

126 CASO CLÍNICO

Varón de 17 años que acude a consulta de Salud Mental derivado por su médico de cabecera. Viene acompañado por su madre y otros familiares.

**Motivo Consulta:** "...el paciente desde hace unos seis meses no sale de casa, no se relaciona con amigos. Gran obsesión con el tamaño de sus genitales, llega a ponerse ropa que aumente el tamaño..."

**Antecedentes Personales:** No presenta antecedentes psiquiátricos ni médicos de interés, salvo intervención quirúrgica por fimosis.

**Antecedentes Familiares:** Abuelo y bisabuelo maternos con trastornos relacionados con el abuso del alcohol, que precisaron varios ingresos psiquiátricos.

**Personalidad previa:** Su familia le define como serio e introvertido. Le consideran "responsable" e insisten "en que nunca antes había dado problemas".

**Biografía:** El paciente es el menor y único varón de cuatro hermanos. Ha estudiado hasta primero de B.U.P., con bajo rendimiento escolar. Dejó los estudios para trabajar en un taller mecánico. Actualmente está en paro laboral. Aficionado a los deportes y a la música. Hasta hace un año salía en pandilla con amigos. No ha mantenido relaciones sentimentales.

**Entrevista Adolescente:** Refiere que tras el reconocimiento médico para la incorporación al Servicio Militar, empezó a preocuparse por el tamaño y forma de sus genitales. Consultó con varios médicos, cirujanos y urólogos, recomendándole uno de ellos cirugía por presentar fimosis. Tras la intervención quirúrgica piensa que sus genitales son deformes y pequeños. Cree que la gente se ríe de él incluidos los médicos que le han valorado.

No sale de casa por vergüenza y ha dejado de relacionarse con sus amigos. Pasa la mayor parte del tiempo en su habitación, pensando en lo mismo, convencido de que la gente se burla de él. A veces pasa horas mirándose al espejo, y buscando ropa ancha que disimule "su defecto". También lee revistas de divulgación sobre temas relacionados con cirugía estética, y compara constantemente su cuerpo con el de modelos supuestamente ideales.

Sus padres se sienten desbordados por la situación, no saben a quien acudir ni qué pensar de lo que sucede. Le encuentran "obsesionado" con el tema y cambiado en su forma de ser.

**Pruebas complementarias:** Talla: 175 cm., peso: 68 Kg. Analítica normal, exámenes y exploraciones médicas sin alteraciones. Los informes tras la intervención

quirúrgica señalan que los órganos genitales no presentan alteraciones de ningún tipo.

**Exploraciones psicopatológicas:** Buen aspecto general, aseado y vestido con ropa muy ancha. Consciente y orientado. Abordable, poco colaborador e incluso reticente a aportar información. Apenas mantiene contacto visual con el entrevistador. Niveles importantes de Astenia. Tendencia al aislamiento y a conductas evitativas. Rumiaciones obsesivas. Ideas sobrevaloradas. Temor excesivo al rechazo. Interpretaciones deliriosas de referencia. Distorsión de la percepción de su imagen corporal. No trastornos alucinatorios. Insomnio mixto. No conciencia de enfermedad. Niega consumo de alcohol y de otros tóxicos.

**Actitud terapéutica:** El paciente ha sido tratado en consultas ambulatorias con una periodicidad quincenal. Se inició tratamiento farmacológico con clorimipramina (125 mg/día) y haloperidol (3 mg/día), abandonando éste último por los efectos secundarios y sustituyéndolo por risperidona (3 mg/día), tratamiento que se mantiene en la actualidad. En el abordaje psicoterapéutico se trabajó en primer lugar con entrevistas de apoyo y, posteriormente, a nivel de reestructuración cognitiva.

**Evolución:** Presenta mejoría clínica a nivel afectivo, siendo capaz de salir a informarse sobre cursos de formación. Ha trabajado durante tres meses en una empresa de mantenimiento, lo cual ha supuesto la relación con gente y por tanto, abandono de conductas de evitación. Persiste la preocupación excesiva por su imagen, y cierta distorsión de ésta, aunque es capaz de admitir que quizá sea algo "exagerado".

**DISCUSION**

El diagnóstico de Dismorfobia debería hacerse basándose en los siguientes datos clínicos:

1. El paciente se siente, de forma persistente, feo o portador de un defecto físico.
2. Está convencido de que su anomalía es percibida por los demás.
3. Tanto si no existe anomalía alguna como si existe un mínimo defecto, la preocupación mostrada es desproporcionada.
4. La supuesta anomalía es constante y no se ve fácilmente sustituida por otra.
5. La sintomatología no es secundaria a esquizofrenia, trastorno afectivo mayor o trastorno orgánico-cerebral.

6. Aunque desde un punto de vista psicopatológico, la convicción presentada es una idea sobrevalorada y no delirante, en algunos casos es muy difícil establecer la diferencia<sup>1</sup>.

En relación a la prevalencia, no se dispone de información fiable, pero el trastorno dismórfico corporal es bastante frecuente. Datos preliminares sugieren que el trastorno dismórfico corporal se diagnóstica aproximadamente con la misma frecuencia en hombres y mujeres. Suele iniciarse en la adolescencia pero puede pasar desapercibido durante muchos años debido a que los pacientes no quieren revelar sus síntomas. El inicio puede ser gradual o repentino, y el curso es continuo, como pocos intervalos sin síntomas, a pesar de que su intensidad puede presentar altibajos<sup>5</sup>.

En cuanto a la clínica, el paciente puede consumir gran cantidad de horas al día comprobando su "defecto" ante el espejo. Pueden existir comportamientos de limpieza y aseo excesivos, y de comprobación para disminuir la ansiedad producida por el "defecto", pero que a menudo provocan el resultado contrario. Solicitan con frecuencia informaciones tranquilizadoras, comparan constantemente las partes de su cuerpo con las de otros individuos. Son frecuentes las ideas de referencia relacionadas con el "defecto", creen que la gente se da cuenta, hablan sobre ello y se burlan<sup>6</sup>.

Pueden llegar a un aislamiento social extremo es posible que se llegue a hospitalizaciones repetidas y procedimientos quirúrgicos que a su vez empeoren el cuadro.

Puede asociarse al trastorno depresivo, al trastorno delirante, a la fobia social y al trastorno obsesivo compulsivo. Los rasgos de personalidad más frecuentemente encontrados en pacientes con Dismorfofobia son: tendencia la introversión, neuroticismo, narcisismo y esquizoides<sup>3</sup>.

### CONCLUSIONES

Es necesario profundizar en los estudios e investigaciones que aborden el problema de las delimitaciones diagnósticas y la comorbilidad en psiquiatría. En este sentido, planteamos si la Dismorfofobia puede ser considerada una entidad diagnóstica por sí misma o un síntoma no específico que puede aparecer en otros síndromes psiquiátricos.

El abordaje terapéutico probablemente depende de los síntomas más relevantes. Diversos autores han llegado a proponer dos tipos de Dismorfofobia, dependiendo de si existe o no ideación delirante<sup>2</sup>.

Según algunos estudios, casi un 2% de los pacientes remitidos para cirugía estética presentarían Dismorfofobia<sup>3</sup>, lo que sugiere que debería existir un enfoque multidisciplinar que implique una estrecha colaboración entre psiquiatras, dermatólogos y cirujanos, con el fin de evitar intervenciones que pueden generar nuevas áreas de conflicto.

### BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE-10). Madrid. Meditor, 1992.
3. Christopher S Thomas. Dymorphophobia; a question of definition. Br J Psychiatry 1984; 144: 513-516.
4. Barrios GE, Chung-Sing K. A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dymorphophobia. Acta Psychiatr Scand 1996; 94: 1-7.
5. Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry 6ª ed. Baltimore. Williams and Wilkins, 1995.
6. Katherine A Phillips. Body dymorphic disorder: the distress of imagined ugliness. Am J Psychiatry 1991; 148: 1138-1149.