

F. García-Escribano^{1*} 
M.R. Pérez Moreno¹ 

1 Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

F. García-Escribano
Correo electrónico: Florencio.garcia-escribano@salud.madrid.org

Trastorno dismórfico corporal del adolescente

Adolescent Body Dysmorphic Disorder

RESUMEN

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un trastorno caracterizado por la preocupación por defectos físicos corporales no existentes, o apenas perceptibles, que generan un gran malestar psicológico o un deterioro en el funcionamiento de la persona que lo padece. La prevalencia de este trastorno oscila entre el 1,7 y 2,5% en la población general, siendo las dos terceras partes de los casos de inicio en la adolescencia. Existen diferencias significativas a la hora de clasificar este trastorno. Mientras que la CIE-10 lo hace dentro de los trastornos somatomorfos, el DSM-5 y la futura CIE-11 lo clasifican dentro del Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y Trastornos relacionados. Así mismo, a nivel clínico, pueden surgir dudas diagnósticas con los trastornos psicóticos o con los trastornos de la conducta alimentaria. Presentamos el caso de una paciente de 16 años, cuya sintomatología planteaba los interrogantes previamente descritos, decantándonos finalmente por el diagnóstico de TDC en la forma en que lo hacen el DSM-5 y la futura CIE-11 (TOC y trastorno relacionados), siendo tratada como tal y evolucionando de forma favorable. Este artículo tiene dos objetivos principales. En primer lugar, actualizar al lector en el novedoso cambio nosológico del TDC en la CIE-11, que se aproxima cada vez más a la orientación americana, siendo ésta la que hemos usado como referente para nuestro trabajo. En segundo lugar, profundizar en el diagnóstico diferencial de esta entidad, ya que no resulta una tarea sencilla y prueba de ello es el cambio clasificatorio anteriormente mencionado.

Palabras clave: Trastorno Dismórfico Corporal, adolescente, DSM-5, CIE-11, TOC.

ABSTRACT

Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by preoccupation with nonexistent or slight defects in physical appearance, that cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. Point prevalence of BDD is 1,7-2,5% in general population, with two thirds of the cases beginning in adolescence. There are significant classificatory differences to take into account. Whereas ICD-10 classifies it among Somatoform Disorders, DSM-5 and future ICD-11 do it among obsessive compulsive Disorder (OCD) and related Disorders. Furthermore, diagnostic doubts may arise with psychotic disorders or eating disorders. We present the case of a 16-years old girl, whose symptoms raised the questions previously exposed. We finally opted for BDD diagnosis, according to DSM-5 and ICD-11 classifications (OCD and related disorders). The patient was treated accordingly and she has progressed favorably. There are two main objectives in this article. First, to update the reader on the classificatory change of BDD in the ICD-11, which resembles the American point of view of this disorder, that is the one which we base our study on. Second, to deepen on the differential diagnosis, as it is not an easy task and this is evidenced by the classificatory change previously mentioned.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder, teenager, DSM-5, ICD-11, OCD.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un trastorno caracterizado por la preocupación por defectos físicos corporales no existentes, o apenas perceptibles, que generan un gran malestar psicológico o un deterioro en el funcionamiento de la persona que lo padece (1). La prevalencia de este trastorno oscila entre el 1,7 y 2,5% en la población general, siendo las dos terceras partes de los casos de inicio en la adolescencia (2).

Existen diferencias significativas a la hora de clasificar este trastorno, pues mientras que la CIE-10 lo hace dentro de los trastornos somatomorfos (3), el DSM-5 lo clasifica dentro de TOC y trastornos relacionados (1), siendo esta orientación la que hemos usado para nuestro trabajo. Así mismo, a nivel clínico, pueden surgir dudas diagnósticas con los trastornos psicóticos o con los trastornos de la conducta alimentaria.

Resulta novedoso mencionar que la futura CIE-11 clasificará el TDC de una forma similar a como lo hace el DSM-5, es decir, en TOC y trastornos relacionados (4). De esta forma, la sintomatología nuclear del TDC, según el DSM-5 y la CIE-11, consiste en preocupaciones por la apariencia física difíciles de resistir o controlar, que involucran comportamientos dirigidos a comprobar, camuflar o arreglar dichos defectos, consumiendo mucho tiempo en el proceso.

El curso de la enfermedad es, por lo general, crónico, mejorando significativamente con un tratamiento adecuado. Los tratamientos más efectivos son, a nivel farmacológico, los ISRS a dosis altas y la clomipramina (5) y, a nivel psicológico, la terapia cognitivo-conductual de tipo exposición y prevención de respuesta (6).

Presentamos el caso de una paciente de 16 años, cuya sintomatología planteaba los interrogantes semiológicos previamente mencionados, decantándonos finalmente por el diagnóstico de TDC en la forma en que lo hacen el DSM-5 y la CIE-11 (TOC y trastornos relacionados), siendo tratada como tal y evolucionando favorablemente. Los objetivos de este artículo son, por tanto, actualizar al lector en el novedoso cambio nosológico del TDC en la CIE-11 y profundizar en el diagnóstico diferencial de esta

entidad, ya que no es una tarea sencilla y prueba de ello es el cambio clasificatorio anteriormente mencionado.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta:

Mujer de 16 años que es derivada a consultas de psiquiatría infanto-juvenil por su Médico de Atención Primaria (MAP), con juicio clínico de “ansiedad”. Acude acompañada por su madre. A partir de este momento, nos referiremos a la paciente como P y a su madre como M.

Antecedentes personales somáticos: deformidad craneal congénita (plagiocefalia), corregida mediante casco durante primer año de vida. A los 13 años es diagnosticada de escoliosis dorso-lumbar grave, que requirió intervención quirúrgica 3 meses más tarde. A los 15 años tiene lugar la segunda cirugía de escoliosis.

Antecedentes personales psicopatológicos: con 15 años es atendida por la psicóloga clínica de nuestro centro, por “tristeza y desmotivación, de carácter anticipatorio a la segunda cirugía de escoliosis”, siendo dada de alta al remitir dicha sintomatología.

Antecedentes familiares: M padeció un episodio depresivo grave durante la primera infancia de la paciente (cuando esta tenía 2 años), con importante repercusión funcional, por el que siguió tratamiento prolongado psiquiátrico y psicológico. El padre estuvo en tratamiento psiquiátrico de joven, aunque se desconoce información en mayor profundidad.

Embarazo y desarrollo: Embarazo normal, parto vaginal instrumentado. Peso 3,600 kg y talla 50 cm. M aplicó el método Estivill, por lloros continuados del bebé. Hitos del desarrollo alcanzados con normalidad. Crianza materna con ayudas, a raíz del episodio depresivo grave, entre los 2 y los 5 años de P. Escolarizada con 3 años en colegio público donde cursa infantil y primaria, sin problemas de aprendizaje ni conducta. Educación secundaria en instituto público. A los 11 años comienza a sentir rechazo por parte de sus iguales y tiene problemas de integración en grupos.

Enfermedad actual: P data el inicio de su malestar en las navidades de 2018, 6 meses antes de la consulta actual, cuando observó que la forma en la que se veía en el espejo era distinta a cómo se veía en las fotos, advirtiéndole que la imagen especular no era simétrica. Explica que en el espejo se veía bien, pero en las fotos no, por lo que empezó a preocuparse por cómo le verían los demás, asemejando el punto de vista de estos al de las fotos.

En la primera consulta, P dice tener varias partes defectuosas o deformadas, siendo las de la cara las que más ansiedad le generan, especialmente la mandíbula. Aunque por un lado se muestra convencida de ello, por otro lado, expresa la duda de estarlo. P explica que existen días en los que no tiene defectos y se siente bien, pero que hay otros en los que sí y se angustia. Asegura haber visto y sentido dichas deformaciones en ocasiones, pero no siempre están, por lo que le surge el deseo y a la vez el miedo, de comprobarlo. Generalmente cede a la comprobación y, si confirma su existencia, se angustia terriblemente. Por otro lado, si la descarta, sigue comprobando el resto del cuerpo hasta que encuentra otra deformidad, con el mismo resultado. Estas comprobaciones duran en torno a 5 horas al día. “Y podría estar muchas horas más, si no evito lo que evito”. Con esto, hace referencia a que evita todo aquello que pueda recordarle y desencadenar estas obsesiones (como, por ejemplo, mirarse al espejo). P es consciente de la gran cantidad de tiempo que invierte en estos rituales y que el resultado es, en la mayoría de los casos, angustiante, por lo que, como hemos dicho, trata de evitarlos. En palabras de la paciente, “prefiero quedarme con la duda a saber la realidad”. En ocasiones se ha sentido tan angustiada, que describe fenómenos de despersonalización, “tengo que pellizcarme para aferrarme a la realidad”. Además, la paciente refiere que estos pensamientos le generan sentimientos de rechazo y vergüenza hacia sí misma. Añade que se siente aliviada cuando otras personas le confrontan sus ideas y desea que se lo digan. Sin embargo, refiere que este alivio es momentáneo, “al día siguiente vuelvo a pensar lo mismo. A corto plazo está bien, pero a largo plazo no hay diferencia”. Admite, que ha pensado en varias ocasiones en acudir a un cirujano plástico para que le opere dichos defectos, aunque suspira

“me tendría que arreglar toda la cara, todo está deformado”. Al mismo tiempo, P entiende que su MAP le ha derivado a Salud Mental y no a cirugía plástica y lo acepta. Respecto a su fijación con la mandíbula, ha acudido en varias ocasiones a un dentista, el cual le extrajo una muela en una ocasión y le diagnosticó de afección de la articulación temporomandibular en otra.

P ha finalizado 4º ESO, con buenas notas, aunque con un ligero empeoramiento con respecto a los años previos. Tiene escaso círculo social. Explica que en ocasiones no quiere ir al colegio para que sus compañeros no se den cuenta de sus defectos. También dice que le da mucha vergüenza hablar de este tema y que nunca ha sido capaz de contárselo a ningún familiar, amigo o profesional de la salud previamente. La única persona a la que se lo ha contado ha sido a la psicóloga de su colegio, la cual le habló acerca del “trastorno dismórfico corporal” y se ha sentido muy identificada.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientada. Aspecto cuidado. Posición erguida y rígida. Gesto serio, facies inexpresiva. Actitud colaboradora y abordable. Contacto ocular mantenido. Reactiva y sintónica. Lenguaje fluido y espontáneo, adecuado en tasa y tono. Discurso coherente y estructurado, de carácter vago. No alteraciones en la forma o curso del pensamiento. Ideas sobrevaloradas y obsesivas de carácter hipocondríaco y asimetría de rasgos faciales. Compulsiones en forma de pensamientos y actos motores (ej. tocarse) de comprobación. Conductas de evitación de aquello que desencadene las obsesiones y compulsiones. Conductas evitativas sociales.

Percepciones visuales y cenestopáticas, ante las que está hiperalerta y que desencadenan los pensamientos rumiativos y obsesivos. Rasgos ansiosos y obsesivos de personalidad.

Ansiedad flotante, que se exagera en momentos de mayor estrés, con crisis de angustia puntuales. Fenómenos de despersonalización. Hipotímica. Anhedonia y apatía parcial. No irritabilidad. Cogniciones de rechazo, vergüenza y culpa. Ideas pasivas de muerte, que se agudizan en momentos de elevada angustia, sin clara planificación ni estructuración. No ideación autolítica en este momento. No ademanes auto o heteroagresivos. Ritmos cronobiológicos conservados.

Diagnóstico diferencial: Planteamos el siguiente diagnóstico diferencial de la paciente, explicando en cada caso los motivos a favor y en contra de cada diagnóstico:

- Trastorno delirante crónico, de tipo somático: en este trastorno, la convicción del delirio es completa e irreductible. El caso de nuestra paciente pertenecería a la categoría de idea sobrevalorada.
- Esquizofrenia paranoide de inicio en la adolescencia: en este trastorno existe un predominio de las alucinaciones frente a los delirios, en comparación con los adultos. Las alucinaciones son, por lo general, auditivas, aunque también pueden acompañarse de alucinaciones visuales o táctiles. Estas alucinaciones producen alteraciones importantes del comportamiento, afectando a la funcionalidad del paciente y a su entorno. En estudios longitudinales, se ha observado que estas formas de esquizofrenia tienen una evolución de tipo procesal, generando un deterioro progresivo y acusado del paciente, en forma de síntomas negativos y déficits cognitivos. En nuestro caso, la funcionalidad de la paciente se encuentra preservada, el medio familiar apenas se ha visto afectado y no se ha observado defecto alguno. En todo caso, el diagnóstico diferencial podría plantearse con un estado prodrómico, pero lo descartamos en tanto que la paciente presenta clínica polimorfa, de larga data y con conciencia parcial de la misma.
- Episodio depresivo grave, con síntomas psicóticos: P presenta hipotimia y anhedonia parcial, que en ningún momento le han producido un deterioro funcional grave o un malestar clínicamente significativo. Por el contrario, P achaca su bajo ánimo a la sintomatología previamente descrita y explica que comenzó posteriormente a la misma. Además, la sintomatología que presenta P se ha mantenido estable a lo largo de más de un año, haciendo poco posible que se trate de un episodio fásico, típico de las depresiones.
- Trastorno de la conducta alimentaria (TCA), tipo anorexia nerviosa: aunque este trastorno es de inicio frecuente en la adolescencia, con especial prevalencia en el sexo femenino, en el que existe una alteración de la percepción de la

imagen corporal, nuestra paciente no cumple el resto de criterios diagnósticos para esta entidad (restricción de la ingesta energética, que conduce a un infrapeso, así como miedo intenso a engordar).

- Trastorno somatomorfo, tipo hipocondriaco: este trastorno sería el más complicado de descartar clínicamente pues, como hemos mencionado previamente, tanto la CIE-10 como el antiguo DSM-IV incluyen el TDC dentro de esta categoría. Sin embargo, uno de los criterios diagnósticos es la negativa insistente a aceptar las explicaciones médicas, por lo que los pacientes tienden a solicitar pruebas complementarias y a acudir a numerosos especialistas, rechazando por lo general acudir al psiquiatra. En nuestro caso ocurre más bien lo contrario, pues P, aunque presenta un insight parcial, acepta la posibilidad de tener un trastorno mental (de hecho, verbalizó sentirse identificada con el TDC) y colabora ampliamente con el tratamiento en salud mental. Su foco en las consultas no está puesto en descartar patologías, sino más bien, en reducir su malestar.
- Trastornos dismórfico corporal (TOC y trastornos relacionados): a pesar de la heterogeneidad en la psicopatología que presente nuestra paciente, bajo nuestro punto de vista, la semiología predominante es la ansiedad, siendo el diagnóstico clínico que más se aproxima al de TDC, de la manera en que lo clasifica el DSM-5 y la futura CIE-11 (TOC y relacionados).

Juicio clínico: Trastornos dismórfico corporal (TOC y trastornos relacionados), con poco nivel de introspección (especificador del DSM-5). Rasgos ansiosos y obsesivos de personalidad

Tratamiento: Se inicia tratamiento con Sertralina 25mg por las mañanas y se deriva a consultas de psicología infanto-juvenil de nuestro centro.

Evolución: Mejoría anímica subjetiva y objetiva (reportada por la madre) a las 3 semanas de iniciar el tratamiento. Las obsesiones y compulsiones han disminuido ligeramente en frecuencia e intensidad. P ha estado investigando acerca del TOC y está realizando por su cuenta terapia de exposición y prevención de respuesta. Además, la paciente se ha

cambiado de colegio y refiere sentirse más integrada, así como socializar más. La madre confirma que P sale más a menudo de casa y que habla más de sus nuevos amigos. Se escala la dosis de Sertralina hasta 200mg/d y se indica Diazepam 2.5 mg para los momentos de elevada angustia. Tras 4 semanas con dicho tratamiento, la paciente refiere, con gran alegría, que ha comenzado a mirarse en el espejo.

DISCUSIÓN

Aunque los criterios DSM están orientados a la psicopatología de los adultos, los criterios para el TDC son extensibles a la población infanto-juvenil, pues varios estudios han demostrado la gran similitud entre ambas. Sólo dos variables aparecieron en una proporción significativamente mayor en el TDC infanto-juvenil (7):

- La mayor frecuencia de TDC delirante: se postula que podría deberse al menor desarrollo de la capacidad de metacognición de los adolescentes, dado que se trata de una capacidad esencial para el proceso de insight.
- La mayor tasa de suicidabilidad: esto podría explicarse, en parte, a que la identidad del adolescente está fuertemente influida por la opinión de los demás y esta, a su vez, por la apariencia física.

Actualmente, existe una importante discusión respecto a si ambos trastornos (TOC y TDC) son entidades diferentes o no. Según diversas revisiones (2)(10), el TDC pertenecería a los trastornos relacionados con el TOC pero lo diferencia del TOC propiamente. Esto se debe a que existen resultados preliminares de que podrían existir alteraciones propias en la resonancia magnética cerebral (8) en pacientes diagnosticado de TDC, así como genes propios (9). Además, a nivel clínico, este se diferenciaría del TOC en que las obsesiones y compulsiones están centradas en la apariencia física, sin extenderse a otras áreas clásicas (como limpieza,

duda, simetría, etc.) y en que este trastorno es de mayor gravedad clínica (mayor disfuncionalidad y mayor suicidabilidad). Además, las obsesiones y compulsiones del TOC son vividas claramente como irracionales, mientras que, en el TDC, estas ideas son de carácter sobrevalorado, con menor insight.

CONCLUSIONES

Hemos presentado el caso de una adolescente de 16 años, con una enfermedad de un año de evolución, caracterizada por una sintomatología heterogénea y abigarrada, que supuso importantes dudas diagnósticas en un inicio. Tras una detallada anamnesis y exploración psicopatológica, nos decantamos por el diagnóstico de TDC, según lo clasifica el DSM-5 y la futura CIE-11 (TOC y trastornos relacionados) y siendo tratada como tal, la evolución clínica ha sido favorable.

FINANCIACIÓN/CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que este trabajo no ha sido financiado, ni tiene conflicto de interés alguno.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los autores declararan que son autores de la investigación y que han seguido los protocolos establecidos por su centro sanitario, para acceder a los datos de la historia clínica del paciente, con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial médica Panamericana. 2014.

2. Salavert J, Clarabuch A, Trillo M. Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil* 2019;36(1):4-19. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n1a1>
3. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, 11ª revisión. Versión online. 2018.
5. Phillips KA. Pharmacotherapy for Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatr Ann* 2010; 40(7):325-32. <https://doi.org/10.3928/00485713-20100701-05>
6. Harrison A, Fernández de la Cruz L, Enander J, Radua J, Mataix-cols D. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2016;48:43-51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.007>
7. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res*. 2006;141(3):305-14. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.09.014>
8. Atmaca M, Bingol I, Aydin A, Yildirim H, Okur I, Yildirim MA et al. Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):258-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.012>
9. Phillips KA, Zai G, King NA, Menard W, Kennedy JL, Richter MA. A preliminary candidate gene study in body dysmorphic disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2015;6:72-6. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.06.004>
10. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: Assessment, diagnosis, and differential diagnosis. Uptodate 2018.