

## **CASO CLÍNICO: PICA EN LA ADOLESCENCIA**

### **CLINICAL CASE: PICA IN ADOLESCENCE**

**Patricia Bolaños Ríos**

**Correspondencia: [patribrtca@gmail.com](mailto:patribrtca@gmail.com)**

Instituto de Ciencias de la Conducta (ICC)

C/Fernando IV, 27, CP: 41011, Sevilla

## **RESUMEN**

La Pica (alotriofagia) es un trastorno de la conducta alimentaria característico de la infancia, pero además se puede ver en discapacitados intelectuales, embarazadas, autistas o enfermos mentales. Se describe como el consumo persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes, de forma inadecuada evolutivamente y siempre que su práctica no esté sancionada culturalmente.

En ocasiones este trastorno, que tiene su comienzo en la infancia, se mantiene hasta la adolescencia. Su tratamiento requiere la intervención coordinada de un equipo interdisciplinar.

**Palabras clave:** pica, infancia, adolescencia, trastornos alimentarios.

## **ABSTRACT**

Pica is an eating disorder characteristic of childhood, but it can be seen in the mentally disabled people, pregnant women, autism or mentally ill patients. It is described as the persistent intake of non-nutritional substances for at least one month, in an inappropriate way from evolutionary perspective, and provided that its practice is not culturally banned.

Sometimes this eating disorder, which usually begins in childhood, is maintained until adolescence. Its treatment requires a coordinated intervention of a interdisciplinary team.

**Key words:** pica, childhood, adolescence, eating disorders.

## INTRODUCCION

La Pica (alotriofagia) es un trastorno de la conducta alimentaria característico de la infancia, pero además se puede ver en discapacitados intelectuales, embarazadas, autistas o enfermos mentales. Se describe como el consumo persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo de por lo menos un mes, resultando inapropiada para el nivel de desarrollo y siempre que su práctica no esté sancionada culturalmente.

La Pica se encuentra documentada desde la antigüedad, siendo considerada en la mayor parte de los casos, más como síntoma de otro trastorno o estado que como entidad independiente.

Entre otras sustancias, se ha observado ingesta de algodón, arena, ladrillos, cabello, carbón, esponja, flores, huesos, madera, lombrices de tierra, pintura, tabaco, o el consumo obsesivo y reiterado de sustancias comestibles como aceite, arroz crudo o legumbres crudas.

Cuadro 1. Materiales motivo de pica y su designación formal o propuesta<sup>5-20</sup>

<i>Materiales</i>	<i>Designación formal o propuesta</i>	<i>Materiales</i>	<i>Designación formal o propuesta</i>
Aceite, aceitunas	Oleofagia	Huesos	Osteofagia
Agua, líquidos claros varios	Potomania*	Hule (espuma, guantes, llantas, borrador)	Ullifagia
Algodón (briznas, torundas)	Gósipofagia	Jabón	Sapofagia
Almidón crudo para lavandería, engrudo	Amilofagia**	Jitomate (cáscaras)	Licopersicofagia
Arcilla, arena, barro, ladrillos, tierra	Geofagia, geomania**	Lana (suéteres)	"Jumpertfagia"
Arroz (crudo)	Rizofagia	Lechuga	Lectofagia
Artrópodos, insectos	Artropofagia, entomofagia	Lombrices de tierra	Lúmblicofagia
Azúcar	Sacarofagia	Madera (astillas, palillos)	Lignofagia
Bicarbonato de sodio	Alcalinofagia	Magnesia (carbonato)	Magnesiofagia**
Cabellos	Tricofagia	Metales (granalla, tornillos, monedas, otros)	Metalofagia
Cacahuates	Goberofagia, araquidofagia	Naftalina (paradichlorobenceno)	Naftalinofagia
Café (asientos, grano)	Gavofagia	Ostiones (conchas)	Ostrofagia
Caliche de paredes viejas, argamasa (mezcla), ladrillo, piedrecillas	Geofagia, litofagia**	Patatas (cáscaras, hojuelas, crudas)	Geomelofagia
Caracoles de jardín	Cocleofagia	Papel (periódico, sanitario)	Papirofagia
Carbón	Carbofagia	Parafina	Parafinofagia
Cartón	Cartofagia	Pegamentos	Adhesivofagia
Cáscaras de huevo	Cuasicarovofagia	Plantas no comestibles (pasto, otras)	Fitofagia
Ceniza	Estacofagia	Plásticos (bolsas, juguetes, otros)	Plasticofagia
Cerillos (usados)	Cautopireiofagia	Plumas	Plumofagia
Chicle	?	Pelucho, felpa	?
Cosméticos, lápiz de labios	?	Pinturas	Pictofagia
Dentífricos (pasta)	?	Poliestireno	Polistirenomanía
Desodorante para retrete	?	Polvos de hornear	Coniología
Detergentes caseros	?	Raíces	Rizofagia
Esponja	Espongiología	Sal	Salinofagia*
Flores	Florifagia	Sangre	Hemofagia
Frijoles crudos	Faseolofagia	Tabaco (picadura, colillas)	Tabacofagia
Garbanzos crudos	Cicerofagia	Talco	Coniología
Greda de sastrero	Plumbofagia (por inferencia)	Telas varias	Tisufagia
Harina	Farinofagia	Tiza, yeso	Gipsiferofagia
Heces fecales	Coprofagia		
Hielo, escarcha de refrigerador	Pagofagia**		
Hojas	Folifagia		

\*No necesariamente por pica. \*\*Materiales predominantes.

Dentro de la morbilidad de este trastorno, destacan las intoxicaciones, parasitosis (por el consumo, por ejemplo, de excrementos de animales domésticos) y las complicaciones quirúrgicas abdominales (siendo la más frecuente la obstrucción intestinal) como algunas complicaciones graves que se pueden producir. El signo clínico más habitual suele ser dolor abdominal, vómitos y estreñimiento.

En cuanto a la epidemiología, no es conocida, ya que los estudios sobre datos epidemiológicos en los grupos que padecen más frecuentemente la Pica son escasos.

Algunos factores de riesgo para su desarrollo son la pobreza, el abandono o la falta de supervisión de los padres. Por otra parte, en ocasiones se han relacionado ciertas carencias nutricionales con la aparición de este trastorno como una respuesta a esas carencias. Dos de las relaciones más descritas son la anemia ferropénica o la carencia de cinc y la Pica.

En ocasiones este trastorno, que tiene su comienzo en la infancia, se mantiene hasta la adolescencia. Su tratamiento requiere la intervención coordinada de un equipo interdisciplinar. Resulta fundamental la observación por parte de los familiares y es aconsejable hacer desaparecer las sustancias utilizadas para la ingestión. En caso de carencias nutricionales deben ser tratadas. Es necesario trabajar con la familia, para que pueda controlar los estímulos y evitar reforzamientos incidentales de la conducta, al mismo tiempo que reforzar conductas alternativas.

## **OBSERVACION CLINICA**

Mujer de 16 años de edad, atendida por primera vez en diciembre de 2018. Es estudiante. Acude a la consulta acompañada por su padre. Sus padres están separados. En la actualidad vive con su padre (48 años), la pareja y un hermano pequeño (1 año).

Con respecto a los antecedentes familiares recogidos en la entrevista se refiere cáncer de mama en tías materna y paterna, ictus cerebral en tío materno, artrosis en abuela materna, y diabetes mellitus tipo 2 en abuelo paterno. La madre padece hipertiroidismo. No se describen trastornos de la conducta alimentaria ni sobrepeso u obesidad. En cuanto a patología psiquiátrica, la paciente comenta que su madre padece depresión y ansiedad.

Como antecedentes personales, la paciente no refiere enfermedades orgánicas hasta el momento de la entrevista. No ha sido diagnosticada de Pica hasta el momento, ya que no ha acudido a ningún tipo de tratamiento. No describió alergias o intolerancias conocidas. Menarquia a los 11-12 años. No refiere periodos de amenorrea. No muestra signos de dispepsia funcional. En el momento de la entrevista padece anemia ferropénica, para lo que toma hierro.

En el momento de la entrevista la paciente es la encargada de hacer su propia comida, aunque no le gusta cocinar, recurriendo por tanto de forma frecuente a comida precocinada o latas de conserva. En ocasiones lo hace su padre. Muestra rechazo al melocotón, casi todas las verduras, moluscos y marisco. Suele beber 1-1.5 litros de agua al día. Realiza 2 ingestas al día, que suelen ser entre las siguientes: almuerzo, merienda o cena. Incluso en ocasiones, realiza una sola ingesta al día. Por otra parte, los horarios de las comidas no son regulares.

Realiza 4-5 comidas fuera a la semana, basadas sobre todo en la ingesta de comida rápida. Generalmente come sola y viendo la televisión. Come lento.

Al preguntar a la paciente sobre la importancia de la alimentación, responde “*Como lo que voy encontrando para sobrevivir pero no me importa mi salud*”.

El picoteo es frecuente durante todo el día ya que no hay comidas estructuradas, aunque no hay ingesta nocturna. Los estados emocionales negativos provocan una

disminución en la ingesta. La cantidad y el volumen de los platos dependen del estado de ánimo de la paciente.

Tras la valoración inicial por grupos de alimentos, se observó un consumo deficitario de prácticamente todos los grupos de alimentos. Se pidió a la paciente un recuento de 24 horas correspondiente al día anterior:

- Desayuno: Nada
- Media mañana: bocadillo de embutido + zumo + manzana
- Almuerzo: nuggets + patatas fritas + Fanta de naranja (McDonalds)
- Merienda: nada
- Cena: tortilla francesa + trozo de melva + consomé

El IMC que la paciente describió como habitual era 19. El peso mínimo informado por la paciente, correspondía al del momento de la entrevista, siendo un IMC de 16.9. Los datos de composición corporal fueron: 14.9% de masa grasa, 85.1% de masa libre de grasa y 62.2% de agua corporal. Con respecto a los signos clínicos explorados, la paciente describe diarreas cuando había ingesta de gomaespuma. Refirió cansancio de forma constante.

Al preguntar a la paciente por el tiempo de evolución del trastorno, comenta que lleva unos 5 años con Pica, sin haber acudido a tratamiento, comenta haber investigado por su cuenta. Cree que comenzó por el estrés que le producía estar en casa e ir al instituto. Sus padres están separados desde que la paciente tenía 2 años, en situación de custodia compartida. Tras la separación, la paciente comenzó a vivir con su madre periodo en el que refiere muchos problemas, ansiedad y ambiente con mucha tensión, gritos y agresividad. Comenzó a tener problemas también en el colegio, le costaba establecer relaciones sociales y se sentía aislada en clase además de recibir insultos por sus compañeros. Con 13-14 años la paciente cambia su residencia y va a vivir con su padre, donde tampoco dice encontrarse

bien. Desde hacía tiempo se relajaba con la gomaespuma, teniéndola en la mano y apretando. Un día probó a comerse un trozo y sintió cómo se relajaba aún más y a partir de ese momento fue cuando comenzó a ingerirla para disminuir la ansiedad. En la actualidad continúa la dificultad para las relaciones sociales. Académicamente obtiene malos resultados desde los 12 años. El descanso resulta poco reparador. En cuanto a la relación con la comida comenta “*nunca me ha gustado comer*”. Manifiesta inestabilidad emocional y apatía, así como ansiedad flotante. Se describe como independiente, fría, impulsiva, cambios bruscos de estados de ánimo, facilidad para enfadarse. La gomaespuma se convirtió en una estrategia para disminuir el estrés y la ansiedad. Conducta que ha mantenido hasta septiembre de 2018.

## DISCUSION

- A pesar de que la Pica se considera un trastorno alimentario característico de la infancia o de trastornos mentales, hay ocasiones en las que las conductas permanecen durante la adolescencia, especialmente si el/la paciente no ha acudido nunca a tratamiento.
- En estos casos el control y observación por parte de los familiares es fundamental para reconocer y hacer desaparecer la sustancia tóxica utilizada.
- La ingestión de estas sustancias puede aparecer por múltiples causas, siendo una de ellas la observada en este caso clínico, donde la paciente utiliza la ingesta de gomaespuma para disminuir sus niveles de ansiedad.
- El tratamiento dietético-nutricional resulta fundamental, ya que como se puede apreciar, la alimentación no es adecuada dando lugar a carencias nutricionales como la anemia ferropénica. No hay comidas estructuradas, horarios regulares ni ingesta suficiente de todos los grupos de alimentos. Es importante dar a los familiares pautas para modificar todos aquellos aspectos alimentarios que se correspondan con patrones

alterados y erróneos, con el fin de evitar carencias nutricionales y la afectación del estado nutricional.

## **REFERENCIAS**

1. Viguria F, Miján de la Torre A. La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida. *Nutr Hosp.* 2006;21(5):557-66.
2. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S. A. Barcelona 2002.
3. Mcloughlin I J. The Picas. *British Journal of Hospital Medicine* 1987; Apryl: 286-90.
4. Ellis CR, Jo C, Schnoes, MA. Editor's Email: Angelo P Giardino. *Eating Disorder: Pica. Medicine Journal* 2001;Volume 2(6).
5. Woods SC & Weisinger RS. Pagophagia in the albino rat. *Science* 1970; 169:1334-6.
6. Coltman CA. Phygophagia and iron lack. *Journal of the American Medical Association* 1969; 207:513-6.
7. Rector W. Pica: its frequency and significance in patients with iron-deficiency anemia due to chronic gastrointestinal blood loss. *J Gen Intern Med* 1989; 4:512-3.
8. Sontang C, Kettaneh A, Fain O, Eclache V, Thomas M. Rapid regression of prolonged pagophagia after treatment of iron deficiency. *Presse Med* 2001; 30(7):321-3.
9. Decker C J. Pica in the Mentally Handicapped: a 15-year Surgical Perspective. *CJS* 1993; 36(6):551-4.
10. Anderson Jhon E, Akmal Mohammed, Kittur Dilip. Surgical Complications of

Pica: Report of a Case of Intestinal Obstruction and a Review of the Literature. *Am Surg* 1991; 57:663-7

11. Giacometti A, Cirioni O, Balducci M, Drenaggi D, Quarta M, De Federicis M y cols. Epidemiologic features of intestinal parasitic infections in Italian mental institutions. *Eur J Epidemiol* 1997; 13(7):825-30
12. Huminer D, Symon K, Gooskopf I, Pietrushka D, Kremer I, Schantz PM y cols. Seroepidemiologic study of toxocariasis and strongyloidiasis in institutionalized mentally retarded adults. *Am J Trop Med Hyg* 1992; 46(3):278-81.