



UN PACIENTE, UNA MENTE, ¿DOS TRASTORNOS?: ANOREXIA NERVOSA Y TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL, REVISIÓN DE UN CASO

Lilia Graciela Barrera Ángel¹

Resumen

La anorexia nervosa y el trastorno dismórfico corporal son dos trastornos diferentes, con criterios diagnósticos propios de acuerdo con las clasificaciones actuales (CIE-10 y DSM-IV-TR). Sin embargo, no son excluyentes entre sí y comparten el malestar con el aspecto físico. En el presente reporte clínico se presenta el caso de una paciente de 21 años quien fue hospitalizada en unidad de salud mental con una impresión diagnóstica de ingreso de anorexia nervosa tipo compulsivo purgativo, trastorno dismórfico corporal y trastorno depresivo recurrente grave con síntomas psicóticos. Se realiza la evaluación y discusión de estos diagnósticos desde el punto de vista descriptivo. También se relata el tratamiento y evolución durante la hospitalización.

Palabras claves: Trastorno de la alimentación, anorexia nervosa, trastorno dismórfico corporal, trastorno depresivo recurrente.

Summary

Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder are two different disorders, with their own diagnostic criteria according to current classification of diseases (ICD-10 and DSM-IV-TR). However, they are not mutually exclusive and share the discomfort with physical appearance. In the current clinical report we present the case of a 21 year old patient who was hospitalized in mental health unit with an income diagnostic impression of compulsive purgative type anorexia nervosa, body dysmorphic disorder and severe recurrent depressive disorder with psychotic symptoms. An evaluation and discussion of these diagnoses from the descriptive point of view is done. It also describes the treatment and outcome during hospitalization.

Keywords: Eating disorder, anorexia nervosa, body dysmorphic disorder, recurrent depressive disorder.

¹ Residente de Psiquiatría de Segundo Año
gracielaba@hotmail.com

Basado en el Poster presentado en el Congreso Nacional de Residentes de Psiquiatría, Manizales 2012.

Fecha de recepción: Junio 2012

Fecha de aceptación: Septiembre 2012

INTRODUCCIÓN

La Anorexia Nervosa y el Trastorno dismórfico corporal constituyen dos diagnósticos diferentes, con criterios bien delimitados dentro de las clasificaciones actuales, CIE-10, DSM-IV-TR; no son excluyentes entre sí y comparten el malestar con el aspecto físico. En la presente revisión de un caso, se plantea la pregunta acerca de la validez de utilizar ambos diagnósticos en una misma paciente, teniendo en cuenta que la literatura sobre ambos trastornos reporta tasas de comorbilidad hasta de 45% (1). Aparece entonces el siguiente cuestionamiento ¿desde cuál aproximación diagnóstica puede comprenderse mejor la patología de esta paciente? Con el uso de los dos diagnósticos o quizá ¿corresponde esta sintomatología a un solo trastorno aun no categorizado? Y a partir de estos diagnósticos, ¿cuál sería la mejor aproximación terapéutica?

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Es una paciente femenina de 21 años de edad, soltera, estudiante de derecho de quinto semestre, natural y procedente de Bogotá, quien consultó por síntomas de 1 año de evolución consistentes en ánimo triste, irritabilidad, anhedonia, ansiedad, astenia, hiporexia, insomnio de múltiples despertares, ideas de minusvalía e ideación suicida estructurada. Asociado a esto presentaba distorsión de la imagen corporal, caracterizada por percepción de deformidad de su

rostro y su cuerpo: “mi cara está cubierta de granos y estoy muy gorda”. Secundario a estas ideas la paciente presentaba restricción alimentaria y comportamientos purgativos con ingesta de laxantes. Además tenía aislamiento social y cubría su rostro con el cabello para no ser vista. Durante la entrevista se evidenció que sus ideas eran irreductibles a pesar de demostrar evidencia de lo contrario.

Los síntomas afectivos que generaron la consulta por urgencias estaban también relacionados con las ideas de distorsión de su imagen corporal.

Durante la hospitalización se evidenció que la paciente presentaba la distorsión de su imagen corporal desde 3 años antes de la consulta, cuando empezó a percibir aumento de su peso, por lo cual tenía conductas restrictivas: “comía solo zanahoria por 3 semanas” seguidas de atracones de comida y provocación de vómito. Posteriormente evolucionó a solo presentar conductas restrictivas y purgativas y 3 meses antes de la consulta, debido al control estricto ejercido por su madre, recupera la ingesta de alimentos, pero de nuevo seguido por inducción de vómito.

En relación a las ideas sobre la deformidad de su rostro se consideraron de carácter delirante debido a su carencia de sustento real y su irreductibilidad frente a la evidencia. Eso le producía desde hacía varios

años ideas de minusvalía y de sentirse fea al tener algunas lesiones de acné en su rostro; sin embargo en los últimos 3 meses refería empezar a percibir más de estas lesiones y deformidades hasta presentar alteración de su comportamiento dado por aislamiento social y usar el cabello sobre su cara para no ser vista, a pesar de no evidenciar lesiones ni acné o deformidades sobre el rostro.

La paciente tuvo un episodio depresivo a los 19 años con intento suicida con ingesta de medicamento, además episodios de autoagresión bajo efectos de alcohol.

Otros antecedentes de importancia son: asma bronquial en la infancia y fractura de clavícula izquierda a la edad de 7 años.

DISCUSIÓN

1. DIAGNÓSTICO

En la descripción clínica de esta paciente podemos encontrar características clínicas que cumplen los criterios DSM-IV-TR para trastorno dismórfico corporal.

Sobre el diagnóstico de anorexia podemos ver la alteración en la percepción de su imagen y el rechazo a mantener el peso normal para su talla además define su autoevaluación y autoestima a partir de su silueta corporal. Sin embargo no hay presencia de amenorrea y el peso corporal no es inferior al 85% del peso

esperable. Hay que tener en cuenta que en los últimos 3 meses el patrón alimentario de la enfermedad se ha visto alterado por la intervención de la madre con el control de la ingesta de la paciente (2).

Sin embargo persistió la conducta de purgas usando laxantes y vómito post prandial. Por esto se consideró que la paciente si cabía dentro de este diagnóstico.

Ahora bien, en relación al trastorno dismórfico corporal es conocido que el criterio C del DSM-IV-TR considera excluyente los criterios de anorexia nervosa y bulimia nervosa en la presencia de este diagnóstico, sin embargo este se excluye cuando la preocupación por la imagen corporal está relacionada solamente con el peso; mientras que en el presente caso hay una preocupación relacionada con un defecto imaginario en su apariencia dado por el acné presente en su rostro, el cual ha presentado pero ella lo percibe como excesivo hasta tener la certeza de una deformidad física en su rostro (2).

Sobre este punto se puede plantear la discusión de si esto constituye una ideación delirante, dado que puede cumplir criterios para ser un delirio e incluso presenta alteraciones en su comportamiento en relación a esta ideación.

En este sentido los criterios diagnósticos no son claros ya que solo utilizan el término preocupación el cual

no es explícito, aunque es definido generalmente como pensar sobre el defecto en su apariencia por lo menos una hora al día, sin embargo los reportes muestran que muchos pacientes piensan desde 3 hasta 8 horas al día, además implica el tener la mente “absorta o embebida” en esta preocupación (3) (4).

Además encontramos en esta paciente unos síntomas afectivos de características depresivas que se han desarrollado secundariamente a la distorsión de su imagen corporal. Los cuales constituyen un diagnóstico de un episodio depresivo grave, sin embargo persiste la dificultad en definir si hay o no presencia de síntomas psicóticos. Dado que la paciente había presentado un episodio previo se hace un diagnóstico de trastorno depresivo recurrente. Por consiguiente a su ingreso la paciente fue diagnosticada con: anorexia nervosa tipo compulsivo purgativo; trastorno dismórfico corporal, trastorno depresivo recurrente grave con síntomas psicóticos (2).

2. EVOLUCION Y TRATAMIENTO

Teniendo en cuenta los diagnósticos iniciales se inicio tratamiento hospitalario para la paciente. Farmacológicamente la paciente no venía siendo manejada, por lo cual se decidió iniciar un ISRS, Fluoxetina a dosis de 20mg al día. La fluoxetina es utilizada en esta paciente dado que tiene efectos antidepresivos, pero además tiene estudios en trastornos

de la alimentación y ha sido utilizada en trastorno dismórfico corporal, y es el medicamento de primera línea recomendado en las guías NICE (5) aunque no tenga aprobación de la FDA para este último, varios estudios han demostrado eficacia. Se inicio paralelamente a la fluoxetina, un antipsicótico típico, Haloperidol en dosis de 1,5mg al día.

Con relación a la eficacia en manejo antipsicótico del trastorno dismórfico corporal hay poca información. Aunque se ha reportado el uso del antipsicótico para potenciar la eficacia del ISRS. Para esta revisión no se encontraron reportes de estudios que utilizaran haloperidol, sin embargo dado la sintomatología sugestiva de contenido psicótico se decidió iniciarlo. Sobre este punto las guías de manejo y los estudios recomiendan el uso de antipsicóticos solo cuando no se haya visto una respuesta del ISRS y los estudios no muestran una eficacia clara de la terapia adjunta con antipsicóticos (4) (5).

Además se inició como ansiolítico una benzodiazepina, Clonazepam en dosis de 2mg al día, para manejo inicial del insomnio y la ansiedad.

Luego de 4 semanas con este manejo se observó respuesta clínicamente significativa en esta paciente. En la primera semana se vio mejoría inicialmente del insomnio. A partir de la segunda semana empieza a establecer contacto visual sin embargo persistía la ideación de distorsión de

su imagen corporal y presentaba alimentación selectiva en escasa cantidad (proteínas y verduras), persistía el ánimo triste, pero desapareció la ideación suicida. En la tercera semana se empezó a observar que la idea sobre su imagen corporal tenía una crítica parcial lo cual continuó evolucionando durante la cuarta semana satisfactoriamente por lo cual se decidió dar de alta y continuar manejo ambulatorio.

3. CONSIDERACIONES GENERALES

El presente caso plantea importantes consideraciones a nivel diagnóstico y de tratamiento, en esta paciente encontramos la comorbilidad entre trastorno de la alimentación y trastorno dismórfico corporal, la cual se ha encontrado con una frecuencia importante, hay estudios que muestran hasta 32.5% y otras cifras más elevadas como 45% (1) (6).

Sin embargo, se hace difícil establecer estos diagnósticos diferenciales dada la similitud de sus síntomas que pueden superponerse. En el caso de esta paciente vemos que cumple criterios según la clasificación diagnóstica DSM-IV-TR para ambos diagnósticos. Al inicio se planteó la pregunta sobre la pertinencia de usar ambos y sigue siendo claro que es fundamental hacer un diagnóstico diferencial acertado para fines pronósticos y de tratamiento. Para la situación descrita en este caso consideramos que la paciente requiere ser manejada con los dos diagnósticos en el eje I,

dado que ambos suponen tratamientos similares, pero es el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal el que nos permite comprender sus síntomas inicialmente en apariencia psicóticos y enfocar a partir de esto su tratamiento como se explica más adelante. Sin embargo en el proceso psicoterapéutico el instaurar ambos diagnósticos nos invitan a un enfoque similar, en donde será importante tratar de introducir no solo elementos conductuales en relación a la alimentación y a su percepción corporal, sino tratar de entender las motivaciones para la percepción distorsionada de sí misma a nivel global. En el caso de esta paciente se encuentra además una comorbilidad con un trastorno depresivo la cual también ha sido reportada tanto con el trastorno dismórfico corporal como con la anorexia nervosa (75% y 43% respectivamente). Lo cual fue importante tener en cuenta en el momento de iniciar el tratamiento. (4) (7) .

Otro punto a considerar en este caso es la existencia o no de síntomas psicóticos. Con relación a esto se ha visto que la introspección y la crítica en los pacientes con trastorno dismórfico corporal tiende a ser pobre. En algunos estudios se ha encontrado que 30-60% de los pacientes con diagnóstico de trastorno dismórfico corporal pueden tener ideas delirantes en relación a su apariencia. Sin embargo también se ha encontrado que estos pacientes responden igualmente a la monote-

rapia con ISRS sin necesidad de uso de medicación antipsicótica. Se cree por tanto que la ideación delirante aparece en relación a la severidad de la sintomatología en el continuum de la enfermedad. Lo cual corresponde con la descripción en el presente caso, dado que inicialmente la paciente presentaba la preocupación sobre sus defectos corporales y es solo en los últimos 3 meses cuando estas adquieren características delirantes (4) (5).

CONCLUSIONES

En relación al presente caso podemos obtener importantes conclusiones:

1. Existe una importante comorbilidad entre trastorno de alimentación, dismórfico corporal y trastorno depresivo, la cual ha sido evidenciada en múltiples estudios y representa un reto diagnóstico para los clínicos. Por lo cual es fundamental tener en cuenta esto al momento de hacer el diagnóstico diferencial en pacientes con características como las de nuestro caso.
2. Un diagnóstico claro es importante al momento de iniciar tratamiento. Reconocer y tratar las manifestaciones del trastorno dismórfico corporal en pacientes con ambos trastornos es fundamental, dado que el tratamiento de este es diferente del de los trastornos de la alimentación.

3. Se evidencia la necesidad de realizar más estudios en pacientes con estas comorbilidades con el fin de evaluar el tratamiento, los riesgos y el pronóstico a largo plazo.

Referencias

1. Dingemans AE, van Rood YR, de Groot I, van Furth EF. Body dysmorphic disorder in patients with an eating disorder: prevalence and characteristics. *Int J Eat Disord.* 2012;45(4):562-9.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, et al. Body dysmorphic disorder: Some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety.* In press.
4. Bjornsson A, Didie, E, Phillips, K. Body dysmorphic disorder : *Dialogues Clin Neurosci.* 2010 12(2): 221-232.
5. *Obsessive compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder.* Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg031niceguideline.pdf>. National Institute for Health and Clinical Excellence. [Último acceso Mayo 24, 2010].
6. Ruffolo JS, Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg RB. Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: severity of psychopathology and body image disturbance. *Int J Eat Disord.* 2006;39(1):11-9.
7. Kennedy SH, Kaplan AS, Garfinkel PE, Rockert W, Toner B, Abbey SE. Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes: *J Psychosom Res.* 1994;38(7):773-82.