:

Peso: 44,8 KG, Estatura: 154 cm,

IMC: 18,8 Kg/m², Tanner: M3P4.

Na densitometria óssea de setembro de 2003, foi verificada densidade óssea abaixo dos valores de referência para a idade em coluna lombar entre L2-L4, colo do fêmur e no trocanter maior, sendo que a maior perda foi de 16% abaixo do limite inferior da normalidade constatada entre L2-L4. Não houve melhora completa da densidade óssea até o período relatado.

3.3 ASPECTOS FAMILIARES

Percebe-se que a figura da mãe é muito marcante no tratamento, mostrando-se muito preocupada e superprotetora, chorando diante da menina para que esta se alimente e empregando chantagens emocionais. Já o pai, apesar de ser o provedor da família, não tinha característica determinante na educação da filha, mas apresentava-se deprimido diante da situação da mesma.

3.4 DIREÇÃO DO TRATAMENTO

No período de 3 anos houve uma abordagem familiar que incluiu a participação da mãe, pai e da adolescente. Ao longo desse período, a menor apresentou uma melhora gradativa no seu quadro clínico, com retorno da ingestão alimentar. Seu IMC passou progressivamente de 15Kg/m² para 18,8Kg/m² com resolução das complicações clínicas como a diminuição da pressão arterial, bradicardia, arritmia cardíaca, baixa velocidade de crescimento, atraso do início da puberdade e alterações ósseas.

3.5 EVOLUÇÃO DA PACIENTE

A paciente anoréxica pode se apresentar com uma clínica variável de formas leves até formas muito graves, com repercussões relacionadas à desnutrição, alterações endocrinológicas, cardiológicas e ósseas. O caso relatado apresentou algumas complicações clínicas tais como osteopenia, bradicardia, hipotensão, atraso no início da puberdade e baixa velocidade de crescimento no primeiro ano de acompanhamento (4,4cm/ano). No ano de 2005 coincidindo com o ganho de peso a adolescente iniciou a puberdade, acompanhado de uma normalização da velocidade de crescimento (3,5 cm/ 6 meses). O único dado clínico que não tinha normalizado até o final do período relatado de acompanhamento, foi a densidade óssea. Quanto aos demais, observou-se uma melhora completa e satisfatória.

Acreditamos que a boa evolução desse caso seja devido a atenção multidisciplinar dada a adolescente com uma visão atenta ao quadro clínico e psíquico.

A abordagem cautelosa dessas pacientes por uma equipe multidisciplinar é o passo mais importante para os resultados terapêuticos.

4 DISCUSSÃO

Em geral o diagnóstico médico não apresenta dificuldade, pois a anoréxica tem como cartão de visita o corpo magro. Em alguns casos é preciso excluir doenças que possam levar à desnutrição como o transtorno conversivo, a esquizofrenia, a depressão, a doença de Wilson, o Diabetes Mellitus tipo1 descompensado. No entanto, na maioria das vezes, a anorexia está relacionada a algum distúrbio psiquiátrico, sendo o mais comum a depressão. Apesar de desconhecida a etiologia da anorexia nervosa, sabe-se que ela traz na sua gênese uma associação de fatores psicológicos, sociais e biológicos (10). A cultura hoje prega a necessidade, ou melhor, a obrigação de sempre estar magra. Esse motivo pode ser o grande responsável pelo aumento da incidência destes distúrbios alimentares, mas vale lembrar que foi descrita a anorexia nervosa como doença psiquiátrica pela primeira vez em uma época em que o padrão de estética não era a macilência (magreza). Isso nos conduz à conclusão de que os fatores psicológicos estão fortemente relacionados ao sintoma. A negação de uma identidade sexual, os conflitos familiares ou qualquer outro fator intolerável para a paciente pode ser o evento desencadeador da restrição alimentar que inicialmente ocorre associada à fome, sendo que durante o curso da doença a fome pode ser atenuada (1,2,3,8,11,12). A distorção da imagem é algo comum, a pessoa se sente gorda mesmo estando em estágios avançados da doença. Isto pode ser percebido pelo IMC normal da maioria das pacientes no início do sintoma.

Um estudo do Departamento de Psiquiatria da Universidade do Sul da Flórida nos USA descreve que 20% das pacientes anoréxicas antes do início do sintoma eram magras, 50% tinham peso normal e 30% sobrepeso (13).

A paciente anoréxica é comumente descrita como uma aluna de destaque, muito disciplinada e decidida. O padrão cognitivo característico das pacientes anoréxicas é o pensamento dicotômico do tipo tudo ou nada, que não se restringe somente à comida ou ao peso (3).

Quanto ao padrão familiar, não existe uma família tipicamente anoréxica, alguns padrões de relacionamentos conturbados podem ser comuns. Minuchin et al, em estudo publicado em 1978 (1), enfatizam o padrão de confusão de papéis entre os membros familiares, a ausência de limites individuais e falta de separação de identidade de uma matriz familiar.

Em relação às complicações clínicas da anorexia nervosa, elas estão vinculadas aos quadros de desnutrição, sendo esses os maiores problemas vislumbrado pelos profissionais de saúde (5,6,14). As complicações clínicas constatadas nessas pacientes são alterações cardiovasculares (bradicardia, hipotensão, arritmias), alterações ósseas, endócrinas (amenorréia) e alterações metabólicas (distúrbios do cálcio, potássio, fósforo e magnésio).

4.1 ALTERAÇÕES DO EIXO HIPOTÁLAMO-HIPOFISÁRIO

A grande perda de peso, associada à má nutrição, causa um distúrbio endócrino-metabólico nestas pacientes incluindo amenorréia ou oligomenorréia, atraso puberal, hipoglicemia, estado do eutiroidiano doente e o hipercortisolismo. Vários estudos indicam que a base destes problemas está relacionada a uma disfunção hipotalâmica (6,11).

O hipotálamo é o controlador do metabolismo de energia, sendo responsável pela sensação de fome e também pela sensação de saciedade.

O mecanismo de ação dos hormônios na anorexia ainda é desconhecido, mas sabe-se que o alvo primário das alterações é o hipotálamo. Uma variedade de neuropeptídeos controla essas funções associada a numerosas substâncias sintetizadas em diferentes partes do corpo que mandam mensagens para o hipotálamo, estimulando ou inibindo o apetite e a saciedade. O balanço energético a longo prazo é regulado por um sistema que abrange vários hormônios e a produção desses dependem da quantidade de tecido adiposo, como por exemplo, a liberação da leptina e insulina. A leptina é sintetizada pelo tecido adiposo que está envolvido na regulação da ingestão alimentar e no gasto energético.

O percentual superior a 17% de gordura corporal é determinante da menarca, sendo a leptina, provavelmente, o elo entre o tecido adiposo e o eixo gonadal (11). Foram relatados níveis reduzidos de leptina na anorexia nervosa, uma vez que seus níveis se correlacionam com a massa de tecido adiposo. Este hormônio parece controlar a função reprodutiva e a ingestão alimentar por ação hipotalâmica. Tem, também efeito modulador na reprodução podendo contribuir para anovulação na anorexia nervosa.

4.1.2 ALTERAÇÕES DO EIXO HIPOTÁLAMO-HIPÓFISE-GONADAL

A amenorréia primária ou secundária é um dos critérios diagnósticos da anorexia nervosa. Essa alteração pode ocorrer com uma perda de 10% a 15% do peso normal podendo levar a um atraso do desenvolvimento puberal e amenorréia primária ou secundária. Geralmente estes casos são reversíveis, exceto em situações muito graves. Em 20% das pacientes anoréxicas a amenorréia pode preceder a perda de peso, conseqüente ao estresse psicológico e exercício físico exaustivo(11).

Em estudos realizados em pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa, observam-se níveis baixos de hormônio luteinizante (LH) e hormônios folículo-estimulante (FSH) acompanhados de deficiência de estrógeno, o que leva a perda da pulsatilidade mensal, característica do LH, sugerindo uma reversão ao padrão secretório de meninas pré-púberes ou púberes. Ocorre também regressão do tamanho mamário e por vezes, perda parcial de pêlos pubianos. (1)

A má nutrição poderia ser responsável pelo atraso da puberdade e pela diminuição do crescimento. Isso poderia ser explicado como um mecanismo de compensação para reduzir o consumo de energia. A puberdade é atrasada se os sintomas da anorexia começam durante o período pré puberal. Se os sintomas começam com uma puberdade já iniciada, pode acontecer um atraso do crescimento e uma interrupção da puberdade. Finalmente se a anorexia ocorrer em pessoas já com a puberdade estabelecida, o que pode ocorrer é uma amenorréia secundária. Outros sinais do processo de adaptação a má nutrição é a hipoinsulinemia com hipoglicemia (13).

O diagnóstico de amenorréia primária é mais difícil, mas deve ser considerado em meninas acima de dezesseis anos de idade, com história familiar de menarca em idade mais precoce. A faixa etária mais comum de incidência da anorexia é justamente a das meninas que ainda não tiveram a menarca. É o exemplo dado por Miller *et al*, em estudo elaborado com 214 pacientes onde se apresentou um percentual de 34,6% com amenorréia primária. Os ciclos menstruais aparecem quando há uma recuperação de 92% a 98% do peso ideal, com uma recuperação da fertilidade (5). Pacientes com anorexia nervosa exibem hipogonadismo hipogonadotrófica de origem e etiologia incerta. A recuperação do peso leva a um aumento de LH e FSH, sugerindo que a má nutrição deveria estar implicada na regulação das gonadotrofinas (6).

4.2 ALTERAÇÕES ÓSSEAS

A complicação mais importante, e a que pode persistir mesmo após a recuperação nutricional seria a osteopenia. De acordo com dados da literatura, 50% das pacientes com anorexia têm risco de fratura aumentado em um período da vida (2,5,6,14).

As fraturas têm sido descritas em vértebras, ossos longos e esterno.

A deficiência de estrógeno é o fator causal mais importante para perda óssea e osteoporose. Entretanto a má nutrição, a diminuição de peso e as alterações de outros hormônios como, por exemplo, o hipercortisolismo, seriam outros fatores importantes que colaboram para o aumento do risco de osteoporose. A diminuição na ingestão de cálcio e proteína, bem como alterações do hormônio da paratireóide, vitamina D e hormônio do crescimento também podem estar envolvidas.

Atuando no metabolismo ósseo de forma importante a leptina regula o metabolismo do osteoblasto via mecanismo hipotalâmico. A leptina tem efeito na redução da perda do osso trabecular, na arquitetura trabecular e na mudança da formação óssea. A queda dramática dos níveis da leptina observada nos pacientes com anorexia é um dos fatores envolvidos na patogênese da fragilidade do osso repercutindo na sua formação e no crescimento esquelético. A leptina atua como um importante fator protetor do metabolismo ósseo e inibidor da reabsorção (6).

É estimado que aproximadamente 35% da massa óssea se forma nos 3 primeiros anos de vida; entre 4 anos e o início da puberdade, mais 20%; a puberdade é o momento de formação de mais 45%. Se a anorexia se instala no período da puberdade, a perda da massa óssea é acentuada (6,11).

O fator que mais influencia a perda da densidade óssea é o tempo de doença, como se pode ver em trabalho elaborado na Espanha, com 108 pacientes, na faixa etária de 12 a 17 anos, com anorexia nervosa. O tempo que o estudo afirma como importante para interferência na massa óssea, é de um ano de instalação da doença. Meninas com muito tempo de doença podem ser comparadas a mulheres de setenta a oitenta anos de idade em relação à massa óssea. A importância da adesão ao tratamento se faz também no sentido de recuperação dessa perda, se isso ocorre ainda na puberdade, o ganho da densidade óssea é maior em relação às pacientes adultas (15). Há um maior risco de perda óssea das pacientes com

amenorréia primária em relação aquelas com amenorréia secundária. Katz *et al* (11) confirmam que a osteoporose é a mais destacada complicação endocrinológica da anorexia, pois esta pode não ser totalmente reversível e está associada a uma perda de 2% a 6% de massa óssea a cada ano de anorexia nervosa. A densitometria óssea torna-se obrigatória, com repetição a cada seis meses (16).

Pacientes com melhora da desordem alimentar ainda no período da puberdade podem apresentar um ganho de até quatro vezes mais densidade óssea se comparada a um adolescente normal.

Deve ficar claro que o diagnóstico de anorexia nervosa não implica em um diagnóstico de osteoporose e/ou osteopenia.

4.3 ALTERAÇÕES CARDIOLÓGICAS

Nas pacientes anoréxicas, outro dado clínico muito importante a ser avaliado, são as alterações cardiológicas. Essas alterações também são responsáveis por óbitos, de modo que devem ser investigadas e tratadas quando necessário.

Do ponto de vista clínico, encontram-se manifestações típicas da anorexia nervosa, que incluem hipotensão arterial sistêmica, hipotensão postural, acrocianose com extremidades frias e bradicardia.

Do ponto de vista eletrocardiográfico, verificam-se alterações do tipo baixa voltagem do complexo QRS, alterações do segmento ST e da onda T, presença da onda U, devido a distúrbios hidroeletrólíticos. Outro importante achado relaciona-se à bradicardia sinusal, alteração na condução do estímulo elétrico, que se reflete através do aumento do intervalo QT, que é fator de facilitação para o desenvolvimento de arritmias malignas e morte súbita. Através do ecocardiograma é possível encontrar alterações da câmara ventricular esquerda associadas a situações mais severas, com a diminuição da função sistólica.

Em estudo publicado pelo PEDIATRICS no ano de 2000 (7), onde foram observadas 97 pacientes, divididas em três grupos (62 com anorexia nervosa, 9 com bulimia e 26 com outras desordens alimentares), observou-se anormalidade no eletrocardiograma em 70% das pacientes com anorexia nervosa devido à intensa bradicardia e diminuição da força do ventrículo esquerdo. O IMC relaciona-se com o intervalo QT. Outro estudo que confirma esses dados foi elaborado no Hospital Massachusetts, na divisão de neuroendocrinologia,

no ano de 2005. Em 214 pacientes com anorexia nervosa, foram vistos que 19,4% apresentavam bradicardia e 41,3% hipotensão. (5).

5 CONCLUSÃO

Esse caso nos mostra que a anorexia desestrutura o saber médico, por isso deve ser abordada de maneira cautelosa por uma equipe multidisciplinar dando tempo para que o paciente estabeleça uma relação de confiança com o seu ouvinte que pode ser o médico ou outro especialista que tenha experiência. A escuta do paciente resgata o valor da medicina em ver o paciente como um todo e não como uma doença.

Foi dessa forma que a paciente L.S.F conseguiu sair do quadro de anorexia. Ao mesmo tempo o médico não pode deixar de estar atento ao quadro clínico da adolescente, para mantê-la estável hemodinamicamente, já que estamos lidando com uma doença de alta gravidade com altos índices de cronificação e mortalidade.

6 REFERÊNCIAS:

- 1- Nunes MA, Apolinário JC et al. Transtornos Alimentares e Obesidade. Editora Artes Médicas Sul Ltda.1998; 13-191.
- 2- Madueño Francisco. Anorexia Y Bulimia Una experiencia clínica. In: Romero ST. Endocrinología de la anorexia nerviosa. Ediciones Diaz de Santos. S.A; 2003;p.63-74.
- 3- Escola Brasileira de Psicanálise. Anorexia: Como Ignorar O Objeto Nada Do Amor. 2006
- 4- Farah CA. Clínica do Contemporâneo.In: Ferreira RA.Caso AJ. Curinga/ Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais. 2004; p. 91-96.
- 5- Karen K. Milller et al. Medical Findings in Outpatients with Anorexia Nervosa. Arch Intern Med. 2005; 14: 561-566.
- 6- Muñoz M T, Argente J. Anorexia nervosa in female adolescents: endocrino and bone mineral disturbances. European Journal of Endocrinology. 2002; 147: 275-286.
- 7- Panagiotopoulos C, MD et al. Electrocardiographic Findings in Adolescents With Eating Disorders. Pediatrics 2000; 105:1100-1104.
- 8- Ferreira RA. Anorexia e Bulimia: a condução do tratamento. Conferência sobre Adolescência em Belo Horizonte. 2003.
- 9- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 10- Vilela JEM. Transtornos alimentares em escolares. Jornal de Pediatria. 2004; 49-54
- 11- Katz MG, Vollenhoven B. The reproductive endocrine consequences of anorexia nervosa. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2000; 107: 707-713.
- 12- Lecadée P. O despertar e o exílio no adolescente. O mal-entendido da infância. Livraria Voz do capítulo. 2005.
- 13- Powers PS. Eating Disorders. Psychiatric Clinics of North America.1996; 4:1-15.

- 14- Comerci GD. Complicações Médicas da Anorexia e Bulimia Nervosas. *Clínicas da América do Norte*. 1990; 5: 1393-1413.
- 15- Castro J, Lázaro Luiza, et al. Adolescent Anorexia Nervosa: the Catch-up Effect in Bone Mineral Density After Recovery. *J. AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2001; 1215-1219.
- 16- Grinspoon S, Herzog D. Mechanisms and Treatment Options for Bone Loss in Anorexia nervosa. *Psychopharmacology Bulletin*. 1997; 399-404.
- 17- Recalcati M. Clínica Del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis. In: Recalcati M. *El ” cuado tipo “ de la familia anoréxico – bulimia*. Madrid: 2003; p.375-386.
- 18- Steinhausen HS. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry*. 2002;159-207.
- 19- Grinspoon S, Thomas E, Piits S, et al. Prevalence and predictive factors for regional osteopenia in Women with anorexia nervosa. *Ann Intern Med*. 2000; 133:790-794.