

Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa

ROSA BEHAR¹, MARCELO ARANCIBIA^{2,3},
CRISTÓBAL HEITZER⁴, NICOLÁS MEZA⁵

¹Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

²Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

³Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

⁴Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

⁵Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Recibido el 15 de agosto de 2015, aceptado el 1° de diciembre de 2015.

Correspondencia a:

Dra. Rosa Behar

Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Carvallo 200, Casilla 92-V,

Valparaíso, Chile.

rositabehara@gmail.com

Body dysmorphic disorder: clinical aspects, nosological dimensions and controversies with anorexia nervosa

There is strong evidence about the co-existence of body dysmorphic disorder (BDD) and eating disorders (ED), particularly with anorexia nervosa (AN). An exhaustive review of the specialised literature regarding these disorders was carried out. The results show that their co-occurrence implies a more complex diagnosis and treatment, a more severe clinical symptomatology and a worse prognosis and outcome. Both disorders display common similarities, differences and comorbidities, which allow authors to classify them in different nosological spectra (somatomorphic, anxious, obsessive-compulsive, affective and psychotic). Their crossover involves higher levels of body dissatisfaction and body image distortion, depression, suicidal tendency, personality disorders, substance use/abuse, obsessive-compulsive disorder, social phobia, alexithymia and childhood abuse or neglect background. Treatment including cognitive-behavioral psychotherapy and selective reuptake serotonin inhibitors are effective for both, BDD and ED; nevertheless, plastic surgery could exacerbate BDD. Clinical traits of BDD must be systematically detected in patients suffering from ED and vice versa.

(Rev Med Chile 2016; 144: 626-633)

Key words: Anorexia Nervosa; Body Dysmorphic Disorder; Feeding and Eating Disorders.

Las distorsiones cognitivas respecto de la apariencia son centrales en el trastorno dismórfico corporal (TDC), cuyos portadores demuestran preocupación por defectos físicos imaginarios, leves o aún invisibles a los demás y en algunos casos próximos a una condición delirante, que se gestaría desde la idea sobrevalorada, con una alta ponderación de las creencias individuales, surgidas a partir de fuertes sentimientos en torno a defectos auto-percibidos que eclipsan la introspección cognitivo-racional. La entidad parece ser relativamente común en la población general y en contextos psiquiátricos, dermatológicos y de cirugía cosmética¹. La relación entre el TDC y los

trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se expresa principalmente en la anorexia nerviosa (AN), mas su interurrencia ha sido escasamente investigada y diagnosticada², traducándose en una severa discapacidad psicosocial, con deficiente calidad de vida e incluso alto riesgo suicida³. La etiología precisa del TDC es desconocida, pero se plantea un considerable componente hereditario, pues el trastorno se presenta hasta ocho veces más frecuentemente en las familias con antecedentes de la patología. Se han verificado anormalidades en la función ejecutiva, el reconocimiento emocional y la auto-percepción visual, siendo la serotonina un modulador conductualmente relevante⁴.

En la presente revisión se realizará un análisis descriptivo, interpretativo e integrador de la evidencia sobre diversos aspectos de la relación entre el TDC y la AN, enfatizando los hallazgos más relevantes sobre sus manifestaciones clínicas, nosología, similitudes, diferencias e implicancias terapéuticas.

Metodología

Se llevó a cabo una investigación de artículos disponibles, escritos en idioma inglés y/o castellano, tanto de investigación como de revisión (41 en total), y 4 textos de consulta especializados, incluyéndose aquellos que relacionaban la presencia de TDC y AN con diversas variables biopsicosociales y excluyéndose aquellos anteriores a 1990, por medio de las bases de datos *Medline/PubMed* y *SciELO*, abarcando desde 1994 hasta 2013, y utilizando para la búsqueda palabras clave como *eating disorders*, *anorexia nervosa* y *body dysmorphic disorder*, con los operadores *booleanos and (y)/ or (o)*.

Resultados

Epidemiología

El TDC se observa en ambos sexos, con cierto predominio masculino⁵. Su prevalencia en muestras comunitarias oscila entre 0,7% y 2,5%^{3,6}, y hasta 12% en pacientes obsesivo-compulsivos⁷, siendo elevada también en consultantes dermatológicos y de cirugía plástica³. Por otra parte, un estudio determinó que 32% de los sujetos con TDC padecía un TCA comórbido⁸, mientras que en una exploración de pacientes con TCA se verificó una frecuencia de 45% para TDC⁹. Si bien su prevalencia en portadores de AN no ha sido bien informada, se sabe que es relativamente común, representando un factor de severidad². Efectivamente, se ha observado sintomatología compatible con TDC en 25% de personas con AN¹⁰, precediendo su inicio hasta en 63% de los casos⁸.

Características clínicas

El inicio del TDC se presenta a menudo en la adolescencia, gradual o abruptamente¹, debido, entre otros factores, al refuerzo positivo del aspecto físico durante la infancia, eventos traumáticos como humillación, acoso sexual, fracaso público en atletismo o danza, lesiones o enfermedades

físicas y burlas sobre la apariencia, las que desencadenarían sentimientos de vergüenza relacionados a la autoimagen y la autoestima; también las experiencias familiares y personales fuentes de incomodidad, inseguridad y rechazo son factores de riesgo, así como las influencias culturales transmitidas por los medios de comunicación que favorecen las creencias de que el valor propio y la aceptabilidad emanan desde la belleza física¹¹. En este respecto, Nascimiento et al reportaron prevalencia y características clínicas asociadas a TDC y TCA en un grupo de bailarinas de ballet; 15,8% presentó AN restrictiva y 10,5% TDC, cifras mayores que en la población general, pudiendo vincularse a la exposición pública del cuerpo, a los altos estándares de belleza y a repetidas exposiciones frente al espejo¹².

En relación a la clínica, los períodos asintomáticos son poco comunes y la intensidad de los síntomas puede oscilar, desplazándose el foco del defecto imaginado a diversas partes del cuerpo, lo que dificulta su pesquisa. Se observan comportamientos compulsivos de reaseguramiento como chequeos frecuentes frente al espejo, o, contrariamente, evitación de la observación de la imagen, pudiendo desperdiciar gran tiempo y dinero en rituales de aseo, iluminación especial y espejos de aumento. Suele usarse vestimenta que camufla las imperfecciones percibidas, llegando inclusive al aislamiento social y abandono de actividades laborales y académicas¹. En el TDC comúnmente existe un blanco corporal específico del defecto, comprometiendo en orden descendente a piel, cabello, nariz, abdomen, dientes, peso, torso, nalgas, ojos, muslos, cejas, forma del rostro, piernas, barbilla, labios, brazos, caderas, mejillas y orejas⁶. Asimismo, la presentación del cuadro fluctúa según el sexo, pues en una investigación, los hombres desarrollaron un TDC más severo y con menor funcionamiento global, siendo más propensos a obsesionarse con sus genitales, constitución corporal y calvicie, inclinándose al levantamiento de pesas y al uso/abuso de sustancias, mientras que las mujeres debutaron más precozmente, centrándose en la piel, abdomen, peso, torso, nalgas, muslos, piernas, caderas, pies y aumento de vello facial y corporal, mostrando comportamientos repetitivos y de comprobación mediante técnicas de camuflaje, revisión ante espejos, grataje y posibilidad de desarrollar un TCA¹³. Se ha indicado que una menor probabilidad de

remisión del desorden se asocia con una mayor duración de la patología o un trastorno de la personalidad comórbido, independientemente del sexo, raza, nivel socioeconómico y edad de inicio¹⁴.

Similitudes y diferencias entre TDC y TCA

En virtud de diversos elementos fenomenológicos es posible establecer un parangón entre el *continuum* que representan los TCA y el TDC. Ambos presentan evidentes similitudes: insatisfacción con y distorsión de la imagen corporal, preocupación por imperfecciones en la apariencia percibida, conductas repetitivas de chequeo, edad de comienzo y evolución. Empero, las diferencias incluyen la focalización en el peso y la forma corporal en los TCA versus algunas regiones más específicas en el TDC¹⁵; igualmente, difieren en cuanto a distribución por sexo: mayor prevalencia de TDC en hombres y TCA en mujeres¹⁶. La funcionalidad y la calidad de vida han demostrado ser notablemente pobres en ambos grupos, sin diferencias significativas⁸. Al respecto, Kollei et al concluyeron que los individuos con TDC manipulan más su apariencia y portan mayor grado de afectos negativos que los controles sanos, informando un mayor deterioro psicosocial que el grupo con TCA, con estrategias de afrontamiento desadaptativas como la preocupación constante y pensamientos intrusivos y no deseados¹⁷.

Por otra parte, en la AN los individuos creen tener sobrepeso, manteniendo una inquietud persistente asociada al peso. En contraste, en el TDC prevalece la concentración en defectos erróneamente percibidos de su apariencia física, más comúnmente del rostro, con un patrón caracterizado por sobre-atención al detalle (procesamiento cognitivo reducido de características generales) de la auto-imagen (ej. corporalidad general en AN, rasgos faciales en TDC)¹⁸.

Clasificación nosológica del TDC

Aunque pueda parecer que el TDC prepondera en el contexto sociocultural occidental reciente, ha sido mundialmente documentado desde el siglo XIX por el psiquiatra Enrico Morselli. El término dismorfofobia, del griego *dysmorphia* (fealdad), fue introducido a la nomenclatura psiquiátrica como desorden particular en el DSM-III (1980)¹⁹, categorizado como un trastorno somatomorfo atípico. En el DSM-III-R (1987) se menciona que no ocurriría exclusivamente durante el curso de una

AN, criterio modificado en el DSM-IV (1992), con el reconocimiento de la interconurrencia de ambas entidades. Posteriormente, el DSM-IV-TR (2000) especifica una variante delirante comprendida en el espectro psicótico y una no delirante residente en el somatomorfo. Paralelamente, la CIE-10 (1994) lo cataloga como un tipo de trastorno hipocondriaco de la sección somatomorfa, y, finalmente, el DSM-5 (2013) lo integra al espectro obsesivo-compulsivo con diversos grados de introspección, además del especificador del subtipo "trastorno dismórfico muscular". Al respecto, McElroy et al²⁰ han propuesto que tanto el TDC como los TCA no solamente participarían de este espectro, sino que también podrían ser incluidos en el conjunto más amplio correspondiente a los trastornos del ánimo. En Tabla 1 se citan los criterios diagnósticos según el DSM-5 para TDC (Sección trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados) y AN (Sección trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos)²¹.

Comorbilidades

Trastorno dismórfico muscular

El TDC puede involucrar una obsesión específica conocida como trastorno dismórfico muscular, dismorfia muscular, anorexia inversa o vigorexia, actualmente especificador del TDC en el DSM-5²¹, como se puntualizaba anteriormente. Afecta mayormente a hombres, quienes se perciben más débiles, pequeños e insuficientes muscularmente, con significativa interferencia en su desempeño cotidiano. Practican largas horas de levantamiento de pesas con excesiva atención a la dieta y consumo de sustancias anabólicas, pese a conocer sus consecuencias físicas y psicológicas adversas, interrumpiendo actividades sociales, ocupacionales o recreacionales por la compulsión de cumplir horarios rígidos de entrenamiento y alimentación, eludiendo situaciones donde su cuerpo es expuesto con marcado estrés y/o ansiedad²²⁻²⁴.

Espectro obsesivo-compulsivo

La naturaleza obsesivo-compulsiva del TDC intuitivamente lo ubica en este espectro⁵: hasta 39% de los enfermos con TDC presenta simultáneamente un trastorno obsesivo-compulsivo⁶, siendo considerado como su comorbilidad más frecuente y paralelamente la más constatada en

Tabla 1. Criterios diagnósticos para trastorno dismórfico corporal y anorexia nerviosa según DSM-5 (21)*

<p>Trastorno dismórfico corporal - 300.7 (F45.22)</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>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 alimentario.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con dismorfia muscular: al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (ej., "Estoy feo/a" o "Estoy deforme").</p> <p>Con introspección buena o aceptable: el sujeto reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.</p> <p>Con poca introspección: el sujeto piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.</p> <p>Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: el sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.</p> <p>Anorexia nerviosa</p> <p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>(F50.01) Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.</p> <p>(F50.02) Tipo con atracones/purgas: durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito auto-provocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).</p> <p>En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejarlos síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.</p> <p>Leve: IMC \geq 17 kg/m²</p> <p>Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²</p> <p>Grave: IMC 15-15,99 kg/m²</p> <p>Extremo: IMC < 15 kg/m²</p>
--

*Adaptada de: American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales. 5ª Edición. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.

sus familiares²⁵. Conjuntamente, algunas características del TDC y de la personalidad obsesivo-compulsiva están presentes hasta en 69% de sujetos con AN²⁶, siendo las tasas del trastorno obsesivo-compulsivo en ellos mucho mayor que el 1,6% encontrado en la población general²⁷. La co-presencia de TDC y de fenómenos obsesivo-compulsivos configura una forma particularmente severa del síndrome anoréctico, con mayor deterioro funcional e incidencia de otros trastornos mentales²⁸, reforzando la noción de que el TDC y la AN pertenecerían al conglomerado obsesivo-compulsivo¹⁰. En esta línea, Conceição et al detectaron que individuos con TDC comórbido a un trastorno obsesivo-compulsivo presentaron mayores tasas de conductas suicidas y desórdenes del ánimo, alimentarios, por exco-riación, ansiedad, hipocondriasis y síndrome de la Tourette. Adicionalmente, el inicio sintomático obsesivo-compulsivo fue precoz, más severo y con menor introspección⁷.

Espectro ansioso

El trastorno de ansiedad social y el TDC son dos entidades conceptual y nosológicamente superpuestas: altamente comórbidas, con similar edad de aparición, trayectoria crónica y sesgos cognitivos para interpretar la información social ambigua y negativamente. Además, se ha corroborado que la mejoría del trastorno de ansiedad social se correlaciona significativamente con la del TDC²⁹. Conjuntamente, comparte muchas características con la fobia social, fundamentalmente altos niveles de ansiedad, evitación social, sentimientos de vergüenza e insuficiencia personal con temor al ridículo público, sobre todo en relación a la exposición de la figura corporal^{30,31}, observándose que 40% de los pacientes con TDC cumplen criterios para la fobia, también altamente coexistente en TCA (hasta 55%)²⁶, por lo que se hace hincapié en la búsqueda activa de rasgos fóbicos en poblaciones con TDC y viceversa³¹.

Espectro psicótico

Lo delirante en el TDC ha ganado atención recientemente, ya que el nuevo requisito diagnóstico del DSM-5 para el desorden incluye un especificador de introspección. Sin embargo, este fenómeno ha sido raramente estudiado en

la AN. Hartmann et al evaluaron el componente delirante en las creencias relacionadas con la apariencia en AN y TDC, exhibiendo este último un nivel delirante significativamente mayor en una escala dimensional y más criterios dicotómicos para creencias delusionales³². Cabe resaltar que la psicofarmacología del TDC delirante es también controversial, como se detallará más adelante.

Espectro afectivo

Tanto en TDC como en TCA existe un fuerte traslape con trastornos del ánimo, especialmente con la depresión mayor, de inicio temprano y duración más prolongada³³, de hecho, co-ocurriría en ambos cuadros más prevalentemente que en la población general^{24,27,34} (75% de los pacientes con TDC evidenciaría depresión concomitante)²⁴. Al respecto, Didie et al detectaron que hasta 79% de los portadores de TDC poseían antecedentes de abuso (56% emocional, 35% físico y 28% sexual) y negligencia infantil (68% emocional y 33% física), provocando una mayor severidad del desorden³⁵.

Trastornos de la conducta alimentaria

Kollei et al verificaron en portadores de TCA que 12% padeció de TDC comórbido, alcanzando su prevalencia vital 15%³⁶, sobre todo en aquéllos con un inicio más temprano del TDC, quienes conjuntamente exhibieron mayor incidencia de trastorno límite de personalidad, por uso de sustancias, fobia social y otros desórdenes ansiosos³⁷. La coexistencia de TDC con TCA puede ser de difícil detección, pues la sintomatología se superpone^{24,38}, particularmente con la AN. Al traslaparse ambas afecciones se produce un menor funcionamiento general, mayores niveles delirantes², de alexitimia (principalmente identificando y describiendo sentimientos)³⁹ y de probabilidad de hospitalización psiquiátrica⁸.

Suicidalidad

La teoría interpersonal-psicológica del suicidio señala que conductas catalogadas como físicamente dolorosas, como podría conceptualizarse tanto a la cirugía cosmética como a la alimentación restrictiva, aumentarían los intentos de suicidio⁴⁰. Se estima que la prevalencia de ideación e intentos suicidas en población con TDC es de 78% y 27%, respectivamente. Los intentos de suicidio se vinculan con creencias delirantes sobre la apariencia, trastorno por estrés post-traumático, por uso de

sustancias y TCA, mientras que la ideación suicida suele precederse por un trastorno depresivo y por mayor discapacidad crónica⁴¹. La ideación y los intentos suicidas en adolescentes con TDC pueden ser cinco veces más frecuentes que en igual población etaria general, mientras que la mitad de los adultos con TDC puede tener ideas suicidas y hasta 12% conductas auto-líticas⁴², no obstante, según Veale et al, hasta 24% de los pacientes con TDC atentan contra sus vidas, principalmente mujeres que perciben defectos faciales³⁸, cifra similar a la previamente mencionada.

Implicancias terapéuticas

Como se puntualizó en un principio, el comienzo del TDC suele darse durante la adolescencia, por cuanto deben revestir especial interés los procesos psicofisiológicos de cambio inherentes a esta transición, en la que la preocupación en torno a la imagen corporal adquiere preponderancia, por lo que los médicos deben distinguir las preocupaciones excesivas propias del TDC, interferentes con el desarrollo normativo de esta etapa vital, en detrimento de la autoestima⁴². Dada la cronicidad del TDC, y considerando que cerca de la mitad de los pacientes interrumpen su terapia en los primeros meses²⁴, es necesario un seguimiento a largo plazo, de preferencia a cargo de un equipo multidisciplinario, siendo esencial el establecimiento de una sólida alianza terapéutica, además de la psicoeducación, que permite reconocer la ineficacia de las persistentes conductas compulsivas para mitigar la ansiedad y la vergüenza¹⁵.

Psicoterapia

Se recomienda de elección para el TDC la psicoterapia cognitivo-conductual⁴³, teniendo como objetivo modificar los patrones de pensamiento obsesivo, fomentar el aprendizaje de habilidades de confrontamiento alternativas al problema y sensibilizar la percepción de aspectos positivos del propio cuerpo. Cuando las intervenciones cognitivas preceden a las conductuales, los resultados normalmente son mejores. Además de paliar los síntomas compulsivos, la terapia ha demostrado eficacia en la reducción de la depresividad, aumento de la introspección (ej. programar salidas y exhibición en público sin maquillaje) y mejoría en la percepción de la imagen corporal²⁴. En casos leves, puede constituirse como terapia principal en

conjunto con la psicoeducación, entrenamiento en relajación y prevención de recaídas⁴⁴. No obstante, aún no se establece superioridad del enfoque psicoterapéutico en relación al farmacológico.

Psicofarmacología

Desde el abordaje clínico-fenomenológico, la naturaleza obsesivo-compulsiva del TDC sugiere que los tratamientos para el trastorno obsesivo-compulsivo serían procedentes, por lo que parte fundamental del arsenal terapéutico empleado en la afección lo constituyen drogas usadas en este desorden.

Antidepresivos

Alrededor de 75% de los enfermos de TDC mejoran significativamente gracias al tratamiento con inhibidores de la recaptura de serotonina (fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina) en dosis altas, cuyos efectos secundarios son habitualmente bien tolerados¹⁹, particularmente ante refractariedad a la terapia cognitivo-conductual aislada. Al fallar un fármaco de este tipo se aconseja continuar con otro de la misma familia, y en caso de fracaso, indicar un inhibidor de la recaptura de serotonina y noradrenalina (venlafaxina, duloxetina) o un tricíclico (clomipramina) en monoterapia o concomitante a un inhibidor de la recaptura de serotonina⁴¹.

Antipsicóticos

El uso de neurolepticos no ha sido bien establecido. Sin embargo, si existen pensamientos delirantes se podrían añadir (risperidona, aripiprazol, ziprasidona, olanzapina). Es destacable considerar que el TDC delirante respondería preferentemente a inhibidores de la recaptura de serotonina frente a la administración de antipsicóticos, poniendo en entredicho la terapéutica antipsicótica convencional⁴⁵.

Ansiolíticos

La sintomatología ansiosa es prominente en el TDC, pudiendo ceder ante el uso de antidepresivos duales, bupiriona y benzodiazepinas (clonazepam) utilizadas a corto plazo²⁴.

Cirugía plástica

Los tratamientos dermatológicos y quirúrgicos podrían ser contraproducentes. Phillips et al informaron que 81% de los pacientes con TDC estaban insatisfechos con los resultados de la cirugía y que

en 88% los tratamientos no psiquiátricos empeoraron el cuadro o no ejercieron cambio alguno⁶. Aproximadamente 15% de quienes buscan cirugía correctiva padece TDC, experimentando estos infrecuentemente mejoría clínica, incluso, según algunos expertos, representaría una contraindicación para intervenciones de este tipo. Efectivamente, cuando múltiples operaciones resultan en la desfiguración física, se genera un círculo vicioso, pues las obsesiones suelen aumentar⁶.

Conclusiones

La evidencia ha demostrado una contundente relación entre TDC y TCA, particularmente con la AN, con la cual se comparten diversas semejanzas y contrastes, cuyo denominador común y nuclear es la distorsión de la imagen corporal. Su nosología permanece en controversia, pues el TDC históricamente ha sido considerado como un trastorno somatomorfo, evocando la esfera psicósomática, aunque las nuevas clasificaciones lo contemplan dentro del espectro obsesivo-compulsivo, el que también contendría, según algunos especialistas, a la AN, y a su vez, ellos formarían parte de la familia más vasta de los trastornos afectivos. Si bien la clasificación no ha sido esclarecida del todo, se ha determinado que ambos desórdenes en coexistencia conllevan mayor severidad y peor pronóstico evolutivo.

En relación a la terapéutica, tanto la psicoterapia como la psicofarmacología han logrado eficacia en la mejoría perceptual y comportamental, siendo de elección la psicoterapia cognitivo conductual simultánea al uso de pro-serotoninérgicos, los cuales han evidenciado mayor efectividad que los antipsicóticos, aun en el subtipo delirante del TDC. A la luz de la naturaleza compartida, y por tanto de la alta simultaneidad entre TDC y TCA, se recomienda, esencialmente a psiquiatras, dermatólogos y cirujanos plásticos, la búsqueda rutinaria y perentoria de aspectos dismorfofóbicos en pacientes con TCA y viceversa. La cirugía plástica cosmética en portadores de TDC conlleva resultados contraproducentes, pues favorecería un empeoramiento sintomático, puesto que esta es constantemente reforzada desde el paradigma de belleza occidental preconizado, que otorga importancia máxima a la apariencia corporal, en desmedro de valores psico-espirituales y ético-morales.

Referencias

1. Neziroglu F, Roberts M, Yaryura-Tobias J. A behavioral model for body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann* 2004; 34: 915-20.
2. Grant J, Kim S, Eckert E. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features, and delusional quality of body image. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 291-300.
3. Szabó P. An old "new" disease: body dysmorphic disorder (dysmorphophobia). *Orv Hetil* 2010; 151: 1805-15.
4. Saxena S, Feusner J. Toward a neurobiology of body dysmorphic disorder. *Prim Psychiatry* 2006; 13: 41-8.
5. Phillips K, McElroy S, Hudson J, Pope H. Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both? *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 41-51.
6. Phillips K, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 2005; 46: 317-25.
7. Conceição D, Chagas M, Arzeno Y, Archetti L, Hajaj C, Franklin L, et al. Body dysmorphic disorder in patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Depress Anxiety* 2012; 29: 966-75.
8. Ruffolo J, Phillips K, Menard W, Fay C, Weisberg R. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 11-9.
9. Dingemans A, van Rood Y, de Groot I, van Furth E. Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: prevalence and characteristics. *Int J Eat Disord* 2012; 45: 562-9.
10. Rabe-Jablonska J, Sobow M. The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 302-5.
11. Cororve M, Gleaves D. Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 949-70.
12. Nascimento A, Luna J, Fontenelle L. Body dysmorphic disorder and eating disorders in elite professional female ballet dancers. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24: 191-4.
13. Phillips K, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 77-87.
14. Phillips K, Pagano M, Menard W, Fay C, Stout R. Predictors of remission from body dysmorphic disorder: a prospective study. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 564-7.
15. Phillips K. How to recognize and treat body dysmorphic disorder. *Curr Psychiatry Rev* 2002; 1: 58-65.
16. Behar R. Corporalidad, sociedad y cultura en la etio-

- patogenia de las patologías alimentarias. En: Behar R, Figueroa G, editores. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2010. p. 75-94.
17. Kollei I, Brunhoeber S, Rauh E, de Zwaan M, Martin A. Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *J Psychosom Res* 2012; 72: 321-7.
 18. Madsen S, Bohon C, Feusner J. Visual processing in anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: similarities, differences, and future research directions. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 1483-91.
 19. Driesch G, Burgmer M, Heuft G. Body dysmorphic disorder. Epidemiology, clinical symptoms, classification and differential treatment indications: an overview. *Nervenarzt* 2004; 75: 917-29.
 20. McElroy S, Phillips K, Keck P. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 33-51.
 21. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales*. 5ª Edición. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
 22. Hildebrandt T, Schlundt D, Langenbacher J, Chung T. Presence of muscle dysmorphia symptomatology among male weightlifters. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 127-35.
 23. Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev Med Chile* 2010; 138: 1386-94.
 24. Phillips K. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. Rev Exp Ed. New York: Oxford University Press, 2005.
 25. Altamura C, Paluella M, Mundo E, Medda S, Mannu P. Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251: 105-8.
 26. Pearlstein T. Eating disorders and comorbidity. *Arch Women's Ment Health* 2002; 4: 67-78.
 27. Kessler R, Wai T, Demler O, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617-27.
 28. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 292-8.
 29. Fang A, Hofmann S. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 1040-8.
 30. Kelly M, Dalrymple K, Zimmerman M, Phillips K. A comparison study of body dysmorphic disorder versus social phobia. *Psychiatry Res* 2013; 205: 109-16.
 31. Coles M, Phillips K, Menard W, Pagano M, Fay C, Weisberg R, et al. Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety* 2006; 23: 26-33.
 32. Hartmann A, Thomas J, Wilson A, Wilhelm S. Insight impairment in body image disorders: delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res* 2013; 210: 1129-35.
 33. Nierenberg A, Phillips K, Petersen T, Kelly K, Alpert J, Worthington J, et al. Body dysmorphic disorder in outpatients with major depression. *J Affect Disord* 2002; 69: 141-8.
 34. Wall A, Eberly M, Wandler K. Substance use and eating disorders. *Remuda Rev* 2007; 6: 2-9.
 35. Didie E, Tortolani C, Pope C, Menarda W, Fay C, Phillips K. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl* 2006; 30: 1105-15.
 36. Kollei I, Schieber K, de Zwaan M, Svitak M, Martin A. Body dysmorphic disorder and nonweight-related body image concerns in individuals with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013; 46: 52-9.
 37. Bjornsson A, Didie E, Grant J, Menard W, Stalker E, Phillips K. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2013; 54: 893-903.
 38. Veale D, Boockock A, Gournay K, Dryden W, Shah F, Wilson R, et al. Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 96-201.
 39. Fenwick A, Sullivan K. Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample. *Psychiatry Res* 2011; 189: 299-304.
 40. Witte T, Didie E, Menard W, Phillips K. The relationship between body dysmorphic disorder behaviors and the acquired capability for suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42: 318-31.
 41. Phillips K, Coles M, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg R. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 717-25.
 42. Phillips K, Didie E, Menard W, Pagano M, Fay C, Weisberg R. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res* 2006; 141: 305-14.
 43. The British Psychological Society. *Obsessive compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. NICE Clinical Guidelines N° 31. Leicester: National Collaborating Centre for Mental Health, 2006.
 44. Sarwer D, Gibbons L, Crerand C. Treating body dysmorphic disorder with cognitive-behavior therapy. *Psychiatr Ann* 2004; 34: 934-41.
 45. Phillips K, Kim J, Hudson J. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18: 317-34.