



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

LA PUNTA DEL ICEBERG

Marc Peraire Miralles

mperaire@hotmail.com

Trastorno Dismórfico Corporal, Delirio, Psicoterapia, Caso clínico

RESUMEN

En este trabajo se repasan los puntos clave (etiología, diagnósticos, terapéuticos) del trastorno dismórfico corporal (TDM). Para ello se presenta un caso clínico paradigmático, resumiendo la historia clínica y describiendo el curso de la sintomatología. Posteriormente se expone un bloque teórico en el que se recoge la información imprescindible relacionada con el trastorno. Resulta de gran relevancia conocer este trastorno dada la gravedad de la sintomatología, el grado de incapacitación que puede conllevar y el riesgo de enquistarse y cronificarse si no se aborda con los conocimientos y estrategias debidas.

CASO CLÍNICO

Punto de partida – primera consulta (21/08/2014)

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas.

No antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés.

No antecedentes médicos y/o psiquiátricos relevantes a nivel familiar.

No toma de tratamiento habitual.

No hábitos tóxicos salvo consumo ocasional de cannabis en contexto lúdico.

Antropometría en la primera visita:

Talla: 174 cm; peso: 59.9 Kg; IMC: 19.7 Kg/m²; tensión arterial: 139/75 mmHg;
frecuencia cardíaca: 60 ppm.

LA PUNTA DEL ICEBERG

PSICOBIOGRAFÍA

Se trata de un varón de 19 años que, tras completar el bachillerato científico, inicia estudios de ingeniería agroalimentaria y posteriormente de química (no concluye ninguna de las dos titulaciones). También empieza a trabajar en el campo de la agricultura y la ganadería ecológica, dejando sus labores al poco tiempo. En el momento actual no trabaja y vive con sus padres y su hermano.

Su padre, de 56 años, trabajaba como dueño de un restaurante, pero en la actualidad está en paro. Su madre, de 51 años, era administrativa en un club de tenis, pero ahora también está parada. Su hermano, de 17 años, con quien tiene una relación fría y distante, ha terminado la ESO.

MOTIVO DE CONSULTA

Su obsesión se inicia a los 14 años sin estresores aparentes, y consiste en una preocupación excesiva por su aspecto físico, con pesadillas relacionadas y conductas compulsivas en busca de lograr una simetría facial. Termina asociando de forma secundaria fobia social, síndrome ansioso-depresivo y fracaso académico.

En junio de 2014 su madre solicita un adelanto de la primera cita con salud mental por pérdida de peso significativa. La familia cree que el paciente ha dejado de comer como medida de presión para que le paguen una rinoplastia. Él reconoce pérdida de apetito, pero niega finalidad movilizadora. No comprende el motivo de la consulta y presenta nulo *insight*. Inicialmente se muestra reticente a la exploración del estado mental y no muestra la problemática nuclear: afirma que sólo quiere que le hagan la cirugía plástica en la nariz.

Escala de depresión de Hamilton: 35 (Población depresiva).

Valoración de la actividad global (EEAG): 55.

Examen de salud mental:

Aspecto general – Descuidado

Conducta motora – Normal

Actitud durante la entrevista – Desconfiado

Estado de ánimo – Triste

Afecto – Apropiado

Lenguaje – Adecuado

LA PUNTA DEL ICEBERG

Alteraciones de la percepción – Sentimiento de irrealidad, cenestopatía nasal, trastorno somatomorfo

Alteraciones del pensamiento – Ideas hipocondríacas, idea delirante estructurada de deformidad nasal, fobia social generalizada

Alteraciones de la conciencia – Alerta, orientado en las 3 esferas

Concentración y cálculo – Alteración de concentración en la actividad académica actual, señalizada como de baja intensidad puesto que 'siempre ha ido sobrado'.

Inteligencia – Media/Alta

Capacidad de juicio – No conservado en torno al tema delirante

Insight – Inadecuado: no asume la existencia de un trastorno mental

Ideación suicida – Ausente

La problemática principal consiste en la existencia de un TOC iniciado a los 14 años, con la compulsión principal de toquetearse la nariz para corregir los orificios nasales que eran demasiado grandes (se define como guapo, y reconoce haber estado obsesionado con los cánones de belleza). Esta situación ha terminado originándole un trastorno dismórfico corporal, no tratado.

Refiere que en la actualidad tiene menos conductas compulsivas, pero presenta disestesias nasales con la creencia obsesiva que tiene la nariz deforme. Ha acudido incluso a un otorrinolaringólogo, que no ha apreciado anormalidad significativa que justifique una corrección quirúrgica. Evita mirarse en el espejo y presenta retraimiento social y ansiedad severa. Toda esta sintomatología le ha causado un marcado deterioro funcional y relacional. Ha presentado de forma secundaria sintomatología depresiva (distimia), agravada actualmente en forma de episodio depresivo mayor.

HISTORIAL EVOLUTIVO POSTERIOR

Entre septiembre de 2014 y febrero de 2015

Se ofrece paroxetina y aripiprazol, pero el paciente presenta mala adherencia al tratamiento. Posteriormente manifiesta de forma explícita su rechazo a la medicación y sus preferencias de tratar su problema con psicoterapia. Quiere posponer la posibilidad de iniciar psicofarmacoterapia a la valoración por su psicóloga.

LA PUNTA DEL ICEBERG

Entre noviembre de 2014 y agosto de 2015 (evolución de contactos con psicología clínica)

En los primeros contactos expone la percepción de padecer una deformidad en su nariz. Cree que es la causa del rechazo que detecta por parte de otras personas. 'Ya sabes lo que pasa si no te ven guapo...'. Él responde de modo altivo al rechazo percibido, rechazando a su vez. Compara su situación actual con la época de su adolescencia en la que tenía mucho éxito por ser guapo, y responde con gran frustración e inhibiéndose socialmente.

Se define como misántropo, afirmando que desprecia y odia a 'la gente civilizada'. Expone sus planes de vivir en un entorno natural, voluntariamente aislado, dedicado a tareas agrícolas. Se muestra interesado en la filosofía. En concreto, se identifica con el pensamiento de Nietzsche, que supone para él un gran descubrimiento.

En posteriores visitas afirma haber empeorado 'hasta tocar fondo'. Persiste dismorfofobia con gran frustración ante la opinión del cirujano privado que le desaconseja rinoplastia ('era mi última esperanza'). Explica que su cambio físico le repercute produciéndole alteraciones en la identidad y en la imagen que tiene de sí mismo, cambios mentales que no le permiten seguir adelante con sus proyectos. Presenta una situación de aislamiento social: 'No quiero estar subordinado a los demás, ni metido en la casilla en la que me meten'.

Después de agosto de 2015, abandona el seguimiento

En este punto, el encaje diagnóstico fluctúa entre el trastorno dismórfico corporal y el trastorno delirante con síntomas somáticos. En cuanto a la terapéutica, surge la duda entre plantear un tratamiento involuntario (como si se tratase un trastorno psicótico) o voluntario (abordando el caso como una distorsión de la imagen corporal).

En junio de 2016

El paciente reaparece. El trastorno dismórfico corporal se mantiene sin cambios. Al parecer solicitó valoración por parte de un cirujano plástico, pero el facultativo pudo convencerlo para que desestimase la opción de una intervención. 'Me dijo que no se resolvería mi problema'. En aquel momento vivía la opción de la cirugía como la mejor estrategia para reconducir su vida, pero en estos momentos se siente desbordado ante el convencimiento de que debe asumir una existencia de fracaso por no presentar un aspecto físico adecuado. Refiere que la supuesta deformidad física que padece es secundaria a las conductas compulsivas de tocarse la nariz que mantuvo en el pasado. Se siente culpable por 'haberse afeado'.

LA PUNTA DEL ICEBERG

Presenta un discurso perseverante centrado en la dismorfofobia con nula introspección. Expone que sufre una deformidad física y que la pérdida de la armonía facial le ha llevado a caer en desgracia, siendo su vida desdichada puesto que si hubiese mantenido su belleza habría disfrutado de un triunfo social y un éxito a todos los niveles. Se siente abrumado por los pensamientos obsesivos que vive con intensa angustia. Presenta insomnio de conciliación y de mantenimiento, hiporexia secundaria y cognición tanática pasiva en momentos de mayor ansiedad. No se detecta clínica afectiva mayor.

Entre julio y noviembre de 2016

Presenta mala adherencia al tratamiento oral (tanto antidepresivos como antipsicóticos). Se mantiene psicoterapia individual y desde agosto se inicia pauta cada 28 días de aripiprazol 400 mg intramuscular.

Se deriva a Hospital de Día.

INFORME DE DERIVACIÓN A HOSPITAL DE DÍA

Paciente que acude por primera vez a la USM en noviembre de 2014 por la existencia de un TOC que inicia a los 14 años, con la compulsión principal de toquetearse la nariz. Parece que de forma secundaria desarrolla un trastorno dismórfico corporal con nula introspección. Presenta grave distorsión de su aspecto físico alcanzando el rango delirante y asocia retraimiento y ansiedad social severa además de un deterioro funcional significativo. Ha presentado sintomatología depresiva secundaria, llegando a cumplir criterios de depresión mayor y asociando ideas de muerte. No presenta conciencia de enfermedad y ha consultado tanto a ORL como a Cirugía Plástica por su supuesta deformidad física.

Se desvincula de la USM a las pocas visitas, en el año 2014; y en junio de 2016 retoma la asistencia con la misma sintomatología descrita con anterioridad. A su vez destaca un franco abandono del autocuidado y la higiene corporal. La red de apoyo social resulta precaria y muestra dificultades para ofrecer una contención adecuada.

No ha precisado hasta el momento de ingresos hospitalarios en psiquiatría, pero el tratamiento psicoterapéutico planteado desde la USM ha resultado infructuoso dada la severidad de la clínica. Respecto al tratamiento psicofarmacológico, se han evidenciado claras dificultades para lograr una buena adherencia.

LA PUNTA DEL ICEBERG

Tratamiento actual:

- Fluvoxamina 100 mg ½ - ½ - 2
- Quetiapina 100 mg 0 - 0 - 2
- Aripiprazol 400 mg IM cada 28 días

Se plantea la derivación al Hospital de Día con los siguientes objetivos:

- Intervención familiar.
- Trabajar conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica.
- Instauración de un estilo de vida adaptativo y mejora de la funcionalidad.

Primer contacto en el Hospital de Día

No realiza ninguna actividad de ocio. Antes le gustaba leer y el cine, pero ahora nada le entretiene. Ha descuidado su aseo personal y se queja de dificultades cognitivas.

Refiere que la deformidad de su nariz 'sólo es la punta del iceberg', y que su verdadero problema es mucho más profundo. Mantiene un discurso centrado en la pérdida de identidad debido al defecto físico en su nariz. Expone que se ha destrozado la nariz y que está viviendo un infierno que nadie puede entender. Considera que su nariz rompe la armonía del resto de su físico.

Se describe como 'una persona que empezó superbién y que acabará supermal'. 'Soy como los vikingos, que eligen su propia muerte'. Piensa que terminará ahorcado.

Antes su proyecto de vida era la autarquía, ahora le gustaría encontrar a una pareja con la que compartir su proyecto de vida. Sin embargo, mantiene ideación tanática. Piensa en la muerte como la única opción posible. Presenta una falta severa de sentido vital. Busca cambios a nivel profundo, y expresa sus dudas sobre la efectividad de la terapia. Irradia apatía y abulia. Gran retraimiento social.

Evolución en el Hospital de Día, entre noviembre de 2016 y julio de 2017

Se intercambia el número de teléfono con otros usuarios y realiza planes con ellos fuera del entorno asistencial. En la dinámica del HD, propone realizar taller de estampado de camisetas, dirigir un cinefórum con películas de culto... La distorsión de la imagen corporal no le interfiere en la interacción con otras personas. Tampoco la manifiesta de forma espontánea en su discurso habitual. Tiene dificultades para cumplir normas y límites, y mantiene una actitud exigente y demandante.

En cuanto a su funcionamiento en el entorno familiar, parece que desde que acude al HD se encuentra menos aislado y más comunicativo.

LA PUNTA DEL ICEBERG

Tiene más proyectos y ganas de hacer cosas, aunque no consigue llevarlos a cabo. Su funcionamiento es muy dependiente de la madre, y la relación con el hermano sigue igual de distante que siempre.

Se objetiva que el paciente vincula una pérdida de su identidad personal (autoconcepto) a partir de una pérdida de la identidad física (autoimagen). Mantiene la dualidad entre 'lo que podría haber sido y lo que soy'. Piensa que 'no debe estar explicándose bien, puesto que no entiende otra realidad que la suya'. 'Ya no sé lo que soy, ni lo que me pasa, ni cual es mi problema...'

Insiste en que 'no es posible que entendamos su problema' porque él mismo 'no es capaz de ponerle palabras'. Su demanda a nosotros y a su familia es únicamente que 'lo acompañemos en su proceso'. 'Lo he intentado todo, y he fracasado siempre'.

En enero de 2017, los profesionales del Hospital de Día expresan que no se han conseguido avances destacables hasta la fecha. Se trata de un paciente complejo, con problemas importantes en cuanto a la propia identidad, el vínculo y el manejo social, así como en el manejo de la frustración y de los límites. En junio de ese mismo año se le da el alta por abandono de la asistencia.

Varios contactos en el servicio de urgencias psiquiátricas

Tras el cortar el seguimiento en HD realiza varias visitas a urgencias por presentar ansiedad o ideas de muerte, siempre tras decepciones personales (en especial rupturas sentimentales). Impresiona de fragilidad y vulnerabilidad a nivel caracterial.

Evolución en la USM desde su alta en Hospital de Día

El paciente mantiene la vivencia de tipo dismórfico, aunque no se objetiva angustia ni ansiedad secundaria. El discurso nihilista y la dismorfofobia siguen sin cambios, pero a nivel comportamental se evidencia mejoría. Mayor autocuidado, mejora de la higiene personal. Más expresivo, más animado, con más iniciativa para asumir planes.

En un par de ocasiones no asiste a las citas de control con psiquiatría, e incumple a veces el régimen de administración del tratamiento con aripiprazol intramuscular. Pese a ello, la actitud es expectante: existe comunicación continua con la familia, quienes se comprometen a contactar con la USM para valorar estrategia terapéutica idónea en caso de que aprecien un empeoramiento clínico. Se establece así la asistencia a demanda de paciente y familiares.

LA PUNTA DEL ICEBERG

Cita en USM en marzo de 2018

El paciente está estable a nivel psicopatológico. La ansiedad está mitigada, y su afecto parece próximo a la eutimia. Persiste el malestar emocional secundario a las vivencias de tipo dismórfico corporal, pero de un modo más atenuado. Se mantiene la vulnerabilidad caracterial, pero en estos momentos rechaza el tratamiento psicofarmacológico y la asistencia psicológica. Prefiere aplazar el seguimiento y solicitar asistencia si lo precisa en caso de empeoramiento clínico. También solicita la retirada del aripiprazol 400 mg intramuscular, aunque finalmente se reconduce la situación y acaba aceptando el tratamiento.

Cita en USM en septiembre de 2018

Contacta telefónicamente 24 horas antes de la cita programada para informar que no se personará por incompatibilidad con su horario académico.

Cita en USM en octubre de 2018

Realiza crítica completa de las vivencias delirantes de tipo somatomorfo. Reconoce que sufrió una crisis vital ante la dificultad para aceptar sus limitaciones personales y que focalizó toda su angustia en una parte de su cuerpo. Ahora es capaz de comprender que él nunca ha padecido ningún tipo de deformidad física. 'Me dejé llevar por la locura y acabé atrapado en ella'. Sin embargo, persiste la falta de sentido vital y la sensación de vacío. Expresa sus deseos de iniciar psicoterapia psicoanalítica o de vivir experiencias a través de la ayahuasca.

Seguimiento en USM durante la primera mitad de 2019 (momento actual)

Mantiene seguimiento intermitente en la Unidad. Falla a algunas visitas sin aducir motivos, pero solicita nuevas revisiones. Se le visita, en general, de forma mensual o bimensual. Se sigue administrando la pauta intramuscular. No vuelve a solicitar que se le retire. Mantiene la crítica completa a las vivencias delirantes. Impresiona de estabilidad clínica.

Está realizando diversos cursos formativos en una Fundación para enfermos mentales, asiste con regularidad. Tiene ganas de empezar a trabajar: desde esa misma institución se le está ayudando a buscar un trabajo adaptado a sus necesidades.

Marco teórico – Trastorno Dismórfico Corporal

El trastorno dismórfico corporal (TDC) se caracteriza por ser un proceso en el que existe intensa preocupación por un defecto imaginado de la apariencia física. Si existe alguna ligera anomalía corporal, la importancia que le otorga el individuo es desproporcionada. Esta preocupación produce un impacto social y laboral importante.

LA PUNTA DEL ICEBERG

Por ejemplo, el individuo evita salir a la calle, ver a la gente o tiene que maquillarse durante horas para "disimular su anomalía". Phillips documentó que el 97 por ciento de los pacientes con TDC evitan las actividades sociales normales y ocupacionales. La mayoría son solteros o divorciados. Muchos presentan ideas suicidas o autodestructivas, y suelen invertir varias horas del día en mirarse al espejo (acto compulsivo que corresponde una práctica ritual).

La dismorfofobia aparece registrada por primera vez en la literatura médica en 1891, cuando el psiquiatra italiano Enrico Morselli la describe como la aparición persistente de una idea de deformidad corporal. Este autor describió criterios que permitían hacer un diagnóstico diferencial entre la dismorfofobia, la hipocondría y la melancolía. Morselli consideró que, en la dismorfofobia, a diferencia de los otros cuadros clínicos mencionados, el paciente presenta conciencia de enfermedad, pudiendo esta ir desvaneciéndose lo largo del tiempo para dar lugar a una paranoia verdadera o a una auténtica melancolía.

En la siguiente tabla se plasma la evolución del concepto en las diferentes clasificaciones diagnósticas internacionales (DSM y CIE):

CIE-9	1978	Se recoge como 'trastorno corporal dismórfico' y se incluye dentro de hipocondría, una entidad paralela a los trastornos somatomorfos.
DSM-III	1980	La dismorfofobia se incluye por primera vez en el DSM como ejemplo de trastorno somatomorfo atípico.
DSM-III-R	1987	El concepto de 'dismorfofobia' se sustituye por el de 'trastorno dismórfico corporal' y cuenta con un apartado propio dentro de la sección de trastornos somatomorfos.
CIE-10	1992	El trastorno corporal dismórfico o dismorfofobia está incluido en el apartado de trastornos somatomorfos.
DSM-IV DSM-IV-TR	1994 2000	El TDC se mantiene dentro del apartado de los trastornos somatomorfos, al mismo nivel que otros trastornos como la hipocondría.
DSM-5	2013	Inclusión del TDC en el grupo de los Trastornos Obsesivo-Compulsivos y trastornos relacionados.

LA PUNTA DEL ICEBERG

Se estima que el 1-2 % de la población mundial reúnen los criterios diagnósticos propios del TDC. Las causas de esta enfermedad difieren de una persona a otra. No obstante, la mayoría de los investigadores creen que podría ser una combinación de factores biológicos (predisposición genética considerada a partir de antecedentes familiares), psicológicos (bromas o críticas por parte de terceros, estilo de crianza parental enfocado en la estética y la exigencia, abandono físico o emocional, fracaso en las relaciones, miedo al rechazo) y ambientales (presión mediática y social, la cultura de la imagen). Una reciente investigación mediante visualización de escaneos cerebrales pone de manifiesto que el cerebro de estas personas es estructuralmente normal, pero procesa de forma anómala los detalles visuales.

Además, el TDC se vincula a rasgos de personalidad premórbidos, que incluyen la inseguridad emocional, la introversión, la timidez o inhibición, la necesidad imperiosa de recibir la aprobación de los demás, la especial sensibilidad al rechazo y la crítica (vulnerabilidad), la excesiva autoconsciencia, la obsesividad, el narcisismo, la hipocondría, el neuroticismo y el perfeccionismo. Se trata de personas con baja autoestima y autoimagen, y con un autoconcepto pobre que depende de la valoración de terceros. Asocian dificultad para las relaciones interpersonales por presentar un déficit en habilidades sociales.

En resumen, como factores de riesgo para padecer el TDC destacan:

- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Predisposición genética.
- Rasgos de personalidad tales como perfeccionismo, introversión, timidez y temperamento ansioso.
- Traumas en la infancia causados por constantes burlas, insultos, motes y humillación referido al aspecto físico.
- Bullying o cualquier otra forma de maltrato psicológico.
- Aislamiento y rechazo social.
- Malas relaciones interpersonales.
- Problemas psicológicos o emocionales tempranos.
- Influencias paterno-filiales: padres sobreprotectores o exigentes, maltrato psicológico, abandono o separación, carencias afectivas o emocionales.

LA PUNTA DEL ICEBERG

- Historia crónica de problemas dermatológicos o estigmas físicos o complejos de la adolescencia (como por ejemplo: el acné), como así también el someterse a cirugías estéticas varias.
- Sensibilidad estética y sobrevaluación de la imagen o apariencia.

El inicio de los síntomas generalmente ocurre en la adolescencia o en la edad adulta temprana, momento en el que se inician la mayoría de las críticas personales relacionadas con la imagen corporal, aunque la incidencia en niños y adultos mayores no resulta despreciable. Se cree erróneamente que el TDC afecta principalmente a mujeres, pero las investigaciones más recientes describen que afecta a hombres y mujeres por igual.

La zona afectada suele situarse en la cara (cabello, nariz, piel, ojos, labios, mandíbula). A veces, la queja abarca la estructura general de la cabeza o cara. También es frecuente que se localice en otras zonas corporales como pechos, nalgas, pene, cintura, piernas, etc. Suele asociarse con ideas de referencia en el sentido de que la gente que les rodea observa minuciosamente su anomalía, y que ésta determina su propia existencia.

En cuanto a las comorbilidades, destacan:

- Trastorno obsesivo-compulsivo (8-37%).
- Fobia social (11-13 %).
- Tricotilomanía (26%).
- Trastorno depresivo mayor (14-42%).

Por otra parte, al explorar cuánto tiempo del día invierten los pacientes con TDC en reflexionar sobre sus defectos, se evidencia que un 40% invierten de 3 a 8 horas diarias. Un 25% lo hacen más de 8 horas al día. En cuanto a las cogniciones, hay que destacar que estos pacientes suelen presentar pensamientos intrusivos, difíciles de resistir y controlar, asociados a egodistonia importante. El contenido de estos pensamientos se caracteriza por presentar ideas sobrevaloradas acerca del cuerpo y de cualquier defecto que éste pueda presentar.

Las tasas de ideación suicida, intentos suicidas y suicidios concretados son más elevadas en el TDC que en la población general a nivel mundial. Un estudio prospectivo que siguió a 200 individuos diagnosticados con TDC de 1 a 4 años presentó que un 57,8% de los sujetos presentaron ideación suicida (10-25 veces más que la población general de EE. UU.); que un 2,6% presentó intentos suicidas durante el periodo de seguimiento, y que un 1,5% realizó intentos suicidas atribuidos directamente al TDC. Solo un 0,3% completó el suicidio.

LA PUNTA DEL ICEBERG

Sin embargo, esto podría deberse a los factores de riesgo en común que presentan los pacientes que padecen esta enfermedad, y entre los cuales destaca una alta comorbilidad psiquiátrica (comentada previamente), altos niveles de ansiedad, baja autoestima, hospitalizaciones repetidas y depresión.

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 fármacos empleados en ese desorden.

La mayoría de los enfermos (hay estudios que apuntan a un 75%) 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 tolerados, particularmente ante refractariedad a la terapia cognitivo-conductual aislada. El tema de la medicación puede plantearse al paciente afirmando «Esta medicina le ayudará a superar el estrés y desmoralización que le produce su aspecto». Sin embargo, los resultados de este tipo de fármacos resultan contradictorios. Incluso hay trabajos que recogen un empeoramiento de la clínica con los inhibidores de la recaptación de la serotonina. No obstante, 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 serotonina.

Por otro lado, el uso de neurolépticos no ha sido bien establecido. Sin embargo, si existen pensamientos delirantes u otra sintomatología de la esfera psicótica se podrían considerar y añadir diferentes aproximaciones terapéuticas: risperidona, aripiprazol, ziprasidona u 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 convencional. Sin embargo, ante la refractariedad de síntomas o el agravamiento de la clínica estaría indicado iniciar pauta antipsicótica en monoterapia o como combinación con la terapia antidepresiva.

Dado que la sintomatología ansiosa es prominente en el TDC, también se puede considerar coadyuvar a la pauta buspirona y benzodiazepinas (sobretudo clonacepam), durante breves periodos de tiempo.

Por último, hay que considerar que en el trastorno dismórfico corporal cualquier intervención quirúrgica de tipo estético, no sólo no mejora el cuadro, sino que se encuentra contraindicada porque implica iniciar una cadena interminable de enorme yatrogenia.

LA PUNTA DEL ICEBERG

CONCLUSIONES

El presente trabajo recoge un cuadro clínico de elevada complejidad, pero muy representativo de la sintomatología que se engloba en el trastorno dismórfico corporal. Se trata de un joven con estudios y adecuado soporte social que inicia una escalada de obsesividad entorno a un supuesto defecto físico que termina por impactar en su funcionalidad y suponerle un obstáculo imposible de superar. En realidad, la intensidad de la sintomatología obsesiva termina por alcanzar rango delirante. Por ello, tras varias aproximaciones terapéuticas con antidepresivos, que resultan infructuosas, se decide intentar resolver la clínica con un antipsicótico de liberación prolongada.

Después de presentar una evolución tórpida, con abandono de la pauta farmacológica, recaídas clínicas y numerosas asistencias al servicio de urgencias, se consigue atenuar la sintomatología hasta hacerla desaparecer. La medicación resulta efectiva y bien tolerada, y es una de las claves para conseguir fragmentar el delirio corporal. Una vez logrado el objetivo, el paciente desarrolla conciencia parcial de enfermedad, retoma la funcionalidad perdida y se mantiene asintomático.

El caso clínico refleja, por tanto, la gravedad que atesora este trastorno y la necesidad de un abordaje integral (farmacológico y psicoterapéutico) para lograr resolver una clínica intensa con tendencia a enquistarse a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association - APA (2013): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. 5ª edición. Washington, DC: APA.
2. Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G., Toni, C. (2004): *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features*. *European Psychiatry*, 19(5): 292-98.
3. García-Campayo, J., Salvanés, R., Alamo, C. (2002): *Actualización en trastornos somatomorfos*. Madrid: Editorial Panamericana.
4. Koran, L.M., Abujaoude, E., Large, M.D., Serpe, R.T. (2008): *The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population*. *CNS Spectrums*, 13: 316-322.

LA PUNTA DEL ICEBERG

5. Maj, M., Akiskal, H.S., Mezzich, J.E., Okasha, A. (2005): *Somatoform disorders*. Chichester: Wiley & Sons Ltd.
6. Phillips, K.A. (1998): *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press.
7. Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.M. (2010): *Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V*. *Depress Anxiety*; 27: 573-591.
8. Phillips, K.A., Coles, M.E., Menard, W., Yen, S., Fay, C., Weisberg, R.B. (2005): *Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder*. *The Journal of Clinical Psychiatry*; 66: 717-725.
9. Sánchez Planell L., Fernández-Valdés Marí R. (2005): *Trastorno dismórfico corporal*. En Vallejo Ruiloba L., Leal Cercós C. *Tratado de psiquiatría*. 2ª Edición; 2:1354-62. Barcelona: Ars Médica.
10. Schmidt, Elaine (2017): *Distorted self-image the result of visual brain glitch, study finds*. UCLA Newsroom.
11. Woolfolk, R.L., Allen, L.A. (2007): *Treating somatization*. New York: The Guilford Press.
12. World Health Organization-WHO (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición*. Ginebra: WHO. (traducción al castellano, Madrid: Meditor).