



De interés especial

Trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos en Pediatría: un diagnóstico novedoso para una entidad frecuente en la práctica clínica

Y. Suspes Cruz*, S. Orejarena Serrano**

*Pediatra. Departamento de Pediatría. Facultad de Ciencias de la Salud. Grupo de investigación PAIDOS. Univ. Industrial de Santander.

**Psiquiatra Infantil. Departamento de Pediatría. Facultad de ciencias de la Salud. Universidad Industrial de Santander (Bucaramanga-Colombia). Grupo de Investigación en Neurociencias Básicas y Aplicadas. Universidad Católica Luis Amigó (Medellín-Colombia)

Resumen

Introducción: el rechazo a los alimentos es el síntoma principal de los trastornos de la alimentación en menores de 12 años, quienes frecuentemente eran considerados inapetentes y diagnosticados con neofobia alimentaria, trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o trastorno de la conducta alimentaria no especificada. Este trastorno en la actual clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5), recibe el nombre de trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos (TERIA), el cual puede presentarse en niños pequeños y persistir hasta la edad adulta. **Metodología:** revisión de artículos relevantes publicados en los últimos veinte años que abordan los trastornos restrictivos de la alimentación y, específicamente, aquellos que abordaron el tema del TERIA. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda en las bases de PubMed y ScienceDirect incluyeron: trastornos de la alimentación, neofobia alimentaria, niños y niñez. **Resultados y discusión:** el trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos tiene un patrón alimentario maladaptativo, cuyo principal síntoma impacta significativamente en la salud del niño, debido a complicaciones como pérdida de peso, compromiso del crecimiento, deficiencias nutricionales, así como dependencia de soporte nutricional o alimentación enteral. Tiene su pico máximo de aparición entre los 2 y 6 años, por lo que muchos pacientes cursan con el trastorno desde la infancia, pero son diagnosticados tardía o erróneamente, lo que hace fundamental que el clínico tenga claridad acerca de los criterios y diagnósticos diferenciales. **Conclusiones:** el DSM-5 realiza importantes cambios en la definición de los trastornos de la alimentación e introduce en el trastorno de la evitación/restricción de los alimentos. Este trastorno es de particular interés para el pediatra y el psiquiatra infantil en el ámbito ambulatorio y hospitalario. La utilidad clínica del presente artículo se basa en la síntesis y revisión de los criterios diagnósticos, diagnósticos diferenciales, pronóstico, intervenciones de tratamiento y seguimiento de estos pacientes. El abordaje deberá ser interdisciplinario e incluye la participación de: cuidadores, pediatra, psiquiatra y nutricionista.

Palabras clave: Trastornos de la alimentación; Niñez; Adolescentes.

Pediatr Integral 2020; XXIV (4): 234.e1–234.e7

Abstract

Background: food rejection is the main symptom of eating disorders in children under 12 years of age, who were frequently referred to as lacking appetite and diagnosed with eating neophobia, childhood food intake disorder or unspecified eating behavior disorder. This disorder is defined in the current classification of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) as avoidant restrictive food intake disorder (ARFID), which can occur in young children and persist into adulthood. **Methods:** review of articles published in the last twenty years about restrictive eating disorders and specifically those that addressed ARFID. Keywords on PubMed and ScienceDirect included eating disorders, food neophobia, children and/or childhood. **Findings and discussion:** the disorder of avoidance and restriction of food intake is represented by a maladaptive eating pattern, which significantly impacts patients' health due to complications including weight loss, growth retardation, nutritional deficiencies, and dependence on nutritional support or enteral feeding. Its incidence rises between 2 and 6 years-old; therefore, most patients exhibit symptoms since childhood but are diagnosed late or erroneously. Consequently, clinicians should be aware of its criteria and differential diagnoses. **Conclusions:** DSM-5 proposes important changes on the definition of eating disorders and introduces the disorder of avoidance/restriction of food. This disorder is of particular interest to pediatricians and child psychiatrists at the outpatient and inpatient setting. The relevance of this article relies on its synthesis and description of the diagnostic criteria, differential diagnoses, prognosis, treatment interventions and follow-up schemes of these patients. The approach should be multidisciplinary and includes the assistance of caregivers, pediatricians, child psychiatrists and nutritionist.

Key words: Eating disorders; Childhood; Teenagers.

Introducción

Los trastornos relacionados con la ingesta de alimentos y hábitos alimentarios en niños menores de 12 años tienen, como síntoma principal, el rechazo por los alimentos. En este grupo encontramos a los niños comúnmente denominados “inapetentes” o “quisquillosos con las comidas”, quienes en el ámbito clínico se diagnosticaban como neofobia alimentaria, trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o trastorno de la conducta alimentaria no especificado^(1,2). En la actual clasificación del Manual Estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5)⁽³⁾, estos trastornos adquieren el nombre de trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos (TERIA)⁽⁴⁾. Este diagnóstico, al igual que la pica y el trastorno por rumiación, forma parte ahora del capítulo de los trastornos de conducta alimentaria y no de los trastornos habitualmente diagnosticados en la infancia, con la intención de que el clínico tenga en cuenta que, aunque los síntomas de esta enfermedad son frecuentemente observados en niños pequeños, pueden persistir en la infancia tardía, adolescencia y edad adulta⁽⁵⁾. Así mismo, el inicio de los síntomas puede

incluso presentarse en niños mayores, adolescentes⁽⁶⁾ o en el adulto mayor, donde se puede asociar a desnutrición en esa etapa de la vida⁽⁷⁾.

El pediatra debe considerar este diagnóstico en el grupo de niños que están en riesgo de desnutrición o con desnutrición, sin una enfermedad que justifique dicho estado.

Definición

Se refiere a un patrón alimentario maladaptativo, que resulta en una repercusión significativa de la salud con: pérdida de peso, alteración del crecimiento y déficit nutricional, en consecuencia, con dependencia de alimentación enteral o soporte nutricional⁽⁸⁾. En este diagnóstico, están incluidos ahora los pacientes antes diagnosticados con trastorno de la alimentación de la primera infancia y también los pacientes con neofobia alimentaria; estos últimos se diferenciaban porque el síntoma central es el temor a probar alimentos desconocidos, llevando a una falta de variedad dietética con ansiedad evidente, una actitud defensiva específica frente a los nuevos alimentos y comportamiento problemático durante las comidas, lo

que puede asociarse con evitación de situaciones sociales relacionadas con la alimentación, como negación de ir al colegio o al trabajo⁽⁹⁾.

Epidemiología

Los trastornos de la alimentación, clínicamente significativos, tienen un rango de prevalencia entre el 5 y el 25% en niños y jóvenes⁽¹⁰⁾ y, de estos, entre el 12 y 14% corresponden a casos de TERIA⁽¹¹⁾, aunque algunos centros especializados han reportado que hasta el 41% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) correspondían a casos de TERIA⁽¹⁾. Así mismo, en un programa de Hospital de Día para TCA, la tasa fue hasta del 22,5%⁽¹²⁾. La prevalencia en algunas poblaciones es similar a la encontrada para anorexia nerviosa (AN) y mayor que la de bulimia nerviosa (BN)⁽¹⁾.

En población general, la prevalencia puntual encontrada en niños escolarizados de 8 a 13 años es de 3,2%⁽¹³⁾. Mascola y cols., hallaron que el 39% de los niños de cualquier edad son considerados por sus padres como quisquillosos para comer en algún momento de la infancia y se observa que la mayoría

mejoran antes de los 6 años, quedando solamente un 3% de los pacientes con síntomas después de esta edad⁽¹⁴⁾. En mayores de 15 años, se encontró una prevalencia del 0,3%⁽¹⁵⁾ y en un estudio retrospectivo en pacientes seguidos por gastroenterología, con edades entre 8 y 18 años, se encontró que 1,5% de los pacientes tenían criterios de TERIA, y un 2,4% adicional, también tenían retrospectivamente características, pero su diagnóstico no podía ser confirmado o rechazado por falta de información⁽¹⁰⁾.

En relación con AN y BN, se ha observado que los pacientes con TERIA son más jóvenes (gran número de pacientes tienen menos de 12 años) y hay mayor proporción de varones que en los otros trastornos de conducta alimentaria⁽¹⁾, encontrándose en algunos estudios, porcentajes de varones hasta del 20,6% vs 8,7%⁽¹⁶⁾, presentando además, con mayor frecuencia: trastornos comórbidos psiquiátricos (principalmente de tipo ansioso) o médicos y mayor duración de los síntomas^(1,16). En las poblaciones de adolescentes y adultos, se mantiene el patrón de mayor proporción de varones con respecto a los otros trastornos de conducta alimentaria⁽¹⁵⁾.

Diagnóstico

Su principal característica diagnóstica es la evitación o restricción en la ingesta de alimentos que, en el DSM-5, se especifica mejor en el apartado A y debe asociarse a, al menos, una de cuatro condiciones: pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el peso o crecimiento esperado para la edad); deficiencias nutritivas significativas; dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral; y afectaciones importantes en el ámbito psicosocial (Tabla I).

El diagnóstico se realiza exclusivamente en los casos de niños con dificultades de ganancia de peso o crecimiento, o si el adolescente no satisface sus necesidades nutricionales y estas tienen como consecuencia una pérdida de peso significativa. También, se realiza cuando se presentan: deficiencias nutricionales, dependencia de suplementos nutricionales o si los síntomas interfieren significativamente con su funcionamiento psicosocial^(18,19).

En algunos casos, puede ser requerida la observación directa de la exposición del niño a alimentos familiares y no familiares con características organolépticas variadas, además de determinar la falta de interés o preferencia por cada uno de ellos y, al mismo tiempo, evaluar las interacciones entre el niño y el padre o cuidador⁽¹⁸⁾.

Características clínicas

Este trastorno tiene su punto máximo entre los 2 y 6 años de vida, con reducción gradual de los síntomas en el tiempo, de tal manera que son pocos los afectados en los primeros años de la edad adulta. Los patrones de presentación clínica son variados, pudiendo encontrarse pacientes con sensibilidad a las características sensoriales de algunos alimentos, entre los que frecuentemente se encuentran: verduras, frutas, carne, leche y queso; otro grupo de pacientes puede presentar restricción

en la cantidad de alimentos que come, por poco apetito o pobre interés en la comida. Un tercer grupo de pacientes puede dejar de comer algunos alimentos o dejar de comer totalmente después de una experiencia traumática alimentaria, como: asfixia, vómito y otros síntomas gastrointestinales. También se pueden presentar pacientes con síntomas de los tres grupos anteriores, los cuales tienen peor pronóstico⁽¹⁹⁾. El conocimiento del trastorno por parte del personal de salud es limitado, lo que da lugar a que los pacientes se queden sin diagnóstico o tengan un diagnóstico erróneo por muchos años⁽²⁰⁾.

Así pues, muchos pacientes pueden cursar con el trastorno desde la infancia, pero solo son diagnosticados en la adolescencia, ya que muchas veces se considera apropiado el crecimiento de un niño en los percentiles de límite inferior para el peso y la talla, pero una vez llegada la adolescencia, los problemas de su comer restrictivo y selectivo

Tabla I. Criterios DSM-5 del Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Criterios diagnósticos

- A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas, asociado a uno (o más) de los hechos siguientes:
1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)
 2. Deficiencia nutritiva significativa
 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral
 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial
-
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada
-
- C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o la constitución
-
- D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional

Especificar si:

En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado

se acentúan o no son suficientes para mantenerlos en su curva de crecimiento, lo cual alerta al pediatra que es, en la mayoría de los casos, a quien acuden por primera vez⁽⁹⁾. Para otros niños, el primer contacto ocurre con: el terapeuta ocupacional, dietista, gastroenterólogo, psicólogo, psiquiatra o médico de salud del adolescente⁽¹⁰⁾.

Los pacientes se caracterizan por tener factores médicos y psiquiátricos que afectan la ingesta nutricional, pero sin alteración de la percepción de su cuerpo o preocupación por la imagen corporal. Los niños evitan los alimentos, debido a que tienen poco apetito, poco interés en las comidas o para evitar síntomas como: náuseas, dolor, vómito o por miedo a la asfixia, evadir gustos o texturas diversas, o emociones estresantes con las comidas, por lo que algunos pacientes solo aceptan una determinada marca de alimentos o son selectivos con el lugar donde se debe comprar lo que comen⁽⁹⁾.

En adultos, las características clínicas difieren, los adultos rechazan las combinaciones de alimentos o que los alimentos hayan sido tocados por otras personas y, cuando son invitados por otros, temen no poder encontrar alimentos de su agrado. A esta edad reconocen que sus hábitos de alimentación no son saludables⁽²¹⁾.

Comparando muestras de adultos con otros rangos de edad, se observa más asociación con síntomas como tristeza y ansiedad (83%), sensación de estar lleno, dolor abdominal o distensión abdominal (42%) y, en menor proporción, temor a atragantarse (10,5%) en comparación a lo encontrado en niños. La evasión de gustos, olores o texturas como causa del rechazo a comer, también es poco frecuente en este grupo de edad⁽²²⁾.

La evaluación clínica debe incluir una anamnesis completa que incluya encuesta alimentaria, datos sociodemográficos, de función familiar, de seguridad alimentaria y acceso a los servicios de salud. Debe realizarse antropometría completa, valoración nutricional, estado de hidratación, examen neurológico y del neurodesarrollo⁽²³⁾; igualmente, se deben determinar condiciones médicas que precisen tratamiento urgente (deshidratación grave, desnutrición severa o sospecha de maltrato) y la debida deri-

vación a otro nivel de atención. Los exámenes complementarios se realizarán en relación a dichas condiciones.

Diagnóstico diferencial

El primer diagnóstico diferencial que el clínico debe considerar es el proceso de desarrollo normal en el que el lactante, con capacidad de desplazarse y de expresar sus sentimientos, se niega a recibir algunos alimentos como parte de su proceso de individuación, propio en esta etapa de la vida. En esta etapa del desarrollo, que generalmente comienza alrededor de los dieciocho meses, los niños progresan a diferentes velocidades. El rechazo inicial se convierte en un rasgo que representa la apertura subyacente a los nuevos alimentos, sin asociarse específicamente con síntomas de ansiedad ni cambios en la dinámica familiar, además con la resolución total de los síntomas alrededor de los 6 años.

Por otra parte, los pacientes con TERIA se diferencian de los pacientes con BN y AN, porque la pérdida de peso, en los casos de TERIA, no se debe a problemas en la percepción de la imagen corporal y el inicio del TERIA es, en general, en la infancia temprana, en contraste con lo observado en AN y BN, donde el inicio se observa con más frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes⁽¹⁸⁾. En adultos, se ha observado que, aunque los pacientes con TERIA y AN tienen índices de masa corporal similares (IMC), los pacientes con TERIA tienen menor índice de masa corporal premórbido y el máximo de IMC durante la vida es mayor en los pacientes con AN. Por otro lado, los pacientes con TERIA no tienen episodios de atracones ni conductas purgativas^(12,17,22). Por su parte, los pacientes con TERIA desean aumentar de peso, pero no logran ingerir los alimentos necesarios para hacerlo.

Por último, algunos pacientes con TERIA evitan algunos tipos de alimentos por temor a tener problemas de salud (diabetes, problemas cardíacos o de colesterol), por casos presentados por otras personas o por el currículo académico que enseña medidas de alimentación saludable; esto se debe diferenciar de la evitación de alimentos calóricos y distorsión de la imagen corporal en los casos de AN y BN⁽¹²⁾.

En cuanto a otro tipo enfermedades, se debe descartar: el hipertiroidismo, la diabetes, la insuficiencia de glucocorticoides y enfermedades gastrointestinales, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad celiaca y la úlcera péptica; se deben descartar las neoplasias y las infecciones crónicas como la tuberculosis⁽¹⁸⁾.

Comorbilidades

Los pacientes con TERIA pueden presentar síntomas gastrointestinales como: dolor abdominal, temor a vomitar, quejas de sensación de plenitud gástrica y náuseas. Igualmente, se ha encontrado que estos pacientes tienen más prevalencia de: alergias alimentarias, enfermedad por reflujo gastroesofágico e intolerancias alimentarias, lo que aumenta las prescripciones médicas dietarias y la ansiedad familiar⁽¹⁾.

Desde el punto de vista ginecológico, las pacientes tienen con frecuencia amenorrea y osteopenia⁽¹⁶⁾. Desde el punto de vista cardiovascular, se ha encontrado bradicardia y prolongación del QT y se han evidenciado carencias de vitaminas A, E, B12, D y K, además de alteraciones de los electrolitos, principalmente hipokalemia. Dichas deficiencias se pueden encontrar incluso en pacientes con TERIA que no presentan bajo peso. Algunos autores han encontrado casos de alteraciones nutricionales ligadas al exceso de consumo de alimentos con niveles altos de mercurio (p. ej., atún) en pacientes con regímenes alimenticios muy selectivos⁽²¹⁾.

En cuanto a comorbilidades psiquiátricas, uno de los trastornos más frecuentemente asociados son los trastornos del espectro autista y, dada la alta prevalencia de TERIA en este grupo de pacientes, algunos autores han propuesto que la presencia de síntomas de TERIA severos deben hacer sospechar al clínico la posibilidad de que el paciente tenga un trastorno del espectro autista⁽²⁴⁾. Otras comorbilidades incluyen la discapacidad intelectual y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH); situación en la que el TERIA complica el manejo del TDAH, dado que los medicamentos utilizados para tratarlo tienen, como efecto indeseable frecuente, la hiporexia⁽²⁵⁾.

Se ha encontrado igualmente, una comorbilidad frecuente con el trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de ansiedad (hasta en el 72%) y, en menor proporción, trastornos del estado de ánimo^(21,12).

Tratamiento

Las intervenciones tempranas se recomiendan, debido a los riesgos que conllevan para la salud, la vida social y familiar de los pacientes los trastornos de la alimentación no tratados⁽²⁶⁾. En todos los casos, se debe realizar una evaluación integral e iniciar un tratamiento multidisciplinario del paciente, sin dejar a un lado el apoyo al grupo familiar.

Las consideraciones en el tratamiento se relacionan con: el efecto sobre el peso y el crecimiento, el estado nutricional, la afectación de la vida social y la función del individuo, lo que se traduce en un enfoque nutricional y uno conductual. No se dispone, en la actualidad, de guías de manejo y las recomendaciones existentes no pueden ser generalizadas para todos los pacientes⁽⁹⁾.

El tratamiento debe individualizarse sobre la premisa principal de la dificultad para la alimentación y los factores que contribuyen al mantenimiento de la patología; así como el manejo de los factores de resistencia al tratamiento, los cuales pueden ser: personales, familiares y culturales. Es de señalar que, en algunas culturas, hay estigmatización y temor asociado al diagnóstico de una enfermedad mental y al uso de psicofármacos, por lo que se puede observar resistencia al tratamiento, siendo pertinente entonces realizar intervenciones orientadas a la aceptación del diagnóstico y adherencia al tratamiento⁽⁶⁾.

El grupo de trabajo debe contar con: un profesional en salud mental, un pediatra o internista (según la edad del paciente), un nutricionista, un psicólogo, un terapeuta familiar, un terapeuta ocupacional y un fonoaudiólogo^(18,27); el rol de cada integrante del grupo puede variar según el caso.

El tratamiento se debe orientar inicialmente a la estabilización del peso y al control de las alteraciones nutricionales que pongan en riesgo la vida del paciente, para lo que, en ocasiones, se debe inicialmente administrar com-

plementos nutricionales, contar en lo posible con programas intensivos diurnos y hospitalización para alimentación por sonda nasogástrica o para nutrición enteral, y se ha planteado también, en algunos casos, la alimentación por gastrostomía^(18,19).

Una vez estabilizado nutricionalmente el paciente y resueltos los problemas médicos relevantes, se debe rápidamente limitar el uso de la alimentación por sonda y los suplementos, ya que estos pacientes pueden generar una dependencia y disminución del deseo de comer alimentos sólidos. Se debe vigilar la adecuada nutrición e hidratación, para evitar la pérdida de peso eventual en la transición de la alimentación con sonda a la vía oral autónoma, proceso que debe apoyarse en un tratamiento conductual intensivo^(19,28).

Se han planteado técnicas conductuales basadas en el paradigma de la desensibilización sistemática (inicialmente, presentar mediante juego los alimentos sin que se tenga la obligación de probarlos y aumentar los estímulos sensitivos del alimento progresivamente) y el condicionamiento operante, con recompensas como hacer del momento de la comida un momento agradable en familia, alabanzas (recompensas verbales) y, en los niños, aumento del tiempo dedicado a otras actividades, si el paciente ingiere adecuadamente sus alimentos⁽¹⁹⁾. Se debe igualmente limitar la ingestión de alimentos preferidos por el paciente entre comidas y no aceptar las exigencias recurrentes de tipo obsesivo de los pacientes⁽²⁴⁾, conservando los horarios de comida y los refrigerios, ya que la restricción de alguna comida puede crear el hábito de no comer y pérdida de las señales de hambre. El paciente puede presentar ansiedad anticipatoria, al saber que se va a enfrentar a múltiples momentos de alimentación durante el día y específicamente temor al anticipar la siguiente comida, lo que se debe manejar con apoyo emocional y distracción con temas diversos durante y después de cada comida⁽²⁸⁾.

Los pacientes pueden requerir intervenciones fonoaudiológicas orientadas a: disminuir la hipersensibilidad táctil, optimizar el rango de apertura y fortaleza de la mordida, mejorar la masticación, la deglución y la retención de alimentos^(27,20).

La terapia cognitiva conductual (TCC) ha mostrado ser también eficaz y se plantean, como objetivos de terapia, la gestión de la ansiedad y limitar la relación exposición-respuesta⁽¹⁸⁾.

Se han descrito tratamientos que involucran terapia familiar orientada a limitar la presión que la familia ejerce en las comidas, ya que esta se ha asociado con síntomas de rechazo, menor ingestión y menor peso corporal en la infancia; en adolescentes universitarios con patrones anormales de alimentación⁽²⁹⁾, se plantea si la presión familiar se asocia con el peor pronóstico o si la intensidad de los síntomas lleva a mayor presión familiar^(19,30).

Del mismo modo, se han propuesto intervenciones individuales orientadas a reducir la ansiedad y la depresión maternas, así como terapias de grupo, que han mostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas maternos y en el patrón alimentario de sus hijos⁽³¹⁾.

Respecto a los medicamentos, se utilizarán los necesarios para tratar los trastornos comórbidos, como la ansiedad y trastornos del ánimo, idealmente indicados por el psiquiatra infantil. La ciproheptadina, un anti-histamínico y antiserotoninérgico, ha sido utilizado como estimulante del apetito en niños, posiblemente por su acción en el núcleo ventromedial del hipotálamo y por su efecto sobre el eje de la hormona del crecimiento y el factor de crecimiento semejante a la insulina. El uso de dicho medicamento debe considerarse cuando las intervenciones psicológicas y nutricionales no han sido eficaces^(18,32), siendo la dosis recomendada en Pediatría 0,25 mg/kg/día, dividida en 2 o 3 tomas al día y se debe administrar por intervalos de una a tres semanas, momento en el cual se requiere suspensión por un periodo de 4 a 7 días, antes del reinicio si es necesario, dicha pausa tiene un efecto positivo sobre el apetito, dado que su uso continuo lo puede atenuar. Los efectos indeseables más frecuentes son irritabilidad y somnolencia; para disminuir su presentación, se recomienda iniciar los primeros días con un cuarto de la dosis. La seguridad de este medicamento en menores de 2 años no ha sido evaluada. Su eficacia aumenta si se acompaña de un manejo multidisciplinario⁽³²⁾.

Por otra parte, el uso de risperidona en trastornos de conducta alimentaria, en especial en casos de AN y TERIA, es comúnmente utilizada, aunque faltan estudios que muestren el beneficio estadístico y aún no se conoce el mecanismo específico por el cual la Risperidona logra aumentar el apetito en los pacientes⁽²⁵⁾.

Pronóstico

Dado el cambio reciente de la clasificación diagnóstica, se disponen de pocos estudios prospectivos aptos para evaluar el pronóstico. Algunos autores afirman que los adultos que consultan por TERIA manifiestan que sus síntomas se iniciaron en la infancia temprana y persistieron hasta la edad adulta⁽²⁰⁾. A pesar de esto, se ha encontrado que muchos pacientes con TERIA abandonan el tratamiento durante el primer año de manejo, posiblemente por la utilización errónea de protocolos para AN⁽¹¹⁾.

Se ha encontrado que los niños con TERIA pueden presentar otros trastornos de la alimentación en la adolescencia o en la edad adulta⁽³³⁾ y requieren mayor número de hospitalizaciones por alteraciones hidroelectrolíticas (hasta en el 23% de las hospitalizaciones por TERIA). Con respecto a lo encontrado en AN, requieren menos hospitalizaciones por bradicardia o por prolongación del QT. Las hospitalizaciones suelen ser prolongadas y requerir, en muchos casos, alimentación enteral y complementos nutricionales, para lograr consumir las calorías necesarias; el riesgo de requerir nuevas hospitalizaciones es similar a lo encontrado en AN⁽³⁴⁾. Otros estudios señalan un peor pronóstico que los pacientes con AN y BN⁽²⁰⁾.

Por el contrario, en un estudio clínico realizado en Japón con pacientes entre 15 y 40 años, se encontró que a diferencia de lo encontrado en niños, los adolescentes y adultos con TERIA tienen: menor duración de la enfermedad, menor psicopatología, requieren menos hospitalizaciones y menos nutrición enteral que los pacientes con AN⁽²²⁾.

Prevención

Se ha evidenciado que la exposición en la infancia a diferentes alimentos, incluyendo vegetales, el ejemplo por

parte de los padres en cuanto al consumo adecuado de diversos alimentos, el entrenamiento a padres en diversas preparaciones rápidas de alimentos saludables y la lactancia materna, son factores que mejoran la cantidad y la variedad de alimentos aceptados por los niños⁽³⁵⁾.

Bibliografía

1. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Roma ES, et al. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A "new Disorder" in DSM-5. *J Adolesc Health*. 2014; 55: 49-52.
2. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health*. 2013; 53: 303-5.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 2013.
4. Maiz-Aldalur E, Maganto-Mateo C, Balluerka-Lasa N. Neofobia y otros trastornos restrictivos alimentarios en la infancia y consumo de frutas y verduras: *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2014; 20: 150-7.
5. Bryant-Waugh R. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder: An illustrative case example. *Int J Eat Disord*. 2013; 46: 420-3.
6. Schermbrucker J, Kimber M, Johnson N, Kearney S, Couturier J. Avoidant/restrictive food intake disorder in a 11 years old South American Boy: Medical and Cultural Challenges. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26: 110-3.
7. Dent E. Anorexia of Aging and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18: 449-50.
8. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky-Kraff M. Pediatric feeding and eating disorders: current State of Diagnosis and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2014; 16: 446.
9. Zimmerman, J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017; 47: 95-103.
10. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM, et al. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disord*. 2015; 48: 464-70.
11. Forman SF, McKenzie N, Hehn R, Monge MC, Kapphahn CJ, Mammel K, et al. Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: Report of the national eating disorders quality improvement collaborative. *J Adolesc Health*. 2014; 55: 750-6.
12. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord*. 2014; 2: 21.
13. Kurz S, Van-Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 24: 779-85.
14. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: A longitudinal study to age 11 Years. *Eat Behav*. 2010; 11: 253-7.
15. Hay P, Mitchison D, Collado AEL, González-Chica DA, Stocks N, Touyz S. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *J Eat Disord*. 2017; 5: 21.
16. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *Int J Eat Disord*. 2014; 47: 495-9.
17. Pinhas L, Nicholls D, Crosby RD, Morris A, Lynn R. M, Madden S. Classification of childhood onset eating disorders: A latent class analysis. *Int J Eat Disord*. 2017; 5: 657-64.
18. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2016; 101: 1168-75.
19. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19: 54.
20. Pitt PD, Middleman AB. A Focus on Behavior Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): A Case Series. *Clin Pediatr (Phila)*. 2018; 57: 478-80.
21. Kauer J, Pelchat ML, Rozin P, Zickgraf HF. Adult picky eating. Phenomenology, taste, sensitivity, and psychological correlates. *Appetite*. 2015; 90: 219-28.
22. Nakai Y, Nin K, Noma S, Teramukai S, Wonderlich SA. Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Cohort of Adult Patients. *Eur Eat Disord Rev*. 2016; 24: 528-30.
23. Angulo-Restrepo MA, Castañeda-Cárdenas DP, Gutiérrez-Barbosa DS, Romero-Carrillo JE. Guía de atención-intervención en trastornos de la conducta

- alimentaria en niños y adolescentes. (Internet). Santafé de Bogotá: Universidad Católica de Colombia. 2013. Citado el 7 de junio de 2020.
24. Lucarelli J, Pappas D, Welchons L, Augustyn M. Autism Spectrum Disorder and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *J Dev Behav Pediatr.* 2017; 38: 79-80.
 25. Pennell A, Couturier J, Grant C, Johnson N. Severe avoidant/restrictive food intake disorder and coexisting stimulant treated attention deficit hyperactivity disorder. *Int J Eat Disord.* 2016; 49: 1036-9.
 26. Lukens CT, Silverman AH. Systematic Review of Psychological Interventions for Pediatric Feeding Problems. *J Pediatr Psychol.* 2014; 39: 903-17.
 27. Sharp, WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *J Pediatr.* 2017; 181: 116-24.
 28. Sharp WG, Stubbs KH, Adams H, Wells BM, Lesack RS, Criado KK, et al. Intensive, Manual-based Intervention for Pediatric Feeding Disorders: Results from Rndomized Pilot Trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016; 62: 658-63.
 29. Ellis JM, Galloway AT, Webb RM, Martz DM, Farrow CV. Recollections of pressure to eat during childhood, but not picky eating, predict young adult eating behavior. *Appetite.* 2016; 97: 58-63.
 30. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect childrens eating and weight status? *Int J of Beh Nutr Phys Act.* 2018; 5: 15.
 31. Jones CJ, Bryant-Waugh R. Development and pilot of a group skills-and-support intervention for mothers of children with feeding problems. *Appetite.* 2012; 58: 450-6.
 32. Sant'Anna AM, Hammes PS, Porporino M, Martel C, Zygmuntowicz C, Ramsay M. Use of Cyproheptadine in Young Children With Feeding Difficulties and Poor Growth in a Pediatric Feeding Program. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014; 59: 674-8.
 33. Maertens C, Couturier J, Grant C, Johnson N. Fear of vomiting and low body weight in two pediatric patients: Diagnostic challenges. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 26: 59-61.
 34. Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, Rome ES. Avoidant/restrictive food intake disorder: Illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *J Adolesc Health.* 2015; 57: 673-8.
 35. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Am Diet Assoc.* 2003; 103: 692-8.
 36. Campuzano Martín SH. Trastornos de la conducta alimentaria en el niño pequeño. *Pediatr Integral.* 2020; XXIV(2): 108-14.