



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Detección de trastorno dismórfico corporal en pacientes con acné: estudio piloto



S.E. Marron^{a,b,*}, T. Gracia-Cazaña^{b,c}, A. Miranda-Sivelo^d, S. Lamas-Diaz^e
y L. Tomas-Aragones^{b,f}

^a Departamento de Dermatología, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^b Grupo de Investigación en Psicodermatología de Aragón, Instituto de Ciencias de la Salud de Aragón, Zaragoza, España

^c Departamento de Dermatología, Hospital de Barbastro, Barbastro, España

^d Departamento de Psiquiatría, Hospital de Segovia, Segovia, España

^e Departamento de Estadística, Universidad de San Jorge, Zaragoza, España

^f Departamento de Psicología, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

Recibido el 24 de junio de 2018; aceptado el 3 de agosto de 2018

Disponible en Internet el 30 de octubre de 2018

PALABRAS CLAVE

Trastorno dismórfico corporal;
Detección;
Pacientes con acné

Resumen

Introducción: El trastorno dismórfico corporal (TDC) es una enfermedad mental difícil de diagnosticar; puede causar una gran cantidad de sufrimiento, y el tratamiento a menudo es complejo y desafiante.

Material y método: La población de estudio comprendía 81 pacientes ambulatorios dermatológicos consecutivos que cumplían los criterios de inclusión para la participación. Fueron tratados en hospitales en zonas urbanas (Zaragoza) y rurales (Alcañiz). Es un estudio piloto prospectivo y observacional. Se utilizaron como instrumentos de evaluación: a) La escala de gradación del acné de Cook y b) El Cuestionario de Trastorno Dismórfico Corporal (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire, BDDQ) (traducción al español). Los posibles casos de TDC se identificaron mediante 2 criterios: 1) Un resultado positivo en el BDDQ (4 puntos positivos y una pregunta de exclusión negativa); y 2) Escala de gradación del acné de Cook que reflejó lesiones no perceptibles/leves (los criterios más estrictos) o lesiones moderadas (criterios menos estrictos)

Resultados: El rango de edad de los pacientes era de 13 a 43 años. La edad promedio fue 19 con una desviación estándar de 6,2. De los 81 participantes, el 54,3% eran mujeres y el 45,7% eran hombres. El 61,7% vivía en el área rural cubierta por el hospital de Alcañiz y el 38,3% era del área urbana atendida por el Hospital Universitario de Zaragoza. Cuando se aplicaron criterios más restrictivos con respecto a la gravedad de la afección (solo los pacientes con acné leve), el proceso de detección de BDDQ resultó en una tasa de prevalencia de TDC del 8,6% (7 pacientes); si los criterios fueron menos restrictivos (incluidos los pacientes con lesiones moderadas), la tasa fue del 14,8% (12 pacientes).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: semarron@aedv.es (S.E. Marron).

KEYWORDS

Body dysmorphic disorder;
Screening;
Acne patients

Discusión: Vale la pena recordar que los pacientes con TDC que participaron en este estudio pasan un promedio de 2 h al día pensando y preocupándose por su apariencia. Este hecho es un recordatorio de la importancia de diagnosticar y tratar correctamente el TDC ya que la afección claramente tiene un impacto serio y negativo en las vidas de los afectados.

© 2018 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Screening for Body Dysmorphic Disorders in Acne Patients: A Pilot Study

Abstract

Introduction: Body dysmorphic disorder (BDD) is a mental health condition that is difficult to diagnose; it can cause a great deal of suffering, and treatment is often complex and challenging. *Material and method:* The study population comprised 81 consecutive dermatology outpatients who met the inclusion criteria for participation. Participants were treated at hospitals in both urban (Zaragoza) and rural areas (Alcañiz). The project was based on a prospective and observational pilot study. Assessment instruments used: Cook's Acne Grading Scale and Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) (Spanish translation).

Possible cases of BDD were identified by means of 2 criteria: 1) A positive result in the BDDQ (4 positive points and a negative exclusion question); and, 2) A Cook's Acne Grading Score that reflected non-noticeable/mild lesions (the most stringent criteria) or moderate lesions (least stringent criteria)

Results: The age range of the patients was from 13 to 43 years old. The average age was 19 with a standard deviation of 6.2. Of the 81 participants, 54.3% were women. 61.7% were seen in a rural hospital (Alcañiz Hospital) and 38.3% in an urban one (University Hospital of Zaragoza). When more restrictive criteria regarding the seriousness of the condition were applied (only patients with mild acne), the BDDQ screening resulted in a positive BDD prevalence rate of 8.6% (7 patients); if the criteria were less restrictive (including patients with moderate lesions), the rate was 14.8% (12 patients).

Discussion: Patients who screened positive for BDD reported spending an average of 2 hours a day thinking and worrying about their appearance. These results highlight the importance of screening for possible cases of BDD in order to follow up these patients and recommend they be seen by a mental health specialist to confirm the diagnose and offer treatment for the disorder. BDD has a serious and negative impact on the lives of those affected.

© 2018 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es una enfermedad mental de difícil diagnóstico; puede ocasionar mucho sufrimiento y, a menudo, su tratamiento es complicado y desafiante. El principal síntoma es un sentimiento subjetivo de fealdad o de defecto físico que, según el paciente, es evidente para los que le rodean, pero que no concuerda con la realidad ya que su apariencia está dentro de los parámetros de normalidad¹. Para el DSM-IV el diagnóstico se confirma cuando el paciente padece bien angustia clínicamente significativa, bien deterioro funcional².

Los individuos con TDC están preocupados con su aspecto externo, se ven poco atractivos llegando a sentirse incluso horrorosos. Aunque su atención se suele centrar en la cara o la cabeza, también pueden preocuparse por cualquier otra parte del cuerpo, o por todo el cuerpo. La aprehensión relacionada con la apariencia es difícil de controlar y las personas con este trastorno emplean muchas horas angustiosas observándose en el espejo y tratando de ocultar el defecto o la imperfección percibida. Es una enfermedad crónica y

estresante que puede dar lugar a graves problemas sociales, académicos y familiares³.

El TDC está infradiagnosticado ya que los pacientes se avergüenzan de hablar sobre sus síntomas por lo que es fácil que se pase por alto si no se estudia de manera específica⁴. La prevalencia del TDC en la población general está en aproximadamente el 2%⁵. Las tasas de prevalencia más altas se han registrado entre la población adolescente (3,6%)⁶. La prevalencia en centros clínicos dermatológicos se encuentra entre el 10% y el 12%⁷.

Aunque el inicio del TDC suele suceder en la adolescencia, el diagnóstico suele establecerse después de muchos años de sufrimiento. Esto es debido a que a menudo el TDC no es identificado y muchos jóvenes buscan tratamiento médico no psiquiátrico, principalmente de dermatólogos y cirujanos⁴.

Existen diferentes vínculos entre el acné y el TDC:

- 1) Del desarrollo: la edad promedio de inicio (16 años) coincide con la de aparición de acné en la adolescencia⁸;
- 2) Fenomenológico: la imagen corporal se asienta fundamentalmente en la piel; el acné en el rostro es el motivo de preocupación más frecuente⁹;

- 3) Comportamientos compulsivos: el 93% de los pacientes con TDC y excoriación compulsiva están relacionados con el acné¹⁰. El 64% de los casos de TDC que se acompañan de tanorexia están asociados al acné¹¹.

Los jóvenes con acné constituyen un grupo de riesgo por lo que deben ser evaluados de TDC por los dermatólogos. En las consultas externas dermatológicas no se pregunta por asuntos relacionados con la apariencia externa por lo que el desorden puede no ser detectado. Se debe ofrecer psicoeducación a los pacientes, así como la posibilidad de referirlo a un especialista en salud mental.

El objetivo de este trabajo fue llevar a cabo un estudio piloto para la evaluación de TDC en pacientes con acné en las consultas externas de dermatología y observar la posible relación existente entre los casos de TDC y las variables sociodemográficas y clínicas.

Métodos

Muestra

Participaron en el estudio pacientes externos de dermatología consecutivos que cumplieran los criterios de inclusión y que habían dado su consentimiento. De febrero a mayo de 2013 se llevó a cabo el reclutamiento de los pacientes procedentes de 2 hospitales públicos, uno de ámbito urbano en Zaragoza y el otro rural en Alcañiz.

Los criterios de inclusión fueron: (i) un diagnóstico de acné *vulgaris*; (ii) consentimiento informado y rubricado de participación voluntaria; (iii) ausencia de cualquier dificultad en el lenguaje o disfunción intelectual.

El estudio PI13/0004 fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón el 23 enero de 2013 y fue llevado a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Diseño

El proyecto se basó en un estudio piloto prospectivo y observacional.

El dermatólogo registró la información sociodemográfica básica (sexo, edad y lugar de residencia), y recopiló la información clínica relacionada: edad de aparición del acné, duración, gravedad (media, moderada o grave, según la escala de Cook) y localización de las lesiones (visible/no-visible, áreas de piel). También se les preguntó sobre temas específicos relativos a la apariencia para poder identificar posibles casos de TDC (Cuestionario Body Dysmorphic Disorder [BDDQ]). Se proporcionó información sobre el TDC a todos aquellos pacientes que dieron respuestas positivas a este cuestionario y fueron referidos a un especialista en salud mental.

Instrumentos de evaluación

Escala de gradación del acné de Cook: En 1979, Cook et al. evaluaron la gravedad general del acné en una escala de 0-8, según estándares fotográficos que ilustraban los grados

0, 2, 4, 6 y 8. También utilizaron una escala de 9 puntos para comedones, pápulas y máculas en la cara¹².

BDDQ (traducción al español): El BDDQ es un cuestionario autoadministrado, derivado de los criterios DSM-IV para TDC. Fue desarrollado por Phillips como instrumento de detección de TDC. Posee una validez concurrente buena con una tasa de sensibilidad del 94%, una especificidad del 90% y una razón de verosimilitud de 9,4^{3,13}.

Cribado de trastorno dismórfico corporal

Para la identificación de los posibles casos de TDC se siguieron 2 criterios: 1) Resultado positivo en el BDDQ (4 puntos positivos y una pregunta de exclusión negativa); y 2) Una puntuación en la Escala Cook que reflejara lesiones no identificables/leves (el criterio más estricto) o lesiones moderadas (el criterio menos estricto).

Análisis estadístico

El análisis descriptivo de las variables cuantitativas incluyeron la distribución de frecuencias correspondientes; también se calcularon las medias y las desviaciones estándar (DE). Para el análisis bivariante se emplearon las tablas de contingencia y la prueba del Chi cuadrado se usó para identificar las relaciones existentes entre las variables cualitativas. Para identificar las posibles diferencias existentes entre las medidas de tendencias centrales de los grupos comparados, y dependiendo de si seguían una distribución normal, se usaron bien la T de Student o la prueba U de Mann-Whitney. La significación estadística fue del 5% y se usó para el análisis estadístico el software SPSS® versión 16.

Resultados

Características clínicas

La población de estudio incluyó 81 pacientes. El rango de edad abarcaba desde los 13 a los 43 años. La edad media fue de 19 años (DE: 6,2), el 54,3% eran mujeres y el 45,7% hombres. El 61,7% vivían en el área rural cuya atención estaba cubierta por el hospital de Alcañiz, y el 38,3% pertenecían al ámbito urbano atendido por el Hospital Universitario de Zaragoza.

La edad media de aparición del acné fue de 14,9 años (DE: 4,1). En un 71,6% de los pacientes, la aparición del acné fue temprana (< 16), mientras que en el 28,4% fue de instauración tardía. La duración media de la enfermedad fue de 4,4 años (DE: 3,6).

El 92,6% de los pacientes tuvieron lesiones de acné en el rostro, el 58% en el cuello, el 19,8% en la región pectoral y el 4,9% en otras partes del cuerpo. El 66,7% de las lesiones se localizaron en áreas visibles. Casi la mitad de los 81 casos estudiados (48,1%) se clasificaron como acné leve, el 33,3% moderado y el 18,5% grave. Cuando se usaron criterios restrictivos en relación con la gravedad del cuadro (únicamente los pacientes con acné leve), el BDDQ arrojó una prevalencia del 8,6% de TDC (7 pacientes); en cambio, con criterios de valoración menos restrictivos (también se

incluían pacientes con lesiones moderada), la tasa fue del 14,8% (12 pacientes).

Análisis comparativo de los pacientes con valoración trastorno dismórfico corporal positivo frente a aquellos con resultados negativos

Desde un punto de vista cuantitativo o cualitativo (aparición temprana/tardía) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, lugar de residencia (rural o urbano) o edad de aparición del acné.

El período de tiempo de duración del acné fue significativo en cuanto a un resultado positivo en el BDDQ; ($p=0,034$; $6,4 \pm 5$ años vs. 4 ± 3 años). En cuanto a la edad de los participantes, existe un resultado positivo en el proceso de valoración ($p=0,06$; $22,4 \pm 8,4$ años vs. $18,8 \pm 5,6$ años).

Con relación a la localización de las lesiones (visibles/no visibles; en manos, cuello o espalda), no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

La localización del acné en el pecho fue significativa: el 42% de los casos con BDDQ positivo presentaron acné en el pecho, en comparación al 10% de las puntuaciones negativas.

Los pacientes positivos al TDC invertían una media de 2 h al día preocupados por su aspecto, lo que contrasta enormemente con aquellos que mostraron unos resultados de valoración negativos (30 min) ($p=0,005$).

Discusión

La prevalencia del TDC encontrada en los pacientes con acné sometidos a nuestro programa de valoración fue parecida a las tasas encontradas en otros estudios llevados a cabo con pacientes con acné y las poblaciones dermatológicas generales. Uzun et al.¹⁴ indicaron una prevalencia del TDC del 9% entre los pacientes con acné leve, unos resultados casi iguales a los de este estudio (8,6%). En otro estudio en pacientes con acné y TDC, Bowe et al.¹⁵ encontraron una prevalencia situada entre el 14 y el 21% dependiendo del criterio de gravedad del acné empleado. La investigación sobre la población dermatológica general ha puesto de manifiesto una prevalencia del TDC del 6% y del 12%^{7,9}, parecida a la encontrada en nuestro trabajo.

Como hemos mencionado anteriormente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes TDC y no-TDC con las variables de duración del cuadro de acné y la edad de detección (no aparición de acné). Es posible que el TDC solo pueda ser identificado clínicamente después de que el paciente lleve sufriendo un cierto tiempo y que este tenga una edad determinada; también es posible que este trastorno se manifieste de forma subclínica y los test de valoración sean incapaces de detectar el problema. Aunque el TDC subsindrómico puede comenzar a la edad de 13 años, la enfermedad es significativamente más prevalente entre los 15-18 años que entre los 12-14 años, por lo tanto, cuando aparece un TDC relacionado con la preocupación causada por el acné es probable que exista un intervalo de tiempo antes de que los síntomas se desarrollen completamente y de que el diagnóstico pueda ser confirmado⁸.

Este estudio encontró una asociación significativa entre TDC y la presencia de acné en el pecho. Todos los pacientes

con valoración positiva de TDC que tenían acné en el pecho eran mujeres, lo que es un reflejo de la importancia que tiene esta región corporal para la imagen corporal femenina. A pesar de que no se encontraron diferencias significativas entre la población de estudio general con respecto al sexo y el TDC, en el caso de esta variable particular no parece haber lugar a dudas.

Esta investigación no está exenta de limitaciones. En primer lugar, un mayor tamaño de población hubiera tenido un mayor peso estadístico. En segundo lugar, el empleo de una escala de gravedad del acné en vez del uso de las categorías leve, moderada o grave hubiera mejorado el sistema de selección de pacientes con TDC. Estos 2 hechos deben ser tenidos en cuenta en el desarrollo de un proyecto futuro y hay que subrayar que este estudio fue diseñado como estudio piloto inicial.

En conclusión, es importante recordar que los pacientes valorados como positivos para la TDC en nuestro estudio invierten una media de 2 h al día pensando y preocupándose por su apariencia externa. Este hecho es un recordatorio de la importancia que tiene diagnosticar y tratar correctamente el TDC ya que tiene un impacto claro, serio y negativo en la vida de las personas afectadas por el mismo. En palabras de Enrico Morselli, que fue el autor que describió por primera vez el trastorno: «La vida del paciente dismórfico es realmente desdichada; en medio de sus rutinas diarias, conversaciones, mientras están leyendo, comiendo, en cualquier lugar y en cualquier momento, están atrapados por la duda de la deformidad...»¹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Boll Reale Accad Med Genova*. 1891;6:110-9.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. Phillips KA. *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Nueva York: Oxford University Press; 2005.
4. Phillips KA, Didie ER, Feusner J, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder: Treating an underrecognized disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1111-8.
5. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brähler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychol Med*. 2006;36:877-85.
6. Möllmann A, Dietel FA, Hunger A, Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. *Psychiatry Res*. 2017;254:263-7.
7. Ribeiro RVE. Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: A systematic review with meta-analysis. *Aesthetic Plast Surg*. 2017;41:964-70.
8. Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2013;54:893-903.
9. Dogruk Kacar S, Ozuguz P, Bagcioglu E, Coskun KS, Uzel Tas H, Polat S, et al. The frequency of body dysmorphic disorder in

- dermatology and cosmetic dermatology clinics: A study from Turkey. *Clin Exp Dermatol*. 2014;39:433–8.
10. Grant JE, Menard W, Phillips KA. Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28:487–93.
 11. Phillis KA, Conroy M, Dufresne EG, Menard W, Didie ER, Hunter-Yates J, et al. Tanning in body dysmorphic disorder. *Psychiatr Q*. 2006;77:129–38.
 12. Cook CH, Centner RL, Michaels SE. An acne grading method using photographic standards. *Arch Dermatol*. 1979;115:571–5.
 13. Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Res*. 2013;210:647–52.
 14. Uzun O, Basaglu C, Akar A, Cansever A, Ozsahin A, Cetin M, et al. Body dysmorphic disorder in patients with acne. *Compr Psychiatry*. 2003;44:415–9.
 15. Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE, Sarwer DB, Margolis DJ. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57:222–30.