

TRABAJO ORIGINAL

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología
ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Dismorfofobia: Un motivo de consulta oculto en dermatología

DYSMORPHOPHOBIA: A HIDDEN CONCERN IN DERMATOLOGY



Oct- Dic 2017 | Vol. 98 N°4

Trabajo Original

Rev. argent. dermatol. 2017; 98 (4): 56– 65

Publicado en línea 2017, Diciembre / Published online December 2017.

Dismorfofobia: un motivo de consulta oculto en dermatología

Autores | Contacto

A Moreno *, R Sánchez *, JM Duarte *, G Camastra * y SC Vivas
/

* Residentes de Postgrado en Dermatología. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

** Jefe de Servicio de Dermatología. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

*** Centro de Investigaciones Médicas y Biotecnológicas de la Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Av. Lisandro Alvarado. Edificio Hospital Central de Valencia. Urbanización Lisandro Alvarado. Valencia Edo. Carabobo. Venezuela.

e-mail: postgradodermatologiachet@gmail.com

Los autores declaramos que no poseemos conflictos de interés.

Recibido: 18.09.2017

Aceptado para su Publicación: 25.10.2017

RESUMEN

La dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal, es una enfermedad que produce preocupación exagerada por un defecto poco visible o inexistente, provocando un malestar significativo en el paciente. Fue descrito por primera vez por el psiquiatra italiano Enrico Morselli en el siglo XIX, como la insatisfacción persistente y extendida respecto del propio cuerpo, sintiendo al mismo como anómalo o deforme en alguno de sus rasgos, generando malestar en el paciente, aún cuando no existan motivos objetivos y observables. En la quinta edición del manual estadístico de enfermedades mentales (DSM-V), se elimina de los trastornos somatomorfos, ubicándose dentro de los obsesivo-compulsivos. Las principales obsesiones se centran en: rostro, arrugas, dientes, cicatrices, asimetría facial, vello facial, labios, labios, nariz, genitales, glúteos, pecho. Se calcula que del 11 al 20% de los pacientes que consultan a dermatólogos presentan este trastorno, el que genera aislamiento social en casos extremos, suicidios, así como

SUMMARY

Concerns about body image are influenced by sociocultural, biological and environmental aspects; mass media and scientific advance has changed the conditions in which human existence has being marked by the last canons of beauty. Dismorphophobia or body dysmorphic disorder is a disease that causes exaggerated concerns for a poorly visible or non-existent defect causing significant discomfort in the patient. Was described by the italian psychiatrist Enrico Morselli in the 19th century, as the persistent and widespread dissatisfaction with the body itself, feeling it as anomalous or deformed in some of its features causing discomfort in the patient, even when there are no objective and observable defects. In 2013 in the fifth edition of DSM-V was removed from somatormorphic disorders and located into obsessive-compulsive. The main obsessions focus on: face, wrinkles, teeth, scars, facial asymmetry, facial hair, lips, nose, genitals, glutes and chest. 11% to 20% of patients who consult dermatologists have this disorder which generates social isolation in extreme cases, suicides, as well as medico – legal repercussions, threats and even homicides to treating doctors. Therefore, the sensitization and training of the dermatologist should be aimed at helping the patient to define his problem,

repercusiones médico – legales, amenazas e incluso homicidios a médicos tratantes, por lo que la sensibilización y formación del dermatólogo debe ir encaminada a ayudar al paciente a definir su problema, evitando procedimientos cosméticos. Se realizó una revisión exhaustiva en los motores de búsqueda como: Latindex y Scielo de los estudios más representativos hasta la actualidad, en el período comprendido entre 1970 y 2017 y las palabras clave a través de la web de Medical Subject Headings.

PALABRAS CLAVES

trastorno dismórfico corporal, rostro, imagen corporal, belleza, estética.

avoiding cosmetic procedures. An exhaustive review in search engines as Scholar google, Latindex and Scielo was made in the period between 1970 to 2017 and key words in Medical Subject Headings.

KEY WORDS

body dysmorphic disorder, face, body image, beauty, esthetic.

INTRODUCCIÓN

El trastorno dismórfico corporal o "trastorno de la fealdad imaginaria", es definido como la preocupación exagerada por un defecto poco visible o inexistente, habitualmente en el área facial o en otra área corporal. Los pacientes que la padecen presentan una alteración de la autopercepción en cuanto a su imagen corporal.^{1,2,3} Las principales obsesiones se centran en: rostro, arrugas, dientes, cicatrices, asimetría facial, vello facial, labios, nariz, genitales, glúteos, pecho, entre otras. La situación planteada causa en la vida cotidiana un deterioro en los escenarios laborales, educativos, relaciones interpersonales y otras áreas de su vida, por lo que incluye, en ocasiones, evitar aparecer en público. En casos extremos, suicidios^{4,5}, así como repercusiones médico - legales, amenazas e incluso homicidios a médicos tratantes.^{3,6}

De modo similar, la preocupación por la imagen corporal está influenciada por diferentes aspectos socioculturales, biológicos y ambientales, etc.

COMENTARIOS

Pareciera estar claro, que los principales atributos de los humanos encuentran universalmente atractivos y bellos a aquellos que incluyen: el rostro, la simetría, el dimorfismo sexual (entendido éste como aquella variación en tamaño y forma inherentes a cada sexo durante su ontogenia)⁷ y la homogeneidad de la piel. Comprender la belleza es complejo y no se adhiere a una fórmula estricta³. Se dice que "la belleza es sólo superficial", es así, que la gente responde positivamente a aquellos que son atractivos y negativamente a los que son poco atractivos⁸.

Ahora bien, el rostro es la parte más importante del cuerpo humano para la comunicación interpersonal, la expresión emocional y la mayoría de formas de interacción social; además es la característica primaria del cuerpo por lo que la gente se reconoce. Incluso, los recién nacidos tienen una habilidad natural para reconocer rostros familiares. A lo largo de la historia humana, las sociedades han puesto gran énfasis y valor en el atractivo facial y su significado. Dentro de la estética se demuestra por miles de obras de arte y esculturas, dedicadas a retratar características faciales atractivas.⁹

Después de todo se infiere que la percepción del rostro es variable para cada individuo, máxime aún cuando un defecto altera su apariencia facial, afectando su calidad de vida siendo la respuesta de éste hacia el mundo que le rodea, muchas veces inversamente proporcional a la severidad del defecto en cuestión (incluso si no es un defecto real), derivando en conductas fóbicas, psicóticas, depresivas y/u obsesivas que los llevan a la consulta, exigiendo múltiples tratamientos cosméticos ya sean quirúrgicos o no, al uso y abuso de productos destinados a mejorar la apariencia o la búsqueda de ayuda, por parte de personal no calificado.¹⁰

Las revisiones actuales concuerdan en que, se desconoce la etiología del trastorno dismórfico corporal (TDC) proponiéndose diversas teorías, sin embargo, no se ha descrito claramente cómo cada paciente percibe sus defectos y cuál es su estrategia de afrontamiento ante ellos.¹¹

Por otra parte, es conocido que el concepto de imagen corporal es un constructo teórico, considerado crucial para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el auto-concepto o bien, para explicar ciertas psicopatologías tales como los trastornos de la conducta

alimentaria, y el trastorno dismórfico corporal.¹⁵ Se les diagnostica a aquellas personas que son extremadamente críticas de su físico o imagen corporal, aunque no presenten un defecto o deformación que lo justifique.¹²

Muchos autores han definido la imagen corporal; la más clásica se la debemos a Schilder (1935) que la describe como la representación mental del cuerpo, que cada individuo construye en su mente.

En 2013, en la quinta edición del DSM-V fue revisado y se elimina de los trastornos somatomorfos, ubicándose dentro de los obsesivo-compulsivos, en vista de los elementos obsesivos presentes en un porcentaje de casos, estableciéndose cuatro criterios y dos especificaciones para su diagnóstico clínico, los que se describen a continuación:

A) Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico, que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.

B) En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (ej: mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (ej: comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.

C) La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D) La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal, en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno de la conducta alimentaria.^{12,14}

Otras especificaciones para el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal, además de los criterios diagnósticos anteriores son:

- Determinar si la persona tiene dismorfia muscular, que es una preocupación hacia la estructura corporal, ya sea, que considere que es insuficiente siendo demasiado pequeña su masa muscular, lo que ocurre casi exclusivamente en los hombres.
- Grado de conocimiento sobre las creencias (insight) se especifica como bueno, pobre o ausente. Bueno: se refiere a que el individuo es capaz de reconocer que las creencias del TDC, son definitivamente probables o pueden o no ser ciertas. Pobre: se relaciona al pensamiento individual, que las creencias del TDC son probablemente verdaderas. La percepción Ausente con delusiones (idea falsa fija) se refiere a que el paciente está completamente convencido, que las creencias del TDC son ciertas.¹⁵

Asimismo, se cree que la ansiedad causada por una deformidad facial no es proporcional a su gravedad. Algunas investigaciones parecen indicar, que las deformidades faciales de naturaleza leve a moderada, causan mayores trastornos de ansiedad que las deformidades faciales severas, ya que, estas tienden a evocar reacciones más consistentes, lo que permite al paciente desarrollar mejores estrategias de afrontamiento.^{10,16}

El trastorno dismórfico corporal es sub-diagnosticado, pero se calcula que 1-2% de la población mundial lo padece. Del 6-15% de los pacientes que consultan a cirujanos plásticos y del 11 al 20% que consultan a dermatólogos, presentan este trastorno. La prevalencia es igual en ambos sexos. La edad más frecuente de inicio es la adolescencia, pero también puede ocurrir en la infancia. Tienden a llevar un curso crónico. El 75% de estos pacientes nunca se casan o se divorcian. El 70,5% tiene ideas suicidas y el 27,55% se suicida; de allí la gran importancia de diagnosticar y tratar esta patología.¹⁷

En Estados Unidos, el TDC afecta al 2,4% de la población adulta de manera igualitaria en ambos sexos, con cierto predominio masculino. La edad promedio de inicio es de 16 a 17 años, pero también puede presentarse en adultos mayores, que están demasiado preocupados por envejecer. La depresión mayor es el trastorno co-mórbido más común en los pacientes con TDC.^{5,18}

Guieler y col en Alemania, tomaron dos muestras representativas de pacientes, evaluados entre 2002 y 2013. En 2002, n = 2.066 y en 2013, n = 2.508 alemanes. Se les pidió llenar el Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ), que evalúa preocupaciones dismorfólicas, demostrando que los problemas dismórficos subclínicos y clínicos aumentaron de 2002 a 2013 (subclínicos de 0,5% a 2,6%; clínicos de 0,5% a 1,0%). Las mujeres reportaron más preocupaciones dismórficas que los hombres, con tasas de 0,7% subclínicas y 0,8% clínicas de TDC y 0,3% subclínicas y 0,1% clínicas de TDC en hombres, en 2002. En 2013, 2,8% subclínica y 1,2% clínica TDC se encontraron en mujeres, un 2,4% subclínico y un 0,8% clínico TDC en los hombres.¹⁹

Asimismo, en otros estudios se ha reportado una incidencia de trastorno dismórfico corporal, del 8 a 11% de la población consultante en dermatología y entre 6 a 15% de los pacientes sometidos a cirugías plásticas. Los focos de preocupación son la piel en el 60% de los casos, el cabello en 50%, la nariz en 40% y 25% el color de piel. Según los estudios, el 97% de los pacientes con trastorno dismórfico corporal, evitan las actividades sociales normales y ocupacionales debido al sentimiento de vergüenza por su apariencia.¹

En cuanto a los síntomas dermatológicos, se incluyen preocupaciones por: las arrugas, manchas, marcas vasculares, acné, poros grandes, piel grasa, cicatrices, palidez, rojeces, excesivo vello o afinamiento del cabello. Se pueden observar foliculitis y cicatrices, como consecuencia del rascado de la piel y el arrancamiento de vello imaginario. También se sabe que estos pacientes, generalmente desarrollan compulsiones, como mirarse constantemente al espejo y pellizcarse la piel. Frecuentemente, se comparan con otras personas y necesitan reafirmación constante sobre su aspecto, de sus amigos y familia, así como de los médicos.² Es un trastorno psiquiátrico, con poca respuesta a los tratamientos dermatológicos sistemáticos o a la cirugía plástica. Sin embargo, los dermatólogos y los cirujanos plásticos son contactados por estos pacientes y debido a su pobre introspección, muchos pacientes con TDC no aceptan la derivación directa al psiquiatra.²⁰

Los defectos físicos que pueden causar más este trastorno son diversos, por lo que Matarrese y col, los han clasificado por áreas:

Área de Afrodita (área sexual)

. Mamas: hipoplasia, hipertrofia, anomalías areola-pezones.

. Pene: hidden penis, penis incurvatio.

. Vagina: anomalía de los labios, hipertrofia clitoridiana.

Intervenciones que piden realizarse más frecuentemente: mamoplastia, ligamentotomía, plásticas de vagina o pene.

Área de Policleto (armonía)

. Músculos: distrofia.

. Subcutáneo: adiposidad localizada, abdomen colgante.

Intervenciones que piden realizarse más frecuentemente: rellenos, liposucción, abdominoplastia.

Área de Fideas (piel)

. Cicatrices de acné.

. Cicatrices post- traumáticas.

. Arrugas.

. Estrías.

. Manchas.

Intervenciones que piden realizarse más frecuentemente: láser resurfacing, dermabrasión, peeling, sustancias de relleno y toxina botulínica.

Área de Igea (imagen)

. Ojos: bolsas palpebrales, ojeras.

. Nariz: nariz torcida, grande.

. Labios: hipoplasia labial.

. Pabellones auriculares: orejas en ventilador.

. Zigomáticos: hipoplasia maxilar.

. Mentón: prominente.

Intervenciones que piden realizarse más frecuentemente: blefaroplastia, rinoplastia, rellenos, otoplastia, zigoplastia, mentoplastia.¹⁷

La intervención en estos casos, debe ir encaminada a ayudar al paciente a definir su problema; el tratamiento del TDC no implica procedimientos cosméticos. De hecho, después de una intervención cosmética, aproximadamente el 90%, se mostrará insatisfecho e incluso con exacerbación de sus síntomas. La terapia, se basa en la psicología y la farmacología por parte de los profesionales en salud mental, quienes indicarán terapia cognitivo-conductual (TCC) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que han demostrado la mayor eficacia.^{3,10} Entonces, teniendo en cuenta que los tratamientos estéticos rara vez mejoran los síntomas, la sensibilización y formación de dermatólogos para la investigación sistemática, diagnóstico y orientación para la consulta en Psiquiatría, es fundamental.²¹

CONCLUSIONES

El trastorno dismórfico corporal, se ha convertido en un desorden psiquiátrico cada vez más común, oculto detrás del motivo de consulta del paciente dermatológico insatisfecho con su imagen, siendo importante reconocer y manejar de forma multidisciplinaria a estos pacientes, antes de realizar procedimientos cosméticos, contemporizando la intervención de defectos mínimos posterior a la valoración psiquiátrica y al tratamiento adecuado, evitando así múltiples intervenciones con la consecuente insatisfacción y obsesión por otros defectos.

REFERENCIAS

1. Arab E. Trastorno dismórfico corporal: temor a la fealdad, obsesión por la belleza, síntoma o enfermedad? Medwave 2010; 10 (5). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/Reuniones/4522>.
2. Cotterill JA. Dermatologic non-disease. Dermatol Clin 1996; 14 (3): 439-446. Disponible en: [http://www.derm.theclinics.com/article/S0733-8635\(05\)70371-5/fulltext?refuid=S0733-8635\(05\)00057-4&refissn=0733-8635.3](http://www.derm.theclinics.com/article/S0733-8635(05)70371-5/fulltext?refuid=S0733-8635(05)00057-4&refissn=0733-8635.3)) Vashi N. Obsession with Perfection: Body Dysmorphia. Clin Dermatol 2016; 34 (6): 788-791.
4. Behar R, Arancibia M, Heitzer C y Meza N. Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. Rev Med Chile 2016; 144 (5): 626-633.
5. McConnell LK, Lee WW, Black DW y Shriver EM. Beauty is in the eye of the beholder: body dysmorphic disorder in ophthalmic plastic and reconstructive surgery. Ophthalm Plast Reconst Surg 2015; 31(1): e3-e6. Disponible

en: http://journals.lww.com/oprs/Abstract/2015/01000/Beauty_is_in_the_Eye_of_the_Beholder_Body.19.aspx.

6. Sweis IE, Spitz J, Barry DR y Cohen MA. Review of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery Patients and the Legal Implications. *Aesthetic Plastic Surgery* 2017; 1-6. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-017-0819-x>.

7. Anzelmo M, Sardi ML, Barbeito AJ y Pucciarelli HM. Alometrías ontogénicas y dimorfismo sexual facial en dos poblaciones humanas modernas. *Rev Arg Antrop Biol* 2012; 14 (1): 89-100. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-79912012000100009&lng=es.

8. Tomas Aragones L y Marron E. Body Image and Body Dysmorphic Concerns. *Acta Derm Venereol* 2016; 96 (217): 47-50.

9. Marquardt SR. Method and apparatus for analyzing facial configurations and components. U.S. Patent N° 5.659.625. 1997; 19. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?url=patentimages.storage.googleapis.com/pdfs/US5659625.pdf>.

10. Macgregor F. Social and psychological implications of dentofacial disfigurement. *Angle Orthod* 1970; 40: 231-233.

11. Mackley CL. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Surg* 2005; 31: 553-558.

12. Bjornsson AS, Didie ER y Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues in Clin Neurosci* 2010; 12 (2): 221-223. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181960/>.

13. Raich R. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología latinoamericana*. Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2004; 22: 15-27.

14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*. Quinta Edición. Arlington. American Psychiatric Publishing 2013; 242.

15. Relación entre la insatisfacción con la imagen corporal, autoestima, autoconcepto físico y la composición corporal en el alumnado de primer ciclo de educación secundaria de la ciudad de Jaén. [Tesis doctoral]. Granada. Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Universidad de Granada. 2010

16. Naini FB y Gill DS. Facial aesthetics: 1. Concepts and canons. *Dent Update* 2008; 35: 102-104 y 106-107. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.668.8997&rep=rep1&type=pdf>.

17. Misticone S. El trastorno dismórfico corporal: un problema real para el dermatólogo que hace cosmética. *Dermatología Venezolana* 2007; 45: 1.

18. Gupta R, Huynh M y Ginsburg LH. Body dysmorphic disorder. En *Seminars in Cutan Med and Surg*. Frontline Medical Communications 2013; 32 (2): 78-82. Disponible en: <http://www.ingentaconnect.com/content/fmc/scms/2013/00000032/00000002/art00005>.

19. Gieler TS, Braehler E, Schut C, Peters E y Kupfer J. Shadows of Beauty – Prevalence of Body Dysmorphic Concerns in Germany is increasing: Data from Two Representative Samples from 2002 and 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27282243> 2016; 96 (217): 83-90.
20. Datta P, Panda A y Banerjee M. The pattern of appearance schema in patients with dermatological disorder. Int J Ind Psychol 2015; 2: 73-83.21)
21. Veríssimo F, Andrade P, Correia L y Rocha I. Perturbação Dismórfica Corporal-umdesafioem Dermatologia. Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia 2012: 70 (1): 35.