

# Gravedad en la dismorfofobia: descripción de dos casos

P. García-Parajuá, M. Martínez Vigo, S. Ovejero García y L. Caballero Martínez

Servicio de Psiquiatría. Hospital Puerta de Hierro. Madrid

## Severity in dysmorphophobia: description of two cases

### Resumen

Muchos autores consideran la dismorfofobia, o trastorno dismórfico corporal, como un trastorno dentro del denominado espectro obsesivo-compulsivo. Las características semiológicas y la respuesta a fármacos serotoninérgicos apoyan esta idea. Sin embargo, en las principales clasificaciones diagnósticas está considerado dentro de los trastornos somatomorfos. Se presentan dos casos de dismorfofobia en los que fue necesario el ingreso psiquiátrico debido a complicaciones secundarias de este trastorno. Tras revisar la literatura disponible se discute la gravedad que puede alcanzar esta entidad debido a la alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y complicaciones como los intentos de suicidio, así como la tendencia de los pacientes a ocultar su padecimiento. De igual modo se destaca la importancia para el clínico de explorar y descartar explícitamente la presencia del mismo.

**Palabras clave:** Trastorno dismórfico corporal. Dismorfofobia. Gravedad. Riesgo de suicidio.

### Summary

Many authors consider dysmorphophobia (body dysmorphic disorder) as a disorder within the obsessive-compulsive spectrum. Both the phenomenological features and response to serotonergic drugs support this idea. Nonetheless, it is included in the somatoform disorder section within the main diagnostic classifications. Two cases of dysmorphophobia are presented. Both patients were admitted to the psychiatric unit due to secondary complications of the disorder. After reviewing the available literature, we discuss the severity that this condition may reach. Comorbid disorders and other complications such as suicide attempts are often present. In addition patients usually hide their suffering. Furthermore, it is important for clinicians to assess the body dysmorphic disorder carefully and rule it out.

**Key words:** Body dysmorphic disorders. Dysmorphophobia. Severity. Suicide risk.

## INTRODUCCIÓN

En la descripción original de la *dismorfofobia*, Enrico Morselli<sup>1</sup> utilizó el concepto de *fobia* tal como se comprendía a finales del siglo XIX, es decir, como una forma de locura con ideas fijas<sup>2</sup>. La descripción actual de este constructo, según criterios diagnósticos operativos, sólo cuenta con una categoría aparte en el DSM-IV<sup>3</sup> (trastorno dismórfico corporal), a diferencia de la CIE-10<sup>4</sup>, que lo incluye dentro del trastorno hipocondríaco. Probablemente el argumento de utilidad al que se apela en el DSM-IV para situar la dismorfofobia dentro de la sección de trastornos somatomorfos, como sucede en la CIE-10, tenga escaso fundamento. Desde un punto de vista conceptual la dismorfofobia supondría un trastorno de la percepción de la imagen corporal, desligada ésta en un componente perceptivo y otro afectivo-comporta-

mental<sup>5</sup>, similar a la distorsión de la imagen corporal que se observa, por ejemplo, en los trastornos de la alimentación<sup>6</sup>. Por otro lado, el parecido semiológico y los estudios de comorbilidad sugieren su consideración como trastorno dentro del denominado espectro obsesivo-compulsivo<sup>7,9</sup>. Según este supuesto, la dismorfofobia compartiría mecanismos etiopatogénicos parecidos a los del trastorno obsesivo-compulsivo, hipótesis que también se apoya en la respuesta a antidepresivos observada en diversos ensayos terapéuticos<sup>10-13</sup>.

El DSM-IV permite realizar el diagnóstico de dismorfofobia aun cuando las ideas del paciente sean de carácter delirante, hecho que constituiría tan sólo un grado de mayor gravedad dentro de la misma entidad<sup>14,15</sup>. El trastorno dismórfico corporal parece ser crónico y afectar por igual a hombres y mujeres<sup>16</sup>; puede ser grave, conduciendo a un deterioro marcado en el funcionamiento académico, laboral y social<sup>17</sup> o a intentos de suicidio<sup>18</sup>.

A continuación se presentan dos casos que requirieron el ingreso psiquiátrico debido a complicaciones secundarias a la dismorfofobia, el primero de ellos por intento de autólisis, el segundo debido a un cuadro psicótico secundario al consumo de tóxicos.

### Correspondencia:

Pedro García-Parajuá  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Puerta de Hierro  
San Martín de Porres, 3  
28034 Madrid  
Correo electrónico: peterparajua@hotmail.com

## CASO 1

Varón de 26 años que ingresa tras intentar suicidarse con intoxicación medicamentosa. Había sido diagnosticado 6 años antes de dismorfofobia en otro centro y presentaba un ingreso previo en la Unidad de Agudos un mes antes al actual ingreso, también tras intentar suicidarse mediante intoxicación medicamentosa. Al alta fue diagnosticado de *dismorfofobia delirante*, y una vez de alta se le pautó de forma ambulatoria olanzapina 20 mg/día y clonacepam 4 mg/día. Dos años después del diagnóstico inicial de dismorfofobia, y a pesar de la contraindicación de su psiquiatra, se sometió a una intervención de rinoplastia. Consiguió con ello un alivio temporal de la sintomatología. En el momento del ingreso manifestaba haber intentado quitarse la vida porque sólo veía dos soluciones a sus problemas: «volver a operarme o quitarme la vida». Presentaba un intenso malestar y angustia secundarios al convencimiento de que sus amigos, los compañeros del trabajo y hasta un 90% del resto de la gente advertían el defecto que, según él, presentaba su nariz; notaban que se había operado y se mofaban de él a sus espaldas. Aludía que la inflamación producida por la rinoplastia había desaparecido y ahora se apreciaba cómo había quedado realmente tras la operación. Refería que el tabique nasal era demasiado estrecho, con un rafe nasal abultado y que era en el perfil derecho donde más se notaba la deformidad. Además consideraba que realizarse una rinoplastia por estética era un hecho reprochable y se sentía avergonzado. Consumía varias horas a diario ante el espejo, cerciorándose de su defecto. Daba vueltas constantemente, también durante horas, a la idea de que la gente se riera de él a sus espaldas. Tanto la exploración física como las pruebas complementarias que se realizaron (sangre elemental, bioquímica y hormonas tiroideas) fueron normales. Inicialmente se pautó pimocida a dosis de 6 mg/día junto con cloracepato dipotásico 45 mg/día y lormetacepam 2 mg/día. Se introdujo asimismo clorimipramina hasta alcanzar dosis de 300 mg/día. Después de 20 días tratado con pimocida se retiró debido a la intensa inquietud psicomotriz que le ocasionaba. Además del tratamiento farmacológico, se iniciaron técnicas de bloqueo de pensamiento (para el control de las ideas insistentes e intrusas) y terapia de exposición masiva, con el objeto de desensibilizar al paciente respecto a las ideas autorreferenciales, junto con técnica de relajación. Tras un mes de ingreso, la evolución fue favorable, y al alta hospitalaria presentaba un ánimo eufórico, ausencia de ideación o planificación autolítica, y negaba la intención de volver a realizarse una intervención de rinoplastia. El diagnóstico al alta fue de dismorfofobia delirante.

## CASO 2

Mujer de 21 años traída a Urgencias de forma involuntaria debido a la presencia de gritos en el domicilio que alarmaron a los vecinos. Como antecedentes psiquiá-

tricos presentaba un trastorno ansioso-depresivo a los 7 años tras la muerte de su madre, por el que recibió tratamiento psicológico. Había intentado suicidarse en dos ocasiones, una mediante venoclisis y la última, 2 años antes del actual ingreso, intoxicándose con medicamentos. No seguía ningún tratamiento psiquiátrico. Médicamente a los 2 años recibió un injerto cutáneo por quemadura accidental con aceite hirviendo; a los 11 años fue intervenida por estrabismo, e igualmente hacía 1 año, en esta ocasión por motivos poco claros (según el familiar, y además disponía de un informe de oftalmología en el que no se evidenciaba alteración susceptible de intervención).

Al ingreso, la paciente presentaba intensa angustia, con labilidad emocional y desorientación temporal. Refería que 2 semanas antes había sentido «que los ojos se me ponían en blanco y todo el mundo me miraba»; desde entonces decía tener miedo y sentirse vigilada por cámaras que habían colocado los vecinos, notaba que podía adivinar el pensamiento de la gente y predecir el futuro inmediato, afirmaba que sus ojos «eran más grandes y estaban más salidos» y que estaba embarazada. También que oía la voz de un sacerdote dentro de su cabeza que le aconsejaba e intentaba ayudar, puesto que creía que querían matarla debido a los ojos. El día del ingreso intentó arrancarse el ojo con una cuchara y cortarse las venas. El inicio del cuadro psicótico coincidía con el consumo abusivo de cocaína, alcohol y derivados anfetamínicos.

La paciente refería que desde muy pequeña se había sentido «acomplejada» por sus ojos. Un año antes del ingreso fue reintervenida a petición propia con el fin de corregir definitivamente el defecto, pero después de la operación empeoró su estado. Pasó a observarse continuamente los ojos ante el espejo, le obsesionaba pensar que la gente se fijaba en sus ojos y que se rieran de ella. El último año y medio apenas salía de casa, estaba desmotivada y con sentimiento de tristeza, comía poco y perdió peso (no objetivado). Junto a este aislamiento en el domicilio, salía por las noches los fines de semana y consumía de forma compulsiva alcohol y diferentes tóxicos, como cocaína, anfetaminas y cannabis. Los primeros días del ingreso solicitaba insistentemente ser atendida por un oftalmólogo, amenazando con suicidarse si no se satisfacía su petición.

Se administró risperidona hasta una dosis máxima de 6 mg/día, cloracepato dipotásico 10 mg/día y lormetacepam 2 mg/día. La evolución durante los 15 días que duró el ingreso fue favorable, con remisión completa de la sintomatología psicótica, sin síntomas residuales; manifestaba ciertas dudas acerca de la gravedad de su defecto ocular y, en cualquier caso, la demanda de un oftalmólogo era adecuada. Permitió todo ello el alta hospitalaria y el paso a tratamiento ambulatorio, con diagnóstico al alta de trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia (de probable origen tóxico) y dismorfofobia, y tratamiento con risperidona 3 mg/día, cloracepato dipotásico 10 mg/día y lormetacepam 2 mg/día.

## DISCUSIÓN

Ambos casos reúnen las características del trastorno dismórfico corporal, una preocupación exagerada por un defecto imaginario (o en el caso de existir, éste es leve y la preocupación claramente exagerada) que puede llegar a ser de carácter delirante; rituales, como comprobaciones ante el espejo, búsqueda de cirugías u otros tratamientos médicos, no psiquiátricos, con escasa respuesta a los mismos; malestar clínico significativo y deterioro en el funcionamiento social y laboral; además revestían ambos una gravedad elevada derivada del trastorno.

Aunque pueden aparecer síntomas dismórficos secundarios a otros trastornos, como depresión, psicosis, ansiedad nerviosa, etc., en el segundo caso el cuadro de dismorfobia precedía en el tiempo a la psicosis, y puede considerarse comórbido al trastorno de la personalidad de tipo límite que se ha constatado con el seguimiento posterior de la paciente.

La dismorfobia puede llegar a ser muy grave debido a varias razones. En primer lugar se trata de una entidad infradiagnosticada y sorprenden las elevadas tasas de prevalencia entre pacientes atendidos en servicios de psiquiatría ingresados<sup>19</sup> y ambulatorios<sup>7</sup> cuando se explora explícitamente la presencia de la misma. Los pacientes difícilmente solicitan ayuda psiquiátrica y las tasas de comorbilidad<sup>20,21</sup> o trastornos secundarios son elevadas. Con frecuencia presentan cuadros depresivos, sintomatología ansiosa, con ansiedad social, ideas e intentos de suicidio, consumo perjudicial y dependencia de sustancias. Y por último se ha alertado sobre la agresividad que pueden mostrar algunos pacientes contra los médicos o cirujanos<sup>22</sup>. Phillips et al.<sup>23</sup> refieren cómo un número considerable de pacientes reconocían fantasías de agresión a su cirujano en un estudio en el que muestra la ineficacia de los tratamientos quirúrgicos y médicos (no psiquiátricos) en la mayoría de pacientes.

Por todo ello, la dismorfobia puede considerarse un diagnóstico potencialmente grave que debe tener presente el clínico puesto que el tratamiento psiquiátrico precoz puede beneficiar en gran medida a los pacientes que la padecen, evitando complicaciones ulteriores tanto médicas (como intervenciones innecesarias) como psiquiátricas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Morselli E. Sulla dismorfobia e sulla tafefobia due forme non per anco descritte di pazzia con idee fisse. Bolletino della Accademia delle Scienze Mediche di Genova 1891; 6:110-9.
- Berrios GE, Kan CS. A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia. Acta Psychiatr Scand 1996;94(1):1-7.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación CIE-10: CDI-10. 1.ª edición en español. Madrid: Médica Panamericana, 2000.
- Cororve MB, Gleaves DH. Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. Clin Psychol Rev 2001;21(6):949-70.
- Rabe-Jablonska Jolante J, Sobow Tomasz M. The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. Eur Psychiatry 2000;15(5):302-5.
- Simeon D, Hollander E, Stein DJ, Cohen L, Aronowitz B. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1995;152(8):1207-9.
- Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McLeroy SL, Carter W. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1998;59(11):568-75.
- Bienvenu OJ, Samuels JE, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. Biol Psychiatry 2000;48(4):287-93.
- Phillips KA, Dwight MM, McLeroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. J Clin Psychiatry 1998;59:165-71.
- Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imaged ugliness. Arch Gen Psychiatry 1999;56:1033-9.
- Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. J Clin Psychiatry 2001; 62(9):721-7.
- Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomised placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. Arch Gen Psychiatry 2002;59(4):381-8.
- Gómez Pérez JC, Gutiérrez Fisac JL. Tratamiento de trastornos somatoformes con terapia conductista. Factores pronósticos. Psiquiatría Biol 1995;2(5):176-80.
- Phillips KA, McLeroy SL, Dwight MM, Eisen JL, Rasmussen SA. Delusionality and response to open-label fluvoxamine in body dysmorphic disorder. J Clin Psychiatry 2001;62(2):87-91.
- Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. J Nerv Ment Dis 1997;185(9):570-7.
- Phillips KA, McLeroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JL. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1993;150:302-8.
- Hollander E, Cohen LJ, Simeon D. Body dysmorphic disorder. Psych Annals 1993;23:359-64.
- Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. J Clin Psychiatry 2001;62(7):517-22.
- Veale D, Boocock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Wilson R, et al. Body dysmorphic disorder: a survey of 50 cases. Br J Psychiatry 1996;169:196-201.
- Perugi G, Akiskal HS, Giannotti D, Frare F, DiVaio S, Cassano GB. Gender-related differences in body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). J Nerv Ment Dis 1997;185(9):578-82.
- Lucas P. Violence may be serious in men with body dysmorphic disorder. BMJ 2002; 324(7338):678.
- Phillips KA, Grant J, Siniscalchi J, Albertini RS. Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. Psychosomatics 2001;45:504-10.