

A. Conejo García
M. Moreno Pinilla
D. Crespo Hervás
J. Saiz Ruiz

Complicaciones de la dismorfofobia. Descripción de un caso de automutilación

Hospital Ramón y Cajal
Universidad de Alcalá
Madrid

La dismorfofobia, o trastorno dismórfico corporal, puede alcanzar una gravedad importante y originar severas complicaciones, como aislamiento social, automutilaciones, intentos de suicidio e incluso suicidio consumado. La tendencia actual de muchos autores es incluirla dentro de los trastornos del llamado espectro obsesivo-compulsivo. En la dismorfofobia se distinguen una variante psicótica y una no psicótica, aunque actualmente se tiende a considerar que ambas formas constituyen un mismo trastorno caracterizado por un espectro de *insight* en el que los pacientes afectados por la forma delirante muestran mayor gravedad. Presentamos un caso de dismorfofobia con síntomas psicóticos que requirió un ingreso psiquiátrico debido a las graves complicaciones derivadas de este trastorno. Discutimos la presencia de sensaciones táctiles y propioceptivas presentes en algunos pacientes con dismorfofobia y la contribución de éstas al aumento de su malestar. Por último discutimos la tendencia de los pacientes a ocultar sus síntomas, que hace recomendable interrogar explícitamente acerca de ellos, en especial en grupos de alto riesgo.

Palabras clave:
Dismorfofobia. Trastorno dismórfico corporal. Automutilación. Complicaciones.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(3):202-205

Complications of dysmorphophobia. Description of a self-mutilation case

Dysmorphophobia, also known as Body Dysmorphic Disorder (BDD), can become a serious illness that results in severe complications such as social isolation, self-mutilations, suicide attempts, and even suicide. Many authors currently include BDD among the spectrum of obsessive-compulsive disorders. There are two distinguishable variants of BDD: psychotic and non-psychotic. The current trend considers these variants as one

same disorder characterized by an insight spectrum. However, the psychotic variant exhibits more severe symptoms. We present a case of dysmorphophobia with psychotic symptoms that required psychiatric hospitalization due to serious complications. We discuss the presence of tactile and proprioceptive sensations in some BDD patients and their contribution to their distress. Finally, we discuss a great propensity of BDD patients to conceal their symptoms. Thus, it is important for the clinician to specifically inquire about these symptoms, especially in high-risk groups, to prevent occurrence of serious complications.

Key words:
Dysmorphophobia. Body dysmorphic disorder. Self-mutilation. Complications.

INTRODUCCIÓN

En la dismorfofobia, o trastorno dismórfico corporal (TDC), como se denomina en las clasificaciones diagnósticas actuales^{1,2}, el paciente muestra una excesiva preocupación por uno o varios aspectos de su apariencia física, que considera feos o deformados, hasta el punto de llegar a torturarle³. Los pacientes con dismorfofobia suelen presentar una apariencia normal o, en caso de existir el defecto, su preocupación resulta desproporcionada⁴. Las partes del cuerpo más frecuentemente afectadas son la piel de la cara, la nariz o el pelo, aunque cualquier otra zona puede ser el foco de su malestar. Algunas conductas asociadas⁴ son la observación detenida ante el espejo u otras superficies reflectantes, interrogar persistentemente a personas cercanas acerca de su aspecto, comparar su parte supuestamente malformada con la de otros o camuflarla con maquillaje, vestidos o determinadas posturas corporales que la hagan menos perceptible. El TDC puede causar importante deterioro en el funcionamiento sociolaboral del paciente, aislamiento social y ocasionalmente aparición de ideación suicida, intentos de suicidio o incluso suicidio consumado⁴.

A continuación presentamos el caso de un paciente que requirió un ingreso psiquiátrico debido a las graves lesiones producidas en el contexto de una dismorfofobia.

Correspondencia:
Ana Conejo García
Hospital Ramón y Cajal
Ctra. de Colmenar, km 9,1
28034 Madrid
Correo electrónico: anaconejo@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Varón de 27 años que ingresa remitido desde el servicio de cirugía plástica, donde fue atendido por una lesión auto-provocada con arma de fuego en la pirámide nasal.

El paciente comenzó a sentirse preocupado por el aspecto de su nariz cuando a los 14 años, como resultado de un puñetazo propinado por un compañero de su colegio, sufrió una fractura nasal que dejó como secuela una discretísima desviación. Los enfrentamientos con este y otros compañeros persistían y cada vez que observaba su nariz y la veía torcida rememoraba con angustia el episodio que motivó la fractura. Progresivamente esta preocupación se intensificó y se fue acompañando de conductas como la observación detenida de su nariz en el espejo durante unas 2 h al día. Las opiniones de sus allegados, que le aseguraban que apenas apreciaban anomalía alguna, no conseguían reconfortar al paciente, quien estaba firmemente convencido de que el defecto era notable. Evitaba hablar con personas a corta distancia, y cuando lo hacía adoptaba posturas con la cara que lo hicieran menos perceptible y que previamente había ensayado ante el espejo. De modo gradual fue reclusándose en su domicilio y evitando el contacto con personas ajenas a su familia, en especial con mujeres, al considerar que no podía resultarles atractivo. El deterioro en su funcionamiento social, junto a la preocupación por su apariencia, desencadenaron un episodio depresivo que culminó con un intento de ahorcamiento que ocultó a sus familiares.

A los 20 años se sometió por primera vez a una rinoplastia, cuyo resultado fue calificado por él mismo de desastroso al considerarlo artificial. Durante los 2 años siguientes aumentó su reclusión; permanecía la mayor parte del tiempo en su domicilio para evitar ser visto y dejó de acudir a sus clases. Sentía que la gente de la calle percibía su defecto y se fijaba en él y se avergonzaba de haberse sometido a una rinoplastia, algo en su opinión impropio de un hombre. Se mostraba sumamente angustiado (aunque su familia era en buena parte ajena a su malestar), su afecto era marcadamente hipotímico y ocasionalmente presentaba ideación autolítica, cristalizada en un intento de suicidio mediante venoclisis y la planificación de una precipitación al paso de un tren, que no llegó a consumar.

Dos años después de la primera rinoplastia se sometió a una segunda intervención, tras la cual quedó satisfecho con el resultado estético, pero incomodado por múltiples molestias funcionales y sensaciones táctiles y propioceptivas, que describe como insoportables: sequedad, sensación subjetiva de dificultad para respirar y la percepción de una rugosidad en una fosa nasal, correspondiente a un cartílago injertado, que no podía evitar manipularse continuamente. Aunque su funcionamiento social mejoró discretamente tras la mejoría estética, la preocupación por las molestias en su nariz era persistente y se acompañaba de su observación detenida durante horas. Dos años antes del ingreso se planteó por primera vez la posibilidad de eliminarla, idea que, aunque

en principio le parecía algo «alocada», era considerada más tolerable que la posibilidad de someterse a una nueva intervención. Progresivamente fue estructurando un plan minuciosamente detallado: recopiló abundante información en libros, televisión e internet sobre anatomía de la nariz y posibles alternativas terapéuticas (p. ej., prótesis), con la que elaboró una carta dirigida al cirujano que lo fuera a tratar dando soluciones técnicas detalladas sobre cómo se podría reparar. En realidad pretendía fingir que el episodio que más tarde iba a tener lugar había sido accidental y que la carta se había elaborado para ser entregada al cirujano que lo interviniere de una tercera rinoplastia. Se asoció a una federación de caza para poder obtener la licencia de armas, y adquirió una escopeta, eligiendo como fecha para el suceso el inicio de sus vacaciones con el fin de no faltar muchos días a clase durante su hospitalización. Esa noche marchó a un descampado donde, provisto de varios apósitos de cura y tapones para los oídos, se autoinfligió dos disparos en el punto de su nariz que consideraba el origen de sus molestias.

En la exploración psicopatológica se puso de manifiesto una escasa expresividad emocional, así como un contacto frío, y un descenso de ánimo moderado. Continuaba considerando el episodio autolesivo como la única solución posible y aseguraba que actuaría del mismo modo si se encontrase de nuevo en una situación similar.

En la evaluación psicológica se apreció una inteligencia general media (CI 106), evaluada con la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-tercera versión (WAIS-III); los resultados en las pruebas neuropsicológicas estuvieron dentro de la normalidad para su grupo de edad, y en la evaluación de la personalidad mediante el test de Rorschach se apreció un tipo vivencial introversivo, con cierta rigidez emocional, baja autoestima y preocupación por su imagen corporal.

Los exámenes complementarios realizados fueron normales.

DISCUSIÓN

Desde que hace más de un siglo Enrico Morselli⁵ definiera la dismorfofobia, muchos autores se han encargado de describirla. Janet⁶ y Kraepelin⁷ la relacionaron con la enfermedad obsesivo-compulsiva, y López Ibor^{8,9} la consideró un equivalente depresivo, aunque afirmó que «psicopatológicamente hay que calificar un trastorno del tipo que presentan estos enfermos como una obsesión». La tendencia actual es a incluirla dentro del espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos¹⁰ (TOC), dado que comparte muchas similitudes con él, como la distribución por sexos, la edad de inicio, el curso con frecuencia crónico y el grado de incapacidad¹¹. Ambos presentan alta comorbilidad con la depresión mayor y otros trastornos de ansiedad y son comórbidos entre sí¹². Fenomenológicamente la preocupación del dismorfofóbico

está muy cercana a una obsesión: en ambos trastornos aparecen pensamientos recurrentes, persistentes, incómodos, productores de ansiedad y difíciles de controlar^{4,10,12}. Estas preocupaciones se suelen acompañar de conductas repetitivas y con frecuencia ritualísticas que recuerdan a las compulsiones del TOC^{4,12}. Además, los dos responden preferentemente al tratamiento con fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina y a técnicas de terapia cognitivo-conductual, como la exposición con prevención de respuesta¹². Sin embargo, existen algunas diferencias: en la dismorfofobia las ideas son egosintónicas y carecen del carácter intrusivo propio de las ideas del TOC¹⁰. Además los pacientes con TDC presentan menor conciencia de enfermedad¹³ y suelen carecer de la sensación de absurdidad de los síntomas¹⁰. Las creencias típicas de la dismorfofobia suelen estar más sobrevaloradas que las del TOC¹⁰ y los pacientes que la padecen llegan a presentar ideación delirante en una proporción superior al 50 % frente al 5 % de los pacientes con TOC¹³. Aunque todavía no está plenamente aclarada la etiología de la dismorfofobia, los datos disponibles en la actualidad sobre su origen biológico apuntan a un importante papel de la serotonina en la génesis de la misma, de modo similar a lo que ocurre en el TOC¹⁰. Sin embargo, los factores sociales cobran más importancia en el caso del trastorno dismórfico¹⁰.

En la dismorfofobia se distingue una variante psicótica y una no psicótica que están clasificadas como trastornos separados tanto en el DSM-IV¹ (la primera como un trastorno delirante, tipo somático y la segunda como un trastorno somatomorfo) como en la CIE-10² (dentro del trastorno hipochondríaco la forma no psicótica y entre los trastornos de ideas delirantes persistentes la psicótica). El síntoma psicótico primordial en el TDC es la convicción delirante en la creencia patológica (es decir, la absoluta convicción de que su consideración del defecto es real y no distorsionada) que llegan a presentar hasta el 53 % de los pacientes, al menos durante varias semanas a lo largo de su evolución¹⁴. Otros síntomas psicóticos frecuentes son las ideas y delirios de referencia¹⁵, que pueden contribuir al aislamiento social¹⁶.

El caso que presentamos constituye un caso de dismorfofobia delirante dado que durante meses el paciente se muestra absolutamente convencido de que el defecto estético existe y su visión del mismo no está distorsionada. Además, a lo largo de su evolución presenta ideas de referencia que le obligan a recluirse en su domicilio para evitar ser visto.

No obstante, en la mayoría de los estudios comparativos publicados^{17,18} los pacientes psicóticos y no psicóticos resultaron muy similares en términos de factores demográficos, fenomenología, curso de la enfermedad, rasgos clínicos asociados, historia psiquiátrica familiar y respuesta al tratamiento. Ambas formas responden de manera prioritaria a los inhibidores de la recaptación de serotonina, que incluso pueden mejorar la introspección en algunos enfermos con creencias delirantes^{16,19}. Hay que tener en cuenta además que en la mayoría de los pacientes es difícil distinguir una

idea sobrevalorada de una idea delirante y que el grado de convicción en el defecto puede fluctuar a lo largo de la evolución del trastorno, en ocasiones asociado a circunstancias ambientales o al estrés^{14,20}. Actualmente se tiende a considerar que ambas formas constituyen un mismo trastorno caracterizado por un espectro de introspección¹⁶ en el que los pacientes afectados por la forma delirante presentan mayor severidad²¹, así como mayor afectación a nivel social y laboral.

Un síntoma de la dismorfofobia que durante mucho tiempo ha estado prácticamente ausente de la literatura son las percepciones táctiles y propioceptivas asociadas. En el caso que presentamos estos síntomas resultaron prominentes en la etapa previa al ingreso, haciéndose tan insoportables que le condujeron a eliminar su nariz con un arma de fuego. En un estudio de 30 casos publicado por Phillips et al. en 1993²² el 37 % (n = 11) había presentado sensaciones táctiles sutiles, como tirantez facial. Estas molestias comparten algunos rasgos con los fenómenos obsesivos: son preocupaciones persistentes, intrusivas, recurrentes, causantes de intensa ansiedad, y en ocasiones se acompañan de conductas compulsivas de observación ante el espejo o manipulación repetida. Sin embargo, al igual que las preocupaciones del dismorfófico en relación a su aspecto físico, carecen de la condición de absurdidad propia de las ideas obsesivas y son vividas como egosintónicas. Consideramos que se trata de un fenómeno que debería ser explorado en la valoración de un paciente con TDC.

Aunque trágicos desenlaces como el que presentamos no son habituales, no es infrecuente que los pacientes dismorfóxicos, bien exasperados tras ser rechazados para la cirugía, o decepcionados por sus resultados, traten, en un intento desesperado por resolver su defecto, de arreglarlo por ellos mismos mediante intervenciones «DIY» (hágalo usted mismo)²³. En la mayoría de los casos se trata de intervenciones sencillas, como colocarse una pinza en la nariz con la intención de hacerla más fina, aunque también han sido descritos algunos casos dramáticos de automutilaciones, u otros casos, aún más deplorables, de pacientes que han atentado contra el cirujano^{24,25} y después se han quitado la vida.

Se considera que el trastorno dismórfico corporal está infradiagnosticado^{4,21,26}. Frecuentemente estos pacientes consultan antes con otros médicos, especialmente cirujanos plásticos y dermatólogos⁴, pero pueden hacerlo con cualquier otro especialista²⁷. Tras el tratamiento quedan habitualmente insatisfechos²⁸ con el resultado, aunque algunos pacientes pueden abandonar la preocupación por esa parte de su cuerpo y focalizarla en otra diferente²⁷.

Probablemente sólo lleguen a los servicios de salud mental una mínima parte de los pacientes afectados de dismorfofobia dado que la vergüenza que este padecimiento les ocasiona hace que lo mantengan en secreto y cuando lo revelan suele ser tras varios años de padecimiento. En un estudio de prevalencia en pacientes psiquiátricos hospitaliza-

dos realizado por Grant et al.²⁶, el 13,1 % cumplía criterios para TDC. Ninguno de ellos había recibido ese diagnóstico de su médico y todos refirieron que no lo habrían revelado a menos que específicamente se les hubiese preguntado. Dado el importante malestar que este trastorno causa a quien lo padece, la repercusión en su vida laboral, académica y social, y las funestas consecuencias que pueden derivarse de él, como intentos de suicidio o intervenciones quirúrgicas innecesarias y causantes de yatrogenia^{24,28}, muchos autores recomiendan interrogar explícitamente acerca de los síntomas de la dismorfofobia, especialmente en grupos de pacientes de alto riesgo, como aquellos con depresiones atípicas, TOC, fobia social, y los que solicitan someterse a intervenciones de cirugía estética.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este trabajo agradecen a Beatriz Rodríguez Salgado y Luis Jaime Mateo Mateos su importante colaboración en la elaboración del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
2. 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 ed. en español. Madrid: Médica Panamericana, 2000.
3. Hay GG. Dymorphophobia. Br J Psychiatry 1970;116:339-406.
4. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1991;148:1138-49.
5. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. Bolletino accademia delle scienze mediche di Genova 1886;VI:110-19.
6. Janet P. L'obsession de la honte du corps, en Les obsessions et la psychasthenie. Paris: Felix Alcan, 1903.
7. Kraepelin E. Psychiatrie, 8.ª ed. En: Barth JA, editor. Leipzig: 1909-15.
8. López Ibor JJ, López-Ibor Aliño JJ. El cuerpo y la corporalidad. Madrid: Gredos, 1974.
9. López Ibor JJ. Psiquiatría y cirugía plástica. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1979;7:83-6.
10. Díaz Marsá M, Carrasco JL, Hollander E. Dismorfofobia y espectro obsesivo-compulsivo. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1996;24:331-7.
11. Saxena S, Winograd A, Dunkin JJ, Maidment K, Rosen R, Vapnik T, et al. A retrospective review of clinical characteristics and treatment response in body dysmorphic disorder versus obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 2001;62:67-72.
12. Phillips KA, Gunderson CG, Mallya G, McElroy SL, Carter W. A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 1998;59:568-75.
13. 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;152:1207-9.
14. Phillips KA, McElroy SL. Insight, overvalued ideation, and delusional thinking in body dysmorphic disorder: theoretical and treatment implications. J Nerv Ment Dis 1993;181:699-702.
15. Martín Muñoz JC, Navarro Pichardo R, Martínez García de Castro M. Caso clínico: tratamiento de una dismorfofobia psicótica. Folia Neuropsiquiátrica 1985;20:105-9.
16. Phillips KA. Psychosis in body dysmorphic disorder. J Psychiatr Res 2004;38:63-72.
17. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr, Hudson JL, Pope HG Jr. Body dysmorphic disorder: does it have a psychotic subtype? J Clin Psychiatry 1993;54:389-95.
18. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JL. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. Psychopharmacol Bull 1994;30:179-86.
19. Phillips KA, McElroy SL, Dwight MM, Eisen JL, Rasmussen SA. Delusionality and response to open-label fluvoxamine in body dysmorphic disorder. J Clin Psychiatry 2001b;62:87-91.
20. Gómez Pérez JC. Dismorfofobia: pasado y presente de un trastorno centenario. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1994;22:83-8.
21. García-Parajuá P, Martínez Vigo M, Ovejero García S, Caballero Martínez L. Gravedad de la dismorfofobia: descripción de dos casos. Actas Esp Psiquiatr 2003;31:168-70.
22. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Hudson JL. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1993;150:302-8.
23. Veale D, de Haro L, Lambrou C. Cosmetic rhinoplasty in body dysmorphic disorder. BJPS 2003;56:546-51.
24. López-Ibor Aliño JJ. Complejo de Tersites o dismorfofobia. En: Ruiz Ogara C, Barcia Salorio D, López-Ibor Aliño JJ, et al. Psiquiatría. Lecciones clínicas. Barcelona: Toray, S.A., 1985; p. 315-24.
25. Hinderer UT. Dr. Vázquez Añón's Last Lesson. Aesth Plast Surg 1978;2:375.
26. Grant JE, Won Kim S, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. J Clin Psychiatry 2001;62:517-22.
27. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. J Clin Psychiatry 1996;57(Suppl. 8):61-5.
28. Saiz Ruiz J, Ibáñez Cuadrado A. Aspectos psicológicos de las dismorfias. Cir Plast Ibero Latinoamer 1990;16:233-41.