

## Depresión tras cirugía reparadora facial: ¿un caso de trastorno dismorfofóbico corporal?

Veiga Ramos, I.; Martínez Gómez, P.; Bouzas Lameiro, M.;  
De Usabel Guzmán, P.; Vigo Santamariña, L.

Complejo Hospital Universitario de Santiago

---

### Descripción del caso clínico

Se trata de un paciente varón de 45 años, vecino de un municipio rural gallego, percibe una pensión en el momento actual. Primero de una fratria de cuatro hermanos, su padre había emigrado a Suiza cuando el paciente era niño. No existen antecedentes patológicos relevantes en relación a parto y desarrollo psicomotor.

Su adaptación escolar y rendimiento académico fue bueno, hasta el punto de que su familia se traslada a una ciudad vecina cuando cuenta 14 años para permitir que curse estudios medios (BUP y COU), que lleva a cabo con éxito hasta los 18 años, cuando suspende varias asignaturas (“me junté con malas compañías y dejé de estudiar”), a raíz de lo cual decide abandonar los estudios y emigrar a su vez a Suiza, donde reside su padre.

Con 21 años, contrae matrimonio con una vecina de su entorno en Galicia, a la que conoce en un período vacacional que disfruta en la casa paterna, tras apenas tres meses de noviazgo. La precipitación se debe, según relata él mismo, a su situación como emigrante, que hacía que pasase la mayor parte del año en Suiza. Como es habitual en la zona, se traslada a vivir a casa de sus suegros, trabajando en la explotación agrícola de éstos, pero la convivencia no es buena, y tras dos años decide regresar a Zúrich, donde trabajaba como capataz en la construcción, junto con su esposa. Allí residen ambos durante diez años, adquiriendo una vivienda, y según refiere el paciente con buena relación de pareja y sin problemas económicos ni de integración social.

Hace nueve años, en un accidente laboral, se precipita desde gran altura, según refiere sin pérdida de conocimiento, sufriendo graves traumatismos en la mitad izquierda del rostro. El paciente manifiesta recordar con detalle la caída, cómo intentó agarrarse a un parapeto hasta que le fallaron las manos y se despeñó por una ladera, cayendo de bruces. Aunque no notaba dolor, era consciente de lo grave de la situación, y posteriormente trató de ponerse de nuevo en pie, percatándose en ese momento de tener la parte izquierda de la cara casi por completo desprendida, con el maxilar inferior y parte del malar al descubierto. Esta lesión requirió cirugía reconstructiva en varias operaciones sucesivas, por un período de tres meses, si bien no se objetivaron lesiones en otras partes del cuerpo y siendo asimismo el TAC informado como normal.

En el momento del accidente, su esposa se hallaba de visita en Galicia, ya que habían tenido hacía pocos meses a su único hijo, y quería que su familia conociese al niño. M. decide no avisarla hasta que su estado se estabilice, y cuando su esposa vuelve a Zurich y se reencuentran decide romper la relación al ver el estado en el que se encuentra su rostro, según el relato de los hechos que nos hace el paciente. En el momento actual no mantiene ninguna relación con ella ni con su hijo.

Tras el accidente, el paciente continúa en Suiza durante aproximadamente un año más, hasta que decide regresar a la casa paterna, donde ya reside su padre, jubilado, ya que él mismo percibe una pensión por invalidez laboral absoluta a causa de la caída. Según relata el sujeto y su familia, en este tiempo antes de regresar a Galicia, es-

tando de baja laboral y en trámites para que se le reconozca la invalidez, incrementa su consumo enólico hasta el punto de ingresar varias veces en UCI por síndromes de abstinencia, caídas e intoxicaciones graves.

Es en este momento en el que acude a nuestra USM, estando abstinentes en el momento de esta primera entrevista. En el volante de su médico de atención primaria consta: *“Varón de 45 años con antecedentes de traumatismo cervicocraneal en 1999 (fractura de varios huesos de la cara) con varias operaciones estéticas. Alcoholismo importante, con varios ingresos en UCI en Suiza. Síndrome depresivo grave post-traumático. En estos momentos recibe tratamiento con disulfiram 250 mg c/48 h y fluvoxamina 50 mg 1cp/24 h. Se ruega valoración y consulta.”* Asimismo, el paciente adjunta un informe psiquiátrico de Suiza, en el que se le diagnostica de episodio depresivo grave y etilodependencia atribuible a *“pérdida subjetiva de la propia identidad a través del accidente y sus consecuencias plásticas”*.

### Antecedentes personales

El paciente es consumidor de alcohol desde el comienzo de la edad adulta, en probable patrón de dependencia, si bien no refiere que esto le haya acarreado problemas familiares, legales o laborales, como así lo corrobora su familia.

### Antecedentes familiares

Ni el paciente ni otros informantes refieren antecedentes familiares de patología psiquiátrica diagnosticada, como tampoco de suicidio consumado.

### Enfermedad actual

El paciente acude a consulta de Salud Mental derivado por el médico de Atención Primaria. La queja principal que presenta es la apatía y tristeza que sufre desde el accidente, que no cede con ningún tratamiento de los administrados. Por otro lado, refiere sentir la mitad del rostro

que fue reconstruída como ajena, sin que esta sensación tenga que ver con la leve parestesia que sufre como secuela, sino mas bien con una no identificación de esa parte del rostro como propia. Dice que lo único que le alivia y tranquiliza es mirar las fotografías de su cara antes de la reconstrucción, mostrando las secuelas de la caída, porque en el rostro que mostraba las lesiones sí se reconoce a sí mismo. Ha quemado todas las fotografías anteriores al accidente, para no comparar ambos rostros, salvo una que trae consigo y que nos muestra, y en la que se confirma la impresión inicial del excelente resultado de la cirugía plástica a la que fue sometido, ya que los cambios objetivos con respecto al presente, salvo los relacionados con la edad, son mínimos. Confrontado con este hecho, el paciente reconoce que las secuelas no son perceptibles, pero insiste en la sensación subjetiva de malestar. En relación con esto, expresa ideas de muerte, sin planificación autolítica clara, aunque nunca ha llevado a cabo una tentativa suicida.

A la exploración, el paciente presenta un aspecto extravagante y poco adecuado, con abundancia de adornos extraños, como las uñas de ambos dedos meñiques (y no el resto) largas y pintadas de rojo intenso, llamativos anillos de oro en todos los dedos de las manos, cadenas y colgantes también de oro. Al preguntársele por el significado de este arreglo tan peculiar, contesta que cada uno de los objetos tiene un importante significado sentimental: los anillos los adquirió con el dinero ahorrado de dejar de fumar, como símbolo de su fuerza de voluntad, las uñas pintadas son un recuerdo de su hermana, que se las pintó de ese modo para gastarle una broma y él lo tomó como un rasgo distintivo propio. Sobre este tema, mantiene también ideas peculiares sobre la importancia de distinguirse de los demás por el aspecto externo, hasta el punto de afirmar que, si otra persona llevase los mismos adornos que él, se los quitaría a pesar de su significado, porque no podría soportar ser igual que otro.

## Depresión tras cirugía reparadora facial: ¿un caso de trastorno dismorfofóbico corporal?

Las funciones superiores aparecen conservadas, con buena memoria tanto para hechos recientes como remotos, en especial en torno al tema del accidente, volviéndose su discurso más vago cuando se le pregunta por otros aspectos de su vida, como sus relaciones familiares. Se muestra desconfiado y suspicaz al inicio de la entrevista, aunque colaborador, si bien esta actitud cede a lo largo de la misma. Expresa quejas de bajo ánimo, con predominio de apatía, abulia, clinofilia, anhedonia y tedio vital más que sensación de tristeza franca. Sus campos de intereses se encuentran muy restringidos, sin hacer apenas vida social ni intelectual, aunque afirma haber leído sobre filosofía y sociología cuando residía en Suiza, sus conocimientos parecen superficiales y estereotipados.

Presenta un alto concepto de sí mismo, sobrevalorando sus logros y capacidades, en relación también con su deseo de diferenciarse de los demás. Como actividades que le resultan placenteras, está el cuidado de un coche deportivo (un Pontiac) que adquirió con la indemnización percibida por el accidente, al que llama por el apelativo cariñoso de “a Nena”, y del que habla casi como si de un ser humano se tratara, sin llegar a constituir ideación delirante. No se objetivan tampoco otras alteraciones sensorio-perceptivas o delusivas. El patrón de sueño aparece alterado, durmiendo durante la mayor parte del día y permaneciendo despierto durante la noche.

### Exploración complementarias y evaluación psicométrica

1. Se le administra al paciente un test de personalidad por parte de la psicóloga clínica de la Unidad (MPI) en el que destacan los rasgos paranoicos y esquizoideos, aunque manteniéndose dentro de la media, lo que contrasta fuertemente con la impresión clínica de personalidad extravagante y peculiar.

2. Administración de tests neuropsicológicos (TAA-V de Rey, selección de pruebas del PIEN, TCFC de Rey, JOL-H, TRV de Benton, TMT y Letras y Números y Semejanzas del WAIS-III), con los siguientes resultados:

- Orientación: adecuada en persona, espacio y tiempo.
- Atención: preservada.
- Lenguaje: repetición, denominación, lectura y comprensión lectora preservadas; fluidez verbal preservada.
- Memoria: Memoria de trabajo preservada; memoria auditivo-verbal con escaso rendimiento evocativo inmediato y demorado. Los déficits en evocación son mayores que los de almacenamiento, aunque en ambos el rendimiento es inferior al esperado por edad. No utiliza estrategias mnemotécnicas; no fabulaciones. En reconocimiento los errores existentes son de falsos positivos. Memoria visual inmediata preservada; la reproducción demorada con figuras complejas gravemente afectada, con ausencia de estructura.
- Función visoespacial: preservada.

Procesos ejecutivos: preservados.

- Procesos aritméticos: preservados.
- Capacidad de abstracción: preservada.
- Estado afectivo: clínica depresiva, con tendencia al aislamiento social, clinofilia y apatía.

*Juicio clínico:* destaca la afectación en la memoria tanto auditivo-verbal como visual. Dificultades para la integración de la información de forma organizada. No afectación en otras áreas.

3. Se le realiza una RMN, que muestra atrofia bifrontoparietal, lo que es coherente con el examen neuropsicológico.

4. Bioquímica: GGT 123 UI/L; Lipasa 302 UI/L; Amilasa total 115 UI/L; Fosfatasa

alcalina 179 UI/L Resto dentro del rango de la normalidad.

5. Hemograma: Plaquetas  $95 \times 10^3$ /mL; resto normal.

6. Radiografía de Tórax: sin alteraciones.

7. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 81 lpm. TA 127/91; FC 87 lpm.

### Estrategias terapéuticas

Se han ensayado diversas estrategias terapéuticas con el paciente, incluyendo varios antidepressivos a dosis plenas y durante varios meses (duloxetina 60 mg/día, sertralina 100 mg/día, fluvoxamina 50 mg/día, paroxetina 40 mg/día) así como antipsicóticos atípicos para control de la sintomatología ansiosa y el insomnio (risperidona hasta 3 mg/día y olanzapina hasta 5 mg/día). En todos los casos se ha objetivado la falta de respuesta, aunque cabe la duda sobre la correcta cumplimentación terapéutica.

Por otro lado, se ha abordado el caso desde la perspectiva de la dependencia alcohólica, con aversivos como el disulfiram y la carbimida y clometiazol para control de los síntomas de abstinencia. En este aspecto, la abstinencia alcohólica se mantuvo durante varios meses, si bien en el momento actual el paciente ha reiniciado consumo.

Por último, desde el punto de vista psicoterapéutico, se ha llevado a cabo un abordaje cognitivo-conductual, con escasa respuesta.

### Discusión

Aunque la queja principal del paciente es de tipo depresivo, predominando los sentimientos de apatía y anhedonia, la aparición de esta clínica depresivoide tras el accidente, junto con el relato que reiteradamente hace el paciente de sus sentimientos de extrañeza tras la reconstrucción, verbalizando una y otra vez que la actual “no es su cara”, nos hacen considerar en

este caso el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal.

Este trastorno, descrito por primera vez por Morselli en 1886 se caracteriza por la preocupación excesiva por un defecto físico mínimo o inexistente, generalmente en el área facial. Su prevalencia en la población general es de un 0,1 a un 2,2%<sup>1</sup>. Se diagnostica habitualmente en la adolescencia, y su curso sin tratamiento es crónico<sup>2</sup>. Las partes del cuerpo más frecuentemente implicadas son la cara (nariz, orejas) y el cabello, pero también manos, pies u órganos genitales<sup>3</sup>. Hasta en un 80% de los pacientes afectados de TDC aparecen ideas de suicidio, y entre un 24 y un 28% realizan algún gesto autolítico<sup>4</sup>. Se considera en la actualidad englobado dentro de los trastornos del espectro TOC, y se describen la posible presencia de síntomas psicóticos.

Aunque la causa de este trastorno es desconocida, se barajan diversas teorías, entre las que se halla una hipofunción temporoparietal que afecta al reconocimiento facial<sup>5</sup>. A favor de esta hipótesis se encuentra la descripción de casos de TDC de debut más allá de la primera edad adulta, en pacientes con lesiones frontotemporales<sup>6</sup>. También se ha observado, en pacientes con daños a nivel frontotemporal, la presencia de hiperesquematia, esto es, el agrandamiento relativo de la parte contralateral de los objetos al dibujarlos. Una hipofunción de estas mismas zonas podría explicar, en el caso del TDC, la percepción distorsionada de determinadas partes de la anatomía en estos pacientes<sup>7</sup>.

En el caso que nos ocupa, aunque la familia informa que el TAC realizado tras el accidente, y del que no tenemos imágenes, era normal, la RMN hecha con posterioridad en nuestro complejo mostró una atrofia frontoparietal, congruente con los déficits hallados en la exploración neuropsicológica. Por otro lado, en un estudio revisado sobre el trastorno de identidad corporal, relacionado con el TDC, en el que los pacientes sienten que un miembro sano de su

cuerpo no les pertenece, de modo que desean que se les ampute, se han descrito alteraciones en el lóbulo parietal derecho y su conexión con la ínsula<sup>8</sup>, lo cual sería coherente con la imagen observada en el caso actual. En este paciente, resulta llamativo el deseo de que la reconstrucción no se hubiera llevado a cabo, así como la identificación con su rostro tras el accidente y no con su aspecto actual, lo que podría relacionarlo con el deseo de amputación en el trastorno de identidad e imagen corporal.

### Bibliografía

1. Fiori P, Giannetti LM. Body dysmorphic disorder: A complex and polymorphic affection. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009; 5:477-81. Epub 2009 Sep 15.
2. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry*. 2008 Sep; 165(9):1111-8.
3. Hunt TJ, Thienhaus O, Ellwood A. The mirror lies: body dysmorphic disorder. *Am Fam Physician*. 2008 Jul 15; 78(2):217-22.
4. Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry*. 2007 Dec; 14(12):58-66.
5. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Dec; 64(12):1417-25.
6. V. Gabbay, G.M. Asnis, J.A. Bello, C.M. Alonso, S.J. Serras and M.A. O'Dowd. New onset of body dysmorphic disorder following frontotemporal lesion. *Neurology* 2003; 61;123-125.
7. G. Rode, C. Michel, Y. Rossetti, D. Boisson and G. Vallar. Left size distortion (hyperschematia) after right brain damage. *Neurology* 2006; 67;1801-1808.
8. Brang D, McGeoch PD, Ramachandran VS. Apotemnophilia: a neurological disorder. *Neuroreport*. 2008 Aug 27; 19(13):1305-6.