

Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal: reporte de un caso

Body dysmorphic disorder with fatal outcome: a case report

Lizardo Cruzado^{1a,2}, Édgar Vásquez^{1b,3}, Jorge Huavil^{1b,3}

¹ Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Lima, Perú.

² Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

^a Médico Psiquiatra, ^b Médico Residente de Psiquiatría.

Resumen

Se presenta el caso de un varón joven con trastorno dismórfico corporal quien, como consecuencia de su padecimiento, permaneció aislado en su domicilio durante tres años, con deterioro importante de su funcionalidad, y acabó finalmente suicidándose. El trastorno dismórfico corporal es una patología subdiagnosticada, de pronóstico y tratamiento complejos, que debe ser considerado como diagnóstico diferencial en diversas dolencias psiquiátricas, quejas dermatológicas y de cirugía cosmética.

Palabras clave: Hipocondriasis; trastornos somatoformes; trastorno dismórfico corporal; suicidio.

Abstract

We report the case of a young man with body dysmorphic disorder who, as a result of his condition, remained isolated at home for three years with significant deterioration of his functionality and eventually committed suicide. Body dysmorphic disorder is an underdiagnosed condition, prognosis and treatment are complex, and should be considered as differential diagnosis in various psychiatric disorders, skin complaints and cosmetic surgery.

Key words: Hypochondriasis; somatoform disorders; body dysmorphic disorders; suicide.

INTRODUCCIÓN

Los temores irreales de fealdad o deformidad personal han sido parte de la conciencia humana, particularmente desde la disponibilidad de superficies reflexivas⁽¹⁾. El trastorno dismórfico corporal (TDC), también conocido como dismorfofobia, es una patología psiquiátrica subdiagnosticada pero relativamente común y usualmente severa⁽²⁾. El TDC consiste en la preocupación exagerada respecto a un defecto físico menor o hasta inexistente, pero al extremo de que el paciente afectado sufre alteración clínica profunda y pérdida importante de su funcionalidad⁽³⁾. Presentamos un caso ilustrativo por su severidad y revisamos aspectos de la psicopatología del TDC.

CASO CLÍNICO

Varón de 24 años, natural y procedente de Lima, grado de instrucción secundaria, sin ocupación. Inició su enfermedad tres años antes del ingreso a hospitalización, presentando lesiones de acné facial. Su preocupación por tal problema se incrementó paulatinamente, ocupaba mucho tiempo mirándose al espejo y hasta limitó sus salidas de casa, pues decía que era un monstruo:

“la gente se va a burlar de mí, no quiero que me vean”. Exigía tratamiento para su acné, pero rehusaba ir a la consulta del dermatólogo. Desde un año antes de su ingreso se negaba a salir de su habitación, apenas salía para preparar su comida, lavar su ropa y hacer sus necesidades fisiológicas, cuando sus parientes estaban fuera de casa. Al ser interpelado respondía que él no estaba enfermo, que iba a salir cuando sus ‘granos’ mejoraran y se irritaba cuando insistían en verlo: “si me ven, los mato y después me mato”. En ningún momento se advirtió en el paciente soliloquios, risas inmotivadas, o conducta desorganizada.

El paciente fue conducido a consulta psiquiátrica pese a sus amenazas, aunque exigió ser cubierto con una frazada. Accedió a descubrirse durante la entrevista y se observó algunas lesiones infectadas de acné en su rostro y seborrea. Su lenguaje fue coherente, su actitud temerosa y cabizbaja, su ánimo era depresivo, no se evidenció síntomas psicóticos, pero sí intensa preocupación por su acné e ideas referenciales al respecto. Tenía ideas pasivas de muerte. Sus funciones cognitivas estaban globalmente conservadas. Carecía de autocrítica respecto a lo desmesurado de sus ideas dismorfofóbicas.

No se halló antecedentes de importancia: era el menor de tres hermanos y siempre había sido tímido e introvertido, su rendimiento escolar fue regular, no hubo violencia doméstica en su hogar, nunca consumió sustancias psicoactivas. Antes de su enfermedad trabajaba como obrero. Tuvo un primo materno probablemente psicótico y fallecido por causa no especificada.

Fue internado con su consentimiento. Se efectuó interconsulta a médico dermatólogo en un hospital general, quien opinó desfavorablemente del internamiento por cuanto a su entender el problema era prioritariamente dermatológico: acné nódulo-quístico, seborrea severa y dismorfofobia; su prescripción fue tópica. Al ser retornado desde el hospital al instituto el paciente se rehusó y amenazó con matarse si lo llevaban nuevamente; al final, fue persuadido.

Durante la evolución (19 de días de hospitalización), el paciente reiteraba que su problema no era mental sino dermatológico, exigía al personal que le aplicaran sus cremas constantemente y convenció a sus familiares de pedir el alta voluntaria. El caso fue analizado en junta médica y se halló que el paciente no manifestaba ideación suicida ni agresividad

y no se aislaba de los otros pacientes; por tanto, no había criterios para prolongar la hospitalización en contra de la voluntad del paciente. Se decidió prescripción plena de antipsicóticos (risperidona 6 mg diarios) y retiro del inhibidor selectivo de serotonina (fluoxetina 20 mg diarios) que previamente se había iniciado. Salió de alta médica con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Regresó a casa. Menciona su padre que el paciente salía de su habitación para tomar los alimentos junto a la familia, pero aún rechazaba salir a la calle. La ingesta de psicofármacos era controlada por los familiares. Niegan que en algún momento haya manifestado explícitamente ideación suicida. Unos tres días antes del suceso final solicitó "llévame a un médico en Miraflores, consigue unos 2 000 a 3 000 soles; allí me van a curar los granos de la cara". El padre le dijo que no tenía tanto dinero y el paciente se irritó ante tal negativa.

Un día antes de su cita en el instituto -dos semanas luego del alta-, el paciente se suicidó por ahorcamiento. Fue encontrado por su madre, quien ingresó al cuarto al ver que el paciente no respondía al llamado. No dejó nota alguna respecto a su fatal decisión.

DISCUSIÓN

El primer reporte de casos de dismorfofobia corresponde a Morselli, en 1891⁽⁴⁾. Actualmente, el TDC está clasificado dentro de los trastornos somatomorfos en la nómina psiquiátrica norteamericana (tabla 1)⁽⁵⁾ y como un tipo no especificado de hipocondriasis en la clasificación CIE-10. Aunque ocurre en todos los grupos etáreos, su mayor incidencia se presenta en la adolescencia y juventud y

es igualmente prevalente en ambos sexos - levemente más en el femenino-⁽⁶⁾.

Estudios extranjeros ubican la prevalencia de este trastorno en alrededor de 1 a 2% de la población general⁽⁷⁾. Si bien no existen cifras locales respecto al diagnóstico de TDC, el estudio epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental revela que en Lima Metropolitana la insatisfacción con el aspecto físico llega a 16,6% en adolescentes y 11,1% en adultos⁽⁸⁾. No se ha hallado mayores variaciones en estudios latinoamericanos respecto a comunicaciones europeas o norteamericanas⁽⁹⁾.

Aunque los estudios sobre etiología del TDC son escasos, se ha encontrado cierta agregación familiar y afectación de estructuras neuronales implicadas en procesamiento del esquema corporal y reconocimiento facial, como regiones frontoestriatales y ténporo-parietales⁽¹⁰⁾. Desde el punto de vista psicodinámico, se ha reputado a la ideación dismorfofóbica como producto del desplazamiento de conflictos emocionales o de sentimientos de inferioridad hacia una parte del cuerpo, que tendría valor simbólico⁽¹¹⁾.

En 90% de los pacientes la preocupación excesiva es suscitada por rasgos de su cara, cabello o piel -usualmente más de uno a la vez-, y tales áreas pueden cambiar a lo largo del tiempo⁽⁶⁾. Las preocupaciones respecto a la apariencia tienen características mixtas entre lo obsesivo, lo sobrevalorado y lo lindante con lo delusivo⁽¹²⁾, de tal modo que es muy frecuente la escasa o nula conciencia de enfermedad del sujeto afectado, lo que puede provocar penurias en el deslinde con cuadros de índole psicótica⁽¹³⁾. Se asocian asimismo conductas compulsivas de revisión, rascado, camuflaje, etc., que

demandan gran consumo de tiempo⁽¹⁴⁾ y, en casos severos, el paciente puede ejecutar procedimientos empíricos (cirugía *do it yourself*)^(15,16).

La comorbilidad del TDC es frecuente: tres cuartos de los afectados padecen a su vez de cuadros depresivos; el abuso de sustancias, el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social son también comunes⁽⁶⁾. La introversión, timidez, neuroticismo, hostilidad, perfeccionismo, hipersensibilidad al rechazo, son rasgos de personalidad mayoritarios en los afectados⁽²⁾.

Recientes estudios sobre TDC han graficado el severo desajuste social que esta patología acarrea: hasta un tercio de los afectados se recluye en casa, sin estudiar ni trabajar o, en caso de hacerlo, es muy por debajo de su potencial⁽³⁾. Asimismo, el riesgo suicida de estos pacientes es notable: la tasa de suicidios es de 3:1 000 pacientes por año⁽¹⁷⁾, lo que es 45 veces más frecuente que en la población general. También, se ha descrito estallidos de violencia contra las personas del entorno, incluyendo agresiones graves contra médicos proveedores de tratamientos dermatológicos o de cirugía plástica⁽¹⁸⁾.

El subdiagnóstico del TDC es usual debido a: falencias en sistemas diagnósticos, la comorbilidad asociada, la búsqueda de tratamiento no psiquiátrico y sobre todo por renuencia de los pacientes a revelar su problema⁽¹⁹⁾. Se ha recomendado preguntas de tamizaje para facilitar su detección, ante la sospecha del trastorno (tabla 2)^(20,21). El tamizaje reviste importancia, porque la mayoría de pacientes con TDC recurre en diversos momentos al tratamiento dermatológico o de cirugía plástica, aunque los resultados de estos tratamientos son más bien pobres⁽²²⁾ y revisten alta probabilidad de efecto nocebo. Hasta 15% de pacientes que acude al cirujano plástico y 12% de pacientes que busca atención dermatológica, sufrían de TDC⁽²²⁾. Se ha estipulado que, para diagnosticar TDC, los pacientes usualmente debieran ser interrogados directa y explícitamente acerca de los síntomas del padecimiento⁽¹³⁾.

El tratamiento del TDC se basa en farmacoterapia con dosis altas de inhibidores de recaptación de serotonina, a

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno dismórfico corporal (DSM-IV)⁽⁵⁾.

-
- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
 - B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).
-

Tabla 2. Preguntas de tamizaje para el diagnóstico del trastorno dismórfico corporal.

1. ¿Actualmente piensa mucho en su apariencia física? ¿Qué rasgos le desagradan? ¿Cree que su apariencia es fea o desagradable?
2. ¿Cuán notorios cree que son sus rasgos para el resto de personas?
3. En un día promedio, ¿cuántas horas se las pasa usted pensando en su apariencia física?
4. ¿Es su aspecto físico una fuente importante de preocupación para usted?
5. ¿Cuántas veces al día chequea usted usualmente su apariencia física? (En el espejo, superficie reflectiva o con el tacto de sus dedos)
6. ¿Con qué frecuencia se siente ansioso en encuentros sociales debido a su aspecto físico? ¿Esto puede hacer que rechace tales encuentros sociales?
7. ¿Su aspecto físico ha interferido en su buen funcionamiento en el trabajo, en los estudios o con sus amigos?

Modificado de Veale D ⁽²⁰⁾.

largo plazo, y en psicoterapia cognitivo conductual intensiva; no se ha demostrado beneficio de la monoterapia con antipsicóticos ⁽⁶⁾. De cualquier modo, la mejoría de los pacientes suele ser muy lenta y parcial y obliga a un seguimiento y manejo cuidadoso del cuadro principal y aquellos comórbidos.

En conclusión, la presente comunicación pretende constatar que el TDC es un trastorno psiquiátrico de tratamiento complejo y cuya evolución cursa con dilemas diagnósticos y pronósticos que obligan a extremar las precauciones para su detección y manejo convenientes, pues el cuadro puede evolucionar a ominosos desenlaces, como en este caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berríos GE. The history of mental symptoms. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1996.
2. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*. 2004;3:12-7.
3. Phillips KA, Menard W, Fay C, Pagano ME. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatr*. 2005;46:254-60.
4. Morselli E. Sulla dysmorphophobia e sulla tafefobia. *Bollettino della R accademia di Genova*. 1891;6:110-9.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1111-8.
7. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population based survey. *Psychol Med*. 2006;36:877-85.
8. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2002;XVIII(1 y 2).
9. Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, De Menezes GB, Do Nascimento AL, Mendlowicz MV, et al. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry in Medicine*. 2006;36:243-59.
10. Stein DJ, Carey PD, Warwick J. Beauty and the beast: Psychobiologic and evolutionary perspectives on body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2006;11:419-22.
11. Gabbard G. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 4th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2005.
12. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder

versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety*. 2007;24:399-409.

13. Phillips KA. Body Dysmorphic Disorder. En: Gelder MG, Andreasen NC, López-Ibor JJ, Geddes JR. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 2009.
14. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005;46:317-25.
15. Veale D. Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatr Bull*. 2000;24:218-20.
16. Conejo García A, Moreno Pinilla M, Crespo Hervás D, Saiz Ruiz J. Complicaciones de la dismorfobia. Descripción de un caso con automutilación. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:202-5.
17. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1280-2.
18. Lucas P. Body dysmorphic disorder and violence: case report and literature review. *J Forensic Psychiatry*. 2002;13:145-56.
19. Phillips KA. The presentation of body dysmorphic disorder in medical settings. *Prim Psychiatry*. 2006;13:51-6.
20. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J*. 2004;80:67-71.
21. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg*. 2001;27:457-62.
22. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005;26:549-55.

Manuscrito recibido el 21 de diciembre de 2009 y aceptado para publicación el 23 de febrero de 2010.

Correspondencia:

Lizardo Cruzado

Departamento de Emergencia, Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi Av. Eloy Espinoza 709. San Martín de Porres. Lima 31, Perú.

Correo-e: lizardo_cruzado@yahoo.com