
Relato de caso

Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e bulimia nervosa

Comorbidity of body dysmorphic disorder and bulimia nervosa

Antonio Leandro Nascimento¹, José Carlos Appolinário², Leonardo Franklin Fontenelle³

¹ Mestre em Psiquiatria pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ).

² Professor do PROPSAM do IPUB-UFRJ, psiquiatra do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do IPUB-UFRJ/Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE).

³ Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRJ.

Recebido: 30/7/2010 – Aceito: 14/2/2011

Resumo

Contexto: Insatisfação com a imagem corporal (IIC) é uma característica psicopatológica proeminente dos transtornos alimentares (TA), estando incluída nos critérios diagnósticos para anorexia nervosa e bulimia nervosa (BN). Portadores de TA podem apresentar IIC não relacionada ao peso, mas com a pele, os dentes e o nariz, entre outras. A presença de IIC não relacionada ao peso em portadores de TA pode levantar a possibilidade da existência de dois diagnósticos: o TA e o transtorno dismórfico corporal (TDC). **Relato de caso:** Relatamos neste artigo o caso de uma paciente portadora de BN que apresentou incômodo significativo com a aparência de seu rosto, chegando a afetar seu funcionamento social mais que o TA. **Conclusão:** Embora os sistemas classificatórios atuais sugiram que o TDC seja diagnosticado na presença de queixas relacionadas a defeitos corporais que não sejam mais bem explicadas por outra condição, alguns autores relacionam essas queixas características intrínsecas dos TAs. Esse caso ilustra a necessidade de melhor entendimento das queixas relacionadas à IIC não relacionadas ao peso em pacientes portadores de TA e/ou eventual ocorrência de TDC nesses pacientes.

Nascimento AL, et al. / Rev Psiq Clín. 2012;39(1):40-2

Palavras-chave: Transtornos alimentares, transtorno dismórfico corporal, comorbidade.

Abstract

Background: Body image dissatisfaction (BID) is a relevant psychopathological feature of eating disorders (ED), being one of the diagnostic criteria for both anorexia nervosa and bulimia nervosa (BN). Patients with ED may present BID not related to their weight, such as dissatisfaction with their skin, teeth and nose amongst others. The presence of BID not related to weight raises the possibility of the presence of two diagnostics: ED and body dysmorphic disorder (BDD). **Case report:** In this article the case of a female with BN, who presented a significant distress with the appearance of her face, which compromised her social functioning in a larger extent than the ED, is reported. **Discussion:** Although present diagnostic systems indicate that BDD should be diagnosed in the presence of BID (which can not be explained by other condition) some authors support that these symptoms are intrinsic characteristics of ED. This case report illustrates the need of a better understanding of these BID non-weight related complaints in eating disordered patients, and the occurrence of BDD as a comorbid condition in those individuals.

Nascimento AL, et al. / Rev Psiq Clín. 2012;39(1):40-2

Keywords: Eating disorders, body dysmorphic disorder, comorbidity.

Introdução

Diversos transtornos mentais podem causar, ao longo de sua evolução, incômodo com a forma corporal. O transtorno dismórfico corporal (TDC) e os transtornos alimentares (TAs) são caracterizados pela presença de insatisfação com a forma corporal como uma de suas características psicopatológicas mais proeminentes. Apesar de existirem relatos de personagens históricos que apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico desses transtornos desde a Idade Média, as descrições clínicas de ambos os grupos aconteceram com um intervalo de menos de duas décadas no final do século XIX^{1,2}.

Na descrição original do TDC², a dismorfofobia (o termo originalmente utilizado para denominar o TDC) foi descrita como “a consciência da própria deformidade, o indivíduo teme ser ou tornar-se deformado”. No artigo que denominou a bulimia nervosa (BN)³, o autor descreveu o “medo mórbido de engordar” como um dos principais sintomas. Atualmente, os sistemas classificatórios descrevem o TDC como “uma preocupação persistente com uma suposta deformidade ou desfiguramento”⁴ ou como “uma preocupação com um defeito imaginário na aparência ou uma preocupação excessiva com um defeito físico discreto”⁵ quando não melhor explicados por

outro transtorno. Já a BN é caracterizada por “episódios de hiperfagia” e “pavor mórbido de engordar”⁴ ou como “episódios regulares de compulsão alimentar” e “autoavaliação influenciada pelo peso corporal”⁵, salientando que o incômodo corporal nos TAs está fundamentalmente ligado ao peso e às características por ele influenciadas.

Alguns autores⁶⁻⁹, entretanto, mostraram que portadores de TA podem apresentar incômodo com aspectos de seu corpo que não estão relacionados às variações no peso. Assim, podem ficar incomodados com a cor dos olhos ou os cabelos, ou outro aspecto de sua aparência. Assim, esses autores consideram que a comorbidade entre TA e TDC pode ser amplamente subestimada e que alguns portadores de TA podem apresentar períodos com sintomas de TDC antes do surgimento das alterações no comportamento alimentar. Relatamos o caso a seguir que sugere a comorbidade entre BN e TDC.

Descrição do caso clínico

SB, funcionária pública aposentada, branca, divorciada, procurou atendimento psiquiátrico aos 41 anos de idade, pois se sentia incapaz de controlar seu apetite. Desde o início da adolescência, a paciente sentia-se mais feia que suas amigas, incomodando-se frequentemente

com o tamanho de seus seios, de sua barriga e de suas coxas. Nessa época, também começou a apresentar alterações em seu padrão alimentar, ingerindo, sem conseguir parar, uma grande quantidade de alimentos, o que causou um incremento em seu peso (72 kg com 1,6 m de altura, IMC = 28,125 kg/m²). Desde os 16 anos de idade, a paciente começou a fazer dietas e, aos 23, começou a utilizar o agente anorexígeno fentermina, sem prescrição médica, para emagrecer. Sete anos depois, a paciente começou a fazer restrição alimentar por períodos prolongados, o que causou um emagrecimento importante (IMC = 18,76 kg/m²). A paciente conta que durante todo esse tempo continuava a achar que seus seios, sua barriga e suas coxas eram muito grandes.

Aos 35 anos de idade, procurou atendimento psiquiátrico para tratamento de transtornos alimentares pela primeira vez. Durante o tratamento utilizou, sequencialmente, fluoxetina, sertralina, paroxetina e imipramina (ignora as doses utilizadas), além de submeter-se à psicoterapia (inicialmente de base psicanalítica e, em seguida, terapia cognitivo-comportamental), sem resposta clínica adequada. Como o tratamento médico regular não surtia efeito, voltou a fazer uso de anorexígenos por conta própria com o intuito de emagrecer.

Aos 39 anos, ainda incomodada com sua forma, submeteu-se a cirurgias plásticas de abdômen e mamas. Dias após os procedimentos, voltou a fazer uso de o agente anorexígeno anfepramona, pois ainda se sentia incomodada com o aspecto de seu corpo.

Dois anos depois, a paciente retornou ao ambulatório de psiquiatria. Nessa época, apresentava diariamente episódios em que comia grande quantidade de comida de criança (biscoitos, farinha láctea, geleia), sem controle sobre esse comportamento, e fazia uso diário de anfepramona como tentativa de compensar o ganho de peso gerado pela ingestão de comida.

A paciente foi orientada a interromper o uso de anorexígenos e foi-lhe prescrita fluoxetina, em doses crescentes, até 60 mg/dia. Apesar do uso do antidepressivo na dose adequada por tempo prolongado, a paciente não apresentava melhora em seu comportamento alimentar. Além do tratamento farmacológico, a paciente foi encaminhada para terapia cognitivo-comportamental para abordagem das alterações do comportamento alimentar e do incômodo com a imagem corporal, sem sucesso. Apesar do emprego da fluoxetina e da TCC, a paciente não apresentava resposta adequada, o que levou à adição de topiramato, em doses crescentes, até 150 mg/dia, que promoveu a cessação dos episódios de compulsão alimentar.

Entretanto, logo após a interrupção das alterações no comportamento alimentar, a paciente começou a queixar-se da cor e do aspecto de seus cabelos, da forma de suas orelhas e da aparência de seus dentes e não mais se queixou do tamanho de seus seios e de sua barriga. O incômodo com os dentes tornou-se tão grande que a paciente chegava a restringir suas saídas à rua ao mínimo necessário, para não se expor às outras pessoas. Finalmente, a paciente iniciou um tratamento odontológico estético que consumia uma parte considerável de sua renda, com prejuízo até mesmo de sua alimentação.

No momento, a paciente interrompeu o uso de topiramato por conta própria e mantém-se em uso de fluoxetina (60 mg/dia). Ela ainda apresenta episódios de compulsão alimentar cerca de duas vezes por semana e voltou a se queixar do tamanho de sua barriga e de suas coxas.

Discussão

A paciente cujo caso foi relatado apresentou, ao longo de sua vida, sintomas compatíveis com os diagnósticos de bulimia nervosa e bulimia nervosa atípica (no período em que apresentava episódios de compulsão alimentar, tentativa de compensação com o uso de anorexígenos e peso normal) e, quando surgiu o incômodo com partes de seu rosto, de TDC, de acordo com os critérios da CID-10⁴.

Os TAs e o TDC apresentam semelhanças epidemiológicas, como a baixa prevalência (0,5% e 1,1% das mulheres em idade fértil para AN e BN, podendo atingir valores mais elevados – respectivamente 3,7% e 4,2% se forem utilizados critérios diagnósticos menos rígidos¹⁰ e 0,7% a 1,7% para TDC). Os dois grupos de transtornos também são mais frequentes em mulheres que em homens¹⁰

(10:1 para AN, 3:2 para TDC), apresentam-se frequentemente em comorbidade com transtornos de ansiedade, principalmente transtorno obsessivo-compulsivo^{9,10}, e respondem positivamente ao tratamento com inibidores seletivos da recombinação de serotonina (ISRS)⁷. A literatura internacional mostra que o TDC pode estar presente em 25%⁷ a 39%¹¹ das pacientes com anorexia nervosa, o transtorno alimentar em que há reconhecidamente mais alterações da imagem corporal. A comorbidade entre BN e TDC, entretanto, ainda apresenta valores conflitantes, entre 0%⁷ e 13%⁹. A presença de preocupações relacionadas ao peso também é frequente em portadores de TDC, chegando a atingir 29% desses indivíduos¹². Um estudo realizado no Brasil mostrou que 20% dos portadores de TDC podem apresentar TA¹².

Estudos recentes^{6,9,11} mostra que, nos pacientes portadores de TA com insatisfação com a imagem corporal não relacionada ao peso, seis das oito áreas que mais causam incômodo estão relacionadas ao rosto (dentes, mandíbula, nariz, olhos, orelhas e cabelos) – assim como na paciente descrita. Nos artigos publicados após o ano 2000^{9,11}, os autores defendem que tais manifestações correspondem a dois transtornos mentais diferentes (TDC e TA), enquanto artigos publicados anteriormente⁶ postulam que a insatisfação com a imagem corporal, mesmo que relacionada a aspectos que não variam diretamente com o peso, é parte dos transtornos alimentares, e não de outra doença como sugerem as classificações nosológicas atuais.

A mudança súbita de área do corpo que é alvo das preocupações também já foi descrita em pacientes portadores de TDC. Dosuzkova e Dosuzkova¹⁴ descreveram casos de pacientes portadores de dismorfofobia que pouco tempo após se submeterem à cirurgia plástica começavam a queixar-se de insatisfação com outra parte de seu corpo e chamaram esse fenômeno de “substituição”. Um fenômeno semelhante ocorreu com essa paciente, que, ao apresentar remissão das alterações no comportamento alimentar e na insatisfação corporal relacionada ao peso, começou a queixar-se de aspectos relacionados ao seu rosto.

Os estudos realizados até o momento^{6,7,9} concordam que as pacientes portadoras de TA e TDC apresentam sintomas mais graves, curso da doença mais longo e maior número de comorbidades psiquiátricas que as portadoras de TA isoladamente. Alguns autores afirmam que a melhora dos sintomas da anorexia poderia ser temporária se não houvesse uma mudança corretiva na imagem corporal¹⁴.

A semelhança psicopatológica entre os transtornos e a presença de comorbidades frequentes entre eles poderia indicar que ambos são apenas aspectos de uma mesma doença dividida artificialmente pelas classificações diagnósticas atuais. Entretanto, o padrão de resposta diferencial ao tratamento farmacológico, conhecido como dissecção farmacológica¹⁵, em que a adição de um novo psicofármaco (o topiramato) levou à remissão de um grupo de sintomas (a compulsão alimentar e as tentativas de compensação), apesar da permanência de outros sintomas (o incômodo com a imagem corporal não relacionado à forma e ao peso) ocorrida na paciente em tela, e a permanência dos sintomas de TDC em pacientes com TA assintomáticas descritas na literatura poderiam indicar que se trata verdadeiramente de dois transtornos independentes. Os estudos realizados até o momento (em sua maioria, estudos transversais ou retrospectivos) ainda não são suficientes para esclarecer essas questões.

Conclusão

Este caso e a literatura atual sobre o assunto mostram que sintomas de TDC (incômodo com partes do corpo não relacionadas ao peso corporal) podem estar presentes em pacientes portadores de TA, tanto durante o período de manifestação das alterações no comportamento alimentar quanto após a remissão dessas alterações. Isso indica que esses transtornos mentais podem apresentar fatores etiológicos comuns e mostra a necessidade da avaliação completa da satisfação com a imagem corporal, mesmo quando o incômodo com os aspectos relacionados ao peso é proeminente. A diferença na resposta dos dois grupos de sintomas (alterações no comportamento alimentar e incômodo com a imagem corporal) aos tratamentos habitualmente empregados mostra a necessidade de avaliação constante da imagem

corporal nas pacientes com transtorno alimentar, mesmo quando não há alterações do comportamento alimentar. Finalmente, mais estudos são necessários para desvendar a relação entre os transtornos alimentares e o transtorno dismórfico corporal.

Declaração de conflitos de interesse

O Dr. José Carlos Appolinário é diretor-médico da Janssen-Cilag do Brasil.

Referências

1. Lasègue C. On hysterical anorexia. *Med Times Gazette*. 1873;2:265-6.
2. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia due forme non per anco descritte di pazzia com idée fisse. *Boll R Acad Genova*. 1891;6:110-9.
3. Russel GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9:429-48.
4. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão. São Paulo: Edusp; 1993. p. 1200.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2000. p. 943.
6. Gupta MA, Johnson AM. Nonweight-related body image concerns among female eating-disordered patients and nonclinical controls: some preliminary observations. *Int J Eat Disord*. 2000;27(3):304-9.
7. Rabe-Jabloska JJ, Tomasz MS. The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *Eur Psychiatry*. 2000;15:302-5.
8. Grant JE, Phillips KA. Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on... *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(2):123-6.
9. 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. *Inst J Eat Disord*. 2006;39(1):1-9.
10. Pinzon V, Nogueira FC. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev Psiqu Clín*. 2004;31(4):158-60.
11. Grant JE, Sim SW, Eckert ED. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: prevalence, clinical features and delusional quality of body image. *Int J Eat Disord*. 2002;32:291.
12. Kittler JE, Menard W, Phillips KA. Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eat Behav*. 2007;8(1):115-20.
13. Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, De Menezes GB, Nascimento AL, Mendlowicz MV, et al. A sociodemographic, phenomenological and long-term follow up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(2):243-59.
14. Dosuzkova V, Dosuzkov B. Contribution to the study of delusions in dysmorphophobia. *Casopie Lekarů Ceskych*. 1947;86:576-80.
15. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Rev Psiqu Clín*. 2004;31(4):164-6.
16. Klein DF. Anxiety reconceptualized. Gleaning from pharmacological dissection – early experience with imipramine and anxiety. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1987;22:1-35.