

Complicación psiquiátrica de una rinoplastia

Jorge Andrés Niño García¹

Resumen

Introducción: La prevalencia del trastorno dismórfico corporal (TDC) se presenta, aproximadamente, entre el 1% y 2% de la población general, y en los pacientes que solicitan cirugía estética o tratamientos dermatológicos la tasa asciende hasta el 15%. *Objetivo:* Discutir el curso clínico de un paciente con TDC a quien se le realizó una rinoplastia. *Método:* Reporte de caso. *Resultados:* Se reporta el caso de un adolescente de 18 años, con preocupación constante por el tamaño de sus fosas nasales, con aislamiento social y familiar por temor a la evaluación negativa; es llevado a cirugía y en el posoperatorio presenta un episodio psicótico acompañado de síntomas de despersonalización. Durante la exploración psicopatológica en la hospitalización se encuentran elementos obsesivos y compulsivos. *Discusión y conclusión:* Es importante, por una parte, conocer el motivo que subyace en la decisión de buscar la cirugía estética y, por otra, realizar un diagnóstico oportuno de TDC no sólo para evitar problemas médicos legales o de decepción del paciente y del equipo médico después del procedimiento quirúrgico, sino también para iniciar una adecuada intervención en salud mental.

Palabras claves: trastorno dismórfico corporal, trastorno obsesivo compulsivo, cirugía estética.

Title: A Psychiatric Complication of a Rhinoplasty

Abstract

Introduction: The prevalence of body dysmorphic disorder (BDD) is estimated to be approximately between 1% and 2% of the general population and in patients seeking cosmetic surgery or dermatological treatments the rate rises to 15%. *Objective:* To discuss the clinical course of a patient with TDC who had a rhinoplasty. *Method:* Case Report. *Results:* We report the case of an 18-year-old adolescent, with concern about the size of his nasal passages associated with social and family isolation for fear of negative evaluation, whom is taken to surgery, presenting in the postoperative with a psychotic episode with symptoms of depersonalization. While exploring for psychopathology, obsessive and compulsive elements are found. *Discussion and conclusion:* It is important to know the reason behind the decision to seek cosmetic surgery and to diagnose TDC, not only to avoid legal problems for physicians or disappointment of the patient and the medical team after the surgical procedure, but to initiate an appropriate mental health intervention.

Keywords: Body dysmorphic disorder, obsessive compulsive disorder, plastic surgery.

¹ Médico psiquiatra. *Fellow* en Psiquiatría de Enlace. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, Clínica la Inmaculada. Bogotá, Colombia.

Introducción

Es importante tener en cuenta el cambio en la concepción de la belleza a través del tiempo. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, la belleza es la propiedad de las cosas que hace amarlas, infundiendo en nosotros un deleite espiritual; dicha cualidad, abstracta y subjetiva, está influenciada por la cultura. La belleza es parte universal de la experiencia humana, y, como se ha demostrado, su percepción produce placer e incrementa la probabilidad de apareamiento.

A principios del siglo XX se inicia la popularización de la belleza con la aparición de infinidad de revistas femeninas en cuyas portadas el 94% de las mujeres lucen delgadas, y se envían mensajes sobre cómo cambiar el aspecto y disminuir de peso. Además, el acceso a los medios audiovisuales y el ciberespacio facilita obtener información sobre procedimientos quirúrgicos. En esta propuesta de perfección corporal los tratamientos estéticos han tomado un auge creciente (1).

La cirugía estética es definida por la Asociación Médica Americana como un procedimiento quirúrgico para cambiar partes del cuerpo con el fin de mejorar la apariencia y la autoestima de un paciente.

Debido a la influencia cultural y al cambio en la concepción de la belleza, año tras año más personas optan por someterse a cirugía plástica, y en los Estados Unidos, por

ejemplo, llegaron a realizarse 11,7 millones de procedimientos en el año 2007, y eso muestra un incremento del 457% en comparación con los procedimientos de este tipo realizados en 1997 (2).

Muchos individuos con trastorno dismórfico corporal (TDC) solicitan procedimientos estéticos; entre ellos, la rinoplastia es uno de los procedimientos que más frecuentemente se realizan. Se estima en esta población de pacientes una prevalencia de TDC entre el 8% y el 15% (3,4).

Aplicando el modelo psicobiológico de las dimensiones de la personalidad desarrollado por Cloninger, Pecorari y cols. evaluaron a 54 sujetos que solicitaron rinoplastia, y encontraron que los pacientes que estaban muy preocupados y consumían más de 3 horas frente al espejo presentaban alta evitación del daño (5). Es importante tener en cuenta esta dimensión de la personalidad en la evaluación preoperatoria, por cuanto esta dimensión describe a sujetos inseguros, extremadamente cuidadosos y pasivos, que tienen mayor predisposición a desarrollar trastornos afectivos y ansiosos (6).

Reporte del caso

Un adolescente de 18 años, de género masculino, es llevado por su madre al servicio de urgencias del Hospital Universitario San Ignacio por presentar ansiedad y comportamiento hostil con posterioridad a una rinoplastia que se le practicó.

En la primera evaluación se encuentra a un paciente irritable, con ideas delirantes de perjuicio y fenómenos de despersonalización, se le hace un diagnóstico de trabajo de trastorno psicótico, se le hospitaliza, se le inicia tratamiento con haloperidol 4 mg y clonazepam 0,5 mg, y se solicitan paraclínicos: hemograma, función renal, TSH y serología, cuyos resultados se encuentran dentro de parámetros normales.

Al día siguiente el paciente relata que desde hace dos años le preocupa mucho el tamaño de sus fosas nasales, lo cual lo hace consumir más de dos horas diarias frente al espejo, mientras adopta posturas corporales compensatorias, como fruncir el ceño y mirar hacia abajo, pues trata de disimular el defecto percibido. Esto lo llevó posteriormente a encerrarse en su habitación y aislarse de sus familiares y amigos, por temor a ser víctima de burlas debido a su aspecto físico. Además, en los últimos ocho meses había experimentando tristeza la mayor parte del día, e ideas de minusvalía y desesperanza, por lo que solicita a sus padres ayuda económica para realizarse una rinoplastia, la cual fue llevada a cabo exitosamente 24 horas antes del ingreso a urgencias. Sin embargo, durante el periodo de recuperación el paciente escuchó que le habían extraído el hígado y el bazo.

A raíz de tal percepción se gesta en él una idea de perjuicio, que se

refuerza al no poder hablar con el cirujano que lo había operado. Esta idea se consideró delirante en la evaluación inicial, pero al confrontarlo la idea se reducía. Ese mismo día se aplicó la escala de despersonalización de Cambridge, que terminó en una puntuación final de 106, y se decidió concertar una reunión con el cirujano, incluyendo a los padres del paciente. Durante el tercer día de hospitalización se realiza la reunión, en la cual el cirujano explica el procedimiento quirúrgico que se le había hecho, y así se logró una remisión completa de la idea de perjuicio.

Al entrevistar a la familia se encontró que los padres se habían separado hacia cinco años; la madre había regresado a casa de sus padres con sus dos hijos, y allí la situación es compleja: no se ha elaborado el duelo por la muerte de un tío del paciente que se suicidó después de matar a su esposa; además, el paciente discute frecuentemente con su tía materna, debido a que ella presenta fluctuaciones frecuentes de su estado de ánimo. El padre adoptó una posición pasiva frente a la crianza: únicamente asume el rol de proveedor económico. También se encuentra que la dinámica familiar es un factor perpetuador de los síntomas del paciente, pues la madre refuerza a su hijo la idea de considerar más procedimientos estéticos para mejorar su apariencia física.

Se decide suspender el anti-psicótico, desmontar la benzodiazep-

pina e iniciar fluoxetina a dosis de 20 mg al día. En el cuarto y quinto días de hospitalización se amplía la exploración psicopatológica y se encuentran ideas obsesivas y compulsiones mentales.

Se concluye que el paciente presenta un trastorno dismórfico corporal, una comorbilidad con trastorno obsesivo compulsivo y una disfunción familiar, por lo cual se incrementa la dosis de fluoxetina a 40 mg, se socializa el modelo cognitivo conductual, se propone una intervención sistémica a la familia, y se programa el alta para el día siguiente, con seguimiento ambulatorio.

Discusión

Nuestro paciente es un adolescente de 18 años, de género masculino, cuya psicopatología hacen pensar en un trastorno dismórfico corporal (TDC), entidad que describe la preocupación por un defecto imaginario en la apariencia o ansiedad desproporcionada ante una ligera deformidad, que produce marcado sufrimiento y suscita deficiencias en el desempeño social, familiar y laboral.

Inicialmente, este trastorno fue clasificado como una presentación atípica de los trastornos somatomorfos en la tercera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de 1980, pero en la edición revisada de 1987 se le dio el nombre oficial de trastorno

dismórfico corporal y se reconoció como una entidad independiente, además de incluirse dos variantes: delirante y no delirante, cuyos límites en la actualidad son poco claros (7).

Los síntomas se habían iniciado dos años antes, lo que concuerda con los datos epidemiológicos; según la literatura, la edad de presentación se da en la adolescencia tardía, a los 16,4 +/- 7 años, y la edad de aversión por el aspecto físico a los 12,9 +/- 5 años (8). La prevalencia del TDC es similar en hombres y mujeres (9): se estima que afecta, aproximadamente, a entre el 1% y 2% de la población general, y en los pacientes que solicitan cirugía estética o tratamientos dermatológicos la tasa asciende hasta un 15% (3,4,10).

Otro aspecto importante es que nuestro paciente se encerró en su habitación, dejó de ser productivo, abandonó las actividades de socialización y no continuó sus estudios. Según se ha observado, los sujetos que padecen TDC, con o sin comorbilidad de trastorno obsesivo compulsivo, presentan mayor aislamiento social y mayor deterioro en el nivel de funcionamiento, por lo cual puntúan, en promedio, entre 40 y 50 en la escala de funcionamiento global, al compararlos con sujetos que sólo presentan trastorno obsesivo compulsivo (11,12).

En nuestro caso, el paciente estaba preocupado por el tamaño de sus fosas nasales. Se ha observado

que la piel (en el 80% de los casos) es la parte del cuerpo que más genera preocupación a lo largo de la vida, seguida por el pelo (57,5%) y, en tercer lugar, la nariz (39%), aunque, por lo general, los pacientes involucran más de una parte del cuerpo (8).

Nuestro paciente solicitó colaboración económica a sus padres para realizarse la rinoplastia. Es habitual que los pacientes con TDC tiendan a consultar primero a dermatólogos o cirujanos plásticos cuando tienen la intención de someterse a tratamientos médicos y quirúrgicos con el fin de corregir sus deformidades, pero después de múltiples intervenciones están insatisfechos con los resultados. Para el equipo médico, en algunos casos es difícil diferenciar qué pacientes se beneficiarían de una cirugía plástica, por lo cual es importante preguntar al paciente sus expectativas frente al procedimiento solicitado, el grado de insatisfacción en relación con el defecto percibido y el tiempo que gasta pensando en ello (13).

Como observamos, la familia y el entorno social son factores importantes que influyen en el comportamiento y las distorsiones cognitivas de nuestro paciente. Se han descrito dos teorías para explicar los mecanismos involucrados en el TDC: una de ellas, el modelo del aprendizaje social, enfatiza en cómo una persona puede aprender que el atractivo físico conlleva una recompensa. A los niños y adolescentes se les ense-

ña que el atractivo es necesario para alcanzar el éxito, son bombardeados por anuncios para comprar cosméticos o someterse a procedimientos quirúrgicos con el fin de alcanzar la meta de ser bellos.

Actualmente es difícil encontrar a una persona fea presentando un programa de televisión o actuando en una película. Además, en los programas de telerrealidad (reality shows) se premian transformaciones radicales. Este tipo de aprendizaje le da al individuo la confirmación de que la apariencia es un rasgo importante valorado en la sociedad. Mientras, en el modelo propuesto por Neziroglu (14) se enfatiza en la evaluación y el condicionamiento operante, tanto como en el rol de las relaciones interpersonales en el desarrollo de las creencias irracionales.

Los individuos con TDC interpretan de manera ambigua las claves ambientales, perciben, procesan y recuerdan de modo parcial la información de su ambiente inmediato, tienen dificultades para identificar la expresión emocional de otros individuos y creen que otros los miran con desaprobación, por lo cual se ha sugerido que esta predisposición puede jugar un rol central en cómo las experiencias en etapas tempranas de la vida son procesadas y almacenadas, y contribuyen así al desarrollo y mantenimiento del TDC. Además, se ha observado que estos sujetos tienen mayor prevalencia de abuso en la infancia, experiencias

negativas y enfermedades de piel, como acné y psoriasis.

Otro aspecto importante en el condicionamiento es que los pacientes con TDC reportan haber querido ser los más atractivos del colegio, tener citas exitosas, y otras experiencias, a las cuales dan una importancia exagerada (14).

En relación con las distorsiones cognitivas, el paciente expresó en una sesión: “Es necesario verme bien para poder ser un estudiante distinguido en la universidad: si no me operaban la nariz no podía seguir estudiando ni volver a salir”.

Las creencias irracionales sobre la importancia de la apariencia física y el valor propio que frecuentemente se reportan en la literatura son: “Si no soy atractivo, no podre ser feliz”, “Si no soy atractivo, estaré solo el resto de mi vida”, “Si soy atractivo podré obtener todo lo que desee”, “Ser atractivo es lo más importante”, “No vale la pena vivir a menos que sea atractivo”. Todas ellas conforman un patrón vicioso de expectativas poco realistas, generan angustia cuando no se pueden reunir o alcanzar esas expectativas tras múltiples intentos de arreglar su aspecto físico, y eso, finalmente, lleva a las personas a evitar situaciones en las cuales tengan que exponerse (15).

Existen fuertes asociaciones implícitas entre la apariencia física y las competencias: si los pacientes se perciben como poco atractivos, es posible que también se consideren in-

competentes, y esto, a su vez, predice la severidad de los síntomas depresivos que se asocian al TDC (15).

El TDC podría explicarse, entonces, como una intensificación de las preocupaciones normales por la apariencia, donde el factor determinante estaría en la concepción aprendida, exaltada e hipervalorada de la belleza, que genera una discrepancia entre la imagen corporal ideal y la imagen corporal real, la cual se manifiesta en autoesquemas de defectuosidad/vergüenza (16).

Una forma de esquematizar el proceso cognitivo sería el siguiente:

- Percepción de ser poco atractivo (expectativas no realistas de la apariencia)
 - “Soy feo”
- Percepción de tener pocas competencias
 - “Soy un tonto; soy incompetente”
- Focalización de la atención en el (los) defecto(s) percibido(s)
- Evaluación negativa de sí mismo
- Temor a la evaluación negativa de otros
- Interpretación errónea de la expresión facial de otras personas
- Ansiedad, vergüenza, tristeza
- Estrategias maladaptativas que intentan arreglar o mejorar la apariencia
 - Conductas evitativas
 - Mirarse excesivamente en el espejo
- Aislamiento

Otro punto por considerar son los síntomas psicóticos experimentados por el paciente, y que fueron el principal motivo para consultar a urgencias: más del 50% de los pacientes que padecen TDC presentan ideas delirantes durante un periodo significativo (8).

Un diagnóstico diferencial para tener en cuenta sería el trastorno delirante subtipo somático, pero en este trastorno la convicción de la creencia alcanza la intensidad de idea delirante, el curso es crónico, y es clara la falta de introspección. Por otra parte, el trastorno dismórfico corporal delirante responde a antidepresivos, la idea delirante en él es transitoria y las variables sociodemográficas son similares entre las dos variantes del TDC (17).

Durante la hospitalización se documentaron síntomas depresivos, ideas obsesivas y compulsiones; estos últimos reunían criterios de trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Se ha encontrado, además, alta comorbilidad del TDC con trastorno depresivo mayor, abuso de sustancias psicoactivas, trastorno de ansiedad social y trastorno obsesivo compulsivo; no así con otros trastornos somatomorfos, pese a que el TDC se encuentra clasificado en este grupo de trastornos mentales (8). Esta es una de las razones por las cuales se discute en la actualidad si sería mejor clasificar el TDC en el espectro del trastorno obsesivo compulsivo.

Otros argumentos que se han dado son: la preocupación constante

por la apariencia física es descrita como obsesiva, los pensamientos son recurrentes e intrusivos, difíciles de resistir y causan ansiedad, comportamientos evitativos y repetitivos; también, la similitud en las variables sociodemográficas y en la respuesta al tratamiento con altas dosis de antidepresivos y exposición con prevención de respuesta. Sin embargo, se considera que el TDC no sólo es un subtipo del TOC, por las diferencias que se observan en la presentación clínica, como la mayor comorbilidad con trastornos de ansiedad social, el mayor deterioro funcional, la mayor incidencia de comportamiento hostil; y, por último, el TDC tiende a ser egosintónico, mientras que el TOC es egodistónico (11,12).

Pasando a otro tópico, el 57,8% de los pacientes con TDC presenta ideación suicida, y el 28% tiene historia de intentos suicidas. En un estudio prospectivo llevado a cabo por Phillips y colaboradores, en el cual se siguió a 185 pacientes durante 4 años, el 2,6 % de ellos intentaron suicidarse, y el 0,3%, efectivamente, se suicidaron (18). El mismo grupo de investigadores observó en un grupo de 67 pacientes que el uso de fluoxetina no empeoró la ideación suicida ni aumentó el número de intentos suicidas: por el contrario, parecía ejercer un factor protector.

En nuestro caso, al paciente se le prescribió fluoxetina y egresó con una dosis de 40 mg en la mañana, pero la intención era continuar el

incremento hasta llegar a una dosis de 80 mg, pues, tal como se ha mencionado, la respuesta terapéutica se alcanza a dosis promedio de 77 mg (19). Además del tratamiento farmacológico, se le propuso al paciente una terapia cognitivo-conductual, exposición con prevención de respuesta, y terapia familiar, debido a la complejidad del cuadro clínico, acorde con las recomendaciones reportadas en la literatura sobre el beneficio de una intervención multimodal (20).

Conclusión

Un porcentaje significativo de los pacientes que solicitan cirugía plástica presentan trastorno dismórfico corporal. Realizar el diagnóstico es una tarea difícil, debido a que los pacientes buscan corregir ligeras imperfecciones o mejorar los rasgos normales; por tanto, calificar cuándo un rasgo es anormal o potencialmente corregible resulta algo bastante subjetivo.

Es importante la presencia del psiquiatra de enlace en dicho escenario, para realizar un diagnóstico oportuno, proporcionar un tratamiento adecuado y evitar un desenlace negativo, como el desplazamiento del síntoma, la insatisfacción con el resultado obtenido y el comportamiento hostil hacia el cirujano.

Referencias

1. Luna I. Mujer, belleza y psicopatología. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2001;30(4):383-8.
2. Haas CF, Champion A, Secor D. Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature. *Plast Surg Nurs.* 2008;28(4):177-82.
3. Sarwer D, Wadden T, Pertschuk M, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic Reconstr Surg.* 1998;101(6):1644-9.
4. Crerand CE, Phillips KA, Menard W, Fay C. Non psychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005;46(6):549-55.
5. Pecorari G, Gramaglia C, Garzaro M, Abbate-Daga G, Cavallo GP, Giordano C, et al. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: preliminary data. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* In press.
6. Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, et al. Evaluating the state dependency of the temperament and character inventory dimensions in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord.* 2002;69(1-3):31-8.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. TR. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
8. Phillips K, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic, characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatic.* 2005;46(4):317-25.
9. Phillips K, Diaz S. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(9):570-7.
10. Crerand C, Franklin M, Sarwer D. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7):167e-80e.
11. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry.* 2004;19(5):292-8.
12. Phillips K. Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. *CNS Drugs.* 1995;3(1):30-40.

13. Jakubietz M, Jakubietz R, Kloss D, Gruenert J. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(6):1924-30.
14. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2008;5(1)28-38.
15. Buhlmann U, Teachman B, Naumann E, Fehlinger T, Rief W. The meaning of beauty: Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord.* 2009;23(5):694-702.
16. Veale D. Advances in a cognitive-behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2004;1(1):113-25.
17. Castle DJ, Rossell SL. An update on body dysmorphic disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2006;19(1):74-8.
18. Phillips K, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 2006;163(7):1280-2.
19. Phillips K, Kelly M. Suicidality in a placebo-controlled fluoxetine study of body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2009;24(1):26-8.
20. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. Therapeutic approaches to body dysmorphic disorder. *Brief Treatment and Crisis Interventions.* 2003;3(3):307-22.

Conflicto de interés: el autor manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 2 de mayo del 2009

Aceptado para publicación: 28 de septiembre del 2009

Correspondencia

Jorge Andrés Niño García

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Pontificia Universidad Javeriana

Hospital San Ignacio

Carrera 7ª No. 40-62

Bogotá, Colombia

nino-jorge@javeriana.edu.co