

Trastorno Dismórfico Corporal: retorno a Kraepelin.

María Lorena Bartolomé Herrero*, **María de la Concepción Gelado Matellan***, **Amaya Caldero Alonso*** **Manuel Angel Franco Martín****

* *LES. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)*

** *Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental de los Hospitales Universitario Río Hortega de Valladolid y Complejo Asistencial de Zamora. Coordinador del Grupo de Investigación en Psicociencias del IBSAL. Profesor Asociado Doctor de la USAL.*

Correspondencia: Lorena Bartolomé Herrero lorena.bartolome@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es una patología poco conocida donde es más probable consultar a otros especialistas que a un psiquiatra convencidos de que su supuesto defecto físico es real.

Objetivos: Exposición de un caso clínico de difícil diagnóstico por su complejidad semiológica.

Exposición del caso: Paciente mujer con un TDC de una década de evolución y con pronóstico grave por su difícil diagnóstico clínico, la nula conciencia de enfermedad que lleva implícito el trastorno, el desconocimiento de su importancia como entidad clínica independiente, su tratamiento muchas veces sintomático y su frontera con un trastorno delirante de tipo somático.

Diagnóstico: F45.2 Trastorno Dismórfico Corporal Grave [300.7] (DSM-V)

Discusión: Con una prevalencia de 2,4% presentamos una *dismorfofobia* donde la incrustación de la sintomatología era tan intensa que la clínica psicopatológica limitaba con un *Trastorno Delirante Somático*.

De pronóstico variable debido a que suele transcurrir mucho tiempo hasta su diagnóstico con pocos periodos asintomáticos.

Conclusión: El TDC demuestra una vez más el posible origen psiquiátrico de semiología clínica somática en el diagnóstico diferencial de cuadros clínicos complejos e inexplicables al menos por las pruebas diagnósticas objetivas. Pensar que algo tan intangible como el pensamiento puede generar

creencias erróneas respecto a la percepción de defectos imaginarios como si fuesen reales supone un verdadero acto de fe entre el paciente y la psiquiatría en una relación no siempre terapéutica para el enfermar humano y el enfermo con un problema de salud mental inexplicable e inexplicado por el resto de razonamientos médicos.

PALABRAS CLAVE

Dismorfofobia, trastorno dismórfico corporal, trastorno obsesivo compulsivo, neurosis obsesiva.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

El trastorno dismórfico corporal (preocupación por un defecto imaginado o real en el aspecto físico) tiene más de 100 años de antigüedad.

Su idiosincrasia le dotó de cierto olvido relegándolo durante décadas por su difícil categorización psicopatológica a un cajón de sastre de patología mental rara, inclasificable e indefinible que, excepcionalmente aún hoy en día, se le da el protagonismo que debería tener por su gran impronta en el pensamiento, en la conducta y la gran incapacidad funcional y el enorme sufrimiento que su distorsión perceptiva y cognitiva provoca en el paciente.

Desde la *dismorfofobia* de Morselli (1886) [1] y Emil Kraepelin, (1855-1926) [2] referente de la psicopatología, quien lo definía como una *Neurosis Obsesiva* pasó por diferentes términos como *Trastorno Somatomorfo Típico* (DSM-III-R, 1987), *Trastorno Dismórfico Corporal* (DSM-IV-TR, 2000) hasta el DSM-V [3] donde se incluye en el *Espectro TOC (Trastorno Obsesivo-Compulsivo)* en un retorno a Kraepelin. Es asimismo conocido el paciente con dismorfofobia que Freud trató y al que llamó "*El Hombre de los Lobos*" por su excesiva preocupación por su nariz o el "*Complejo de Tersites*" para describir a aquellos pacientes que presentaban un defecto real aunque leve pero vivido de manera traumática y exagerada [4].

En ocasiones, casi rozando la categoría de ideación delirante al ser difícil la aceptación por el paciente que el defecto real no existe (no objetivado por los demás) o el defecto mínimo que está convencido tener, no existe como lo percibe y todo está generado en una desregulación de neurotransmisores cerebrales que le llevan a presentar preocupaciones obsesivas en forma de ideas obsesivas, intrusivas, egodistónicas y difícil de resistirse a ellas, cuyo contenido es una preocupación exagerada por un defecto, ya sea real o imaginado acompañado de conductas compulsivas y de repetición la mayoría de las veces como por ejemplo observarse el defecto reiteradamente en los espejos, palpaciones compulsivas de la piel o frecuentar a médicos en búsqueda de una solución a su problema amén de auto sometimiento a intervenciones de cirugía estética implicando un consumo excesivo de tiempo, sufrimiento y disfunción significativas.

Todo ello hace que consulten tarde cuando el trastorno es ya moderado o grave y los pacientes y familiares están desbordados.

En casos extremos el riesgo de suicidio es alto y el aislamiento social es grave así como problemas socio-familiares y laborales.

El inicio de los síntomas generalmente ocurre en la adolescencia o inicio de la edad adulta, por igual en hombres y en mujeres donde la comparación con iguales es inherente a ese intervalo etario y donde empiezan las valoraciones relacionadas con la imagen corporal, el peso, el modo de vestir etc.

Aunque resulta muy inusual encontrarnos en la consulta psiquiátrica a pacientes cuya preocupación por un defecto físico imaginario o una percepción exagerada de un defecto de poca magnitud, absolutamente convencidos de ello, casi rozando la ideación sobrevalorada o delirante (ya irrefutable a la

argumentación lógica), esto no nos debe llevar a olvidar u obviar esta patología a cuyos pacientes provoca un gran sufrimiento vital no encontrando en los diferentes especialistas a los que frecuentan, conformidad ni resolución a su problema, que en gran número de los casos incluso las intervenciones médicas llegan (subjetivamente) a la creencia por parte del paciente de un empeoramiento aún mayor si cabe del defecto físico (interpretación) entrando en una progresiva disfunción psicosocial y un malestar clínico tan importante que acaban consultando con la psiquiatría traídos por algún familiar y tan escépticos que resulta difícil y complicado su abordaje.

El TDC tiende a la cronicidad si no se trata con tendencia a empeorar. La investigación ha demostrado que la Terapia Cognitivo-Conductual y los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden ser eficaces [4].

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 28 años de edad sin antecedentes médicos de interés. Como antecedentes psiquiátricos personales presentaba en el año 2009 una única consulta derivada por su médico de atención primaria por un supuesto defecto por un golpe en la nariz (descartada fractura) que había desplazado (según la paciente) la articulación temporomandibular provocándole un dolor y una deformidad en hemicara derecha (no percibido en consulta ni por demás personas) verbalizando que se miraba continuamente y se tocaba la cara no encontrando solución a su supuesta deformidad. Se recomendó tratamiento psicofarmacológico con fármacos ISRS que rechazó. No hubo más consultas por decisión de la paciente.

No antecedentes familiares psiquiátricos. No tratamientos en el momento de la consulta. Niega consumo de tabaco, alcohol ni otros tóxicos.

Motivo de consulta: La paciente refiere encontrarse "*muy desesperada*" (se objetiva en consulta una labilidad emocional con irascibilidad fácil y llanto incoercible) manifestando que hace unos seis meses empezaron a salirle unos granos en la cara que intentó quitar manualmente, al hacerlo inflamaron la cara "*...y desde entonces está deformada*", había consultado a dermatología que le pautó una crema facial que según la paciente le había empeorado notablemente, verbalizando "*para qué iría porque me ha inflamado aún más la cara*", intentando solucionar el problema fue a un homeópata que tampoco le fue eficaz, como percibía los ojos hundidos le recomendaron un fisioterapeuta que le "*hundió aún*

más los ojos y el masaje que me dio me ha deformado el cráneo, me ha empequeñecido la espalda deformando mis hombros”, seguidamente fue a traumatólogo y a osteópata amén de diferentes consultas al servicio de urgencias, hasta que la incapacidad, la limitación y la disfunción fueron tan importantes que sólo pensaba en los defectos físicos imaginarios que se habían ido concatenando uno tras otro hasta que la familia intervino y acompañó a la paciente a la consulta de psiquiatría.

En la exploración psicopatológica la paciente se encuentra lúcida, consciente, bien orientada en tiempo, espacio, auto y alopsíquicamente. Estado de ánimo hipotímico con labilidad emocional e irascibilidad fácil y llanto incoercible. Ansiedad basal incrementada. Clínica de crisis de angustia ocasional. Lenguaje fluido, espontáneo y coherente, con discurso basado en la preocupación por una deformidad facial, craneal y de los hombros (no percibido por los demás) y conductas compulsivas repetitivas como mirarse reiteradamente al espejo hasta el punto que la familia había retirado los espejos de casa por la enorme cantidad de tiempo que pasaba mirándose en los mismos. La creencia por los supuestos defectos y deformidades y asimetrías físicas eran tan intensas que eran ya ideas sobrevaloradas cuasi delirantes (descartado porque hacía cierta crítica o duda de su veracidad) de contenido somático verbalizando “*mi cara ya no es mi cara...ahora quién me devuelve mi cara*”. No ideación autolítica. No auto/heteroagresividad ni verbal ni física aunque sí mostraba sentimientos de desesperanza y desbordamiento personal con malestar clínicamente significativo y una grave disfunción psicosocial (aislamiento social severo con abandono de cualquier actividad social, lúdica), interpersonal (abandona a su cónyuge y se vuelve a casa de su familia de origen), laboral (pérdida del puesto de trabajo) y deterioro personal (aseo defectuoso, pérdida de peso importante, dejadez) junto con el desarrollo de conductas regresivas (dormía en posición fetal abrazada a un viejo peluche incluso en el suelo).

Se emite un juicio clínico de:

F45.2 Trastorno Dismórfico Corporal Grave [300.7] (según criterios DSM-V) [3]

Se inicia tratamiento con fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina.

La paciente llevaba más de una década con esta patología sufriendo *suplencia de síntomas* con períodos de relativa normalidad pero sin remisión total. Había consultado a traumatólogos, osteópatas,

fisioterapeutas, internistas, dermatólogos en numerosas ocasiones y siempre interpretando que no solo no le resolvían el defecto sino que incluso le empeoraban más.

EVOLUCIÓN

El trastorno dismórfico corporal suele iniciarse en edades tempranas, en la adolescencia, aunque puede confundirse con una insatisfacción con el cuerpo y tener un largo y fluctuante periodo de tiempo que transcurre hasta la búsqueda de ayuda médica.

Aunque la parte corporal en la que se polariza la preocupación puede ser cambiante lo más frecuente es que sea la misma.

La paciente inicia la preocupación por una deformidad facial hacía una década y aunque no había vuelto a consultar, la familia reconocía que nunca había llegado a estar bien pero no con tanta disfunción y/o malestar clínico como en este momento.

La percepción distorsionada de su supuesta deformidad presentaba una vivencia tan intensa que limitaba con una ideación sobrevalorada de contenido somático, previa a una ideación delirante de tipo somático ya irrefutable a la argumentación lógica en una psicosis ya de pronóstico más grave. Aunque era capaz de hacer cierta crítica o al menos de aceptar la explicación médica, la idea, se volvía a presentar, continuamente, incrustándose en su pensamiento sin capacidad para resistirse a ella.

El malestar y la disfunción limitaba a la paciente incapacitándola para realizar su vida.

Se pautó escitalopram 10 mg al día

Se asoció al ISRS una intervención psicoterapéutica centrada en reforzadores positivos, vías de escape basadas en aspectos de su vida abandonados (amigas, autocuidado personal, autogestión de tiempo y espacio), desarrollo de estrategias de cambio, fomento autonomía y la independencia, enfocados a no recircular en el TDC sino reforzar los aspectos de su vida y su personalidad tapados por la vivencia negativa de su trastorno.

La evolución clínica fue lenta pero favorable con vida normalizada, independiente y autónoma.

DISCUSIÓN

De la *dismorfofobia*, que el psicopatólogo Emil Kraepelin definió en su tratado de psicopatología a la quinta edición del DSM han pasado más de 100 años

y aún así se desconoce casi todo de este trastorno debido a que los pacientes no suelen consultar a un psiquiatra convencidos de que su defecto es real o porque se auto compensan temporalmente con intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica (Andreasen estima que hasta el 2% de los pacientes que se someten a cirugía plástica podrían ser subsidiarios de un diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal),[8] dermatología u otras soluciones parciales, que lejos de mermar la intensidad de la preocupación la exagera o ejerce un efecto dominó imparable hacia otras deformidades nuevas o derivadas de supuestos errores o efectos adversos que le han provocado los profesionales que ha consultado; lo que retroalimenta el trastorno en un *feedback* continuo recirculando en su autoobservación y convencimiento de que cada vez la deformidad es mayor sin posibilidad de salida sino se pone en manos de un psiquiatra que aunque la respuesta a fármacos serotoninérgicos, IMAO o pimozida aún no se conoce exactamente, la clomipramina o la fluoxetina sí está recogido en la literatura científica que pueden reducir hasta en un 50% los síntomas [5]

De etiología desconocida su comorbilidad (90% trastorno depresivo, 70% trastorno de ansiedad y 30% trastorno psicótico), los antecedentes familiares de trastorno del estado de ánimo y trastorno obsesivo-compulsivo así como la respuesta favorable a psicofármacos (antidepresivos) serotoninérgicos orientan al papel de la serotonina en su etiopatogenia[6,7].

La comorbilidad con otro trastorno mental, como era este caso, donde la paciente presentaba un Trastorno Depresivo coadyuvante empeoraba claramente la evolución y el pronóstico de la paciente.

El índice de respuesta clínica aumenta si se suplementa el tratamiento con ISRS con clomipramina, buspirona, litio, metilfenidato o antipsicóticos [4,5]

CONCLUSIÓN

El Trastorno Dismórfico Corporal supone un reto para el psiquiatra, fácilmente puede pasar desapercibido si no se está alerta de su existencia porque puede confundirse con una distorsión de la imagen corporal, un trastorno de la conducta alimentaria, una fobia social, un trastorno de personalidad por evitación, un trastorno obsesivo compulsivo, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno depresivo o una somatización sin más entre otros diagnósticos diferenciales [6,7].

En su largo camino desde que se inicia allá por el final de la adolescencia, se recorre una larga lista de especialidades médicas en una búsqueda activa de solución a su defecto físico, se oculta durante años por el miedo a ser considerados *locos o enfermos mentales* si se habla mucho de ello, el funcionamiento durante años en todo lo que no concierne a la preocupación física exista o no, es con absoluta normalidad (al menos los primeros años) y la poca fe en que sea algo que esté en su cabeza y no sea real, hace, entre otras variables, que su rareza en la consulta propicie que se *olvide* su existencia con lo cual el paciente va siendo menos capaz de controlarlo con el tiempo siendo progresivamente más incapacitante.

Emil Kraepelin no tenía fluoxetina ni clomipramina para minimizar los daños de este trastorno pero supo ver de su existencia, le dio un nombre, un contenido y una ubicación clínica muy cerca de lo que hoy conocemos como *espectro TOC*, sin más herramientas clínicas que la mera observación y dedicación a la psiquiatría y a los trastornos mentales sentando las bases de lo que aun hoy día sigue siendo este trastorno en un retorno a él y a su inestimable aportación a la psicopatología

Agradecimientos: a Beatriz Muñoz Martín, Bibliotecaria Documentalista del Complejo Asistencial de Zamora por su colaboración y al Dr. Jesús Pinto por su dedicación, ayuda y accesibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia; due forme non ancora descritte di pacía con idee fisse. Bollettino della Regia Accademia delle Scienze Madiche di Genova VI: 110-119. 1891
2. González Rivera JL. Evolución Histórica de la Psiquiatría. Psiquis. 1998; 19 (5): 183-200.
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2000.
4. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. 8º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999.

5. Stephen M., Stahl. Guía del Prescriptor. Psicofarmacología Esencial de Stahl. 4ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica; 2012.
6. Gelder M, López Ibor J Jr, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Médica; 2003.
7. Berríos G.E., Kan Cheng-Sing. A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia. Acta Psychiatr Scand. 1996; 94 (1): 1-7.
8. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? Am J Psychiatr. 1970; 134: 673-5.
9. Castelló Pons T. El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. C Med Psicosom. 2014; (112): 22-7.