



Clínica cotidiana

Diagnóstico de vigorexia (dismorfia muscular) a raíz de trastornos de conducta: consumo de diversas sustancias potencialmente peligrosas y sus consecuencias

María Ángeles Moreno Fontiveros*, Eladio José Tejada García, María Dolores Tejada García

Zona Básica de Salud Estepa. Osuna (Sevilla)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de junio de 2017

Aceptado el 2 de marzo de 2018

On-line el 20 de marzo de 2018

Palabras clave:

Vigorexia

Dismorfia muscular

Esteroides anabolizantes

Keywords

Bigorexia

Muscular dysmorphia

Anabolic steroids.

R E S U M E N

La vigorexia o dismorfia muscular es una alteración de la imagen corporal por la que el paciente presenta una preocupación excesiva hacia su cuerpo.

Se busca obsesivamente aumentar la masa muscular a través de ejercicio, dietas desequilibradas e incluso consumo de diversas sustancias potencialmente nocivas sin control sanitario. Estos productos (esteroides anabolizantes, insulina, hormonas, suplementos alimentarios...) son fácilmente adquiridos en gimnasios, webs y tiendas específicas, por lo que no hay control en su prescripción y administración.

En ocasiones llegan a nuestra consulta las consecuencias del consumo de estas sustancias, como la crisis de agresividad por consumo de esteroides del caso que se expone.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Diagnosis of bigorexia (muscular dysmorphia) as a result of behavioral disorders: use of different potentially dangerous substances and their consequences

A B S T R A C T

Bigorexia or muscular dysmorphia is an alteration of the body image due to which the patient presents an excessive concern towards his/her body.

The subject obsessively seeks to increase body mass through exercise, unbalanced diets and even use of different potentially harmful substances without health care control. These products (anabolic steroids, insulin, hormones, food supplements, etc.) are easily acquired in fitness centers, webs and specific shops, so that there is no control regarding their prescription and administration.

The consequences of use of these substances sometimes reach our offices such as the aggressiveness episode due to consumption of steroids of the case presented herein.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hielo80@hotmail.com (M.Á. Moreno Fontiveros).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.012>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 19 años de edad, que acude a la consulta de atención primaria presionado por sus padres, porque desde hace 2-3 meses se muestra irascible y con cambios de humor bruscos y frecuentes.

Hace una semana solicitaron la presencia de la policía local y de los servicios sanitarios en su domicilio, cuando el paciente presentaba un cuadro de agitación y violencia: autolesiones, rotura de objetos, insultos, "estaba sin control"... a raíz de que los padres le recriminaran sus resultados académicos. Tras intentar dialogar con el paciente, finalmente se necesitó de reducción física y la administración de clorazepato dipotásico (25 mg) para relajarlo.

No ha vuelto a tener una crisis de tanta intensidad, pero en su vida diaria y en el trato con familiares se muestra muy irascible y ansioso. Sus padres, que lo acompañan, están muy preocupados por la posibilidad de que el joven consuma tóxicos, aunque este lo niega.

Observamos en el paciente un evidente aumento de la masa muscular con respecto a meses previos. Preguntamos por dicho cambio y nos cuenta que desde hace aproximadamente 6 meses controla su dieta y acude al gimnasio regularmente. Durante la entrevista observamos que los padres aprueban los cambios físicos y el esfuerzo diario (gimnasio, dieta...) que realiza el paciente para mejorar su estado físico, dado que ha tenido problemas importantes de sobrepeso. Por su parte, el paciente se muestra poco colaborador y responde siempre con monosílabos durante la entrevista.

Durante la exploración física observamos evidente musculatura hipertrofica, acné en el rostro, la espalda y los brazos; presión arterial 160/90 mmHg; talla 1,68 metros, peso 78 kg (índice de masa corporal 27,65); leve ginecomastia, no atrofia testicular.

Entre los resultados de la analítica destaca glucemia basal 75 mg/dl, GOT 80 U/l, GPT 60 U/l, colesterol 240 mg/dl y triglicéridos 210 mg/dl.

Electrocardiograma: ritmo sinusal 70 latidos/minuto sin signos de hipertrofia ventricular izquierda.

Citamos para una consulta programada (sin su familia). En ella le informamos de los resultados de la analítica. Nos relata que acude a diario al gimnasio (4-5 horas), para lo cual ha abandonado muchas de sus actividades sociales y obligaciones de su vida habitual. Realiza dietas ricas en proteínas e hidratos de carbono y pobres en grasa, que va modificando en función de lo que le indica su monitor. Admite que en los últimos 3 meses ha decidido consumir anabolizantes esteroideos para obtener mejores resultados; a pesar del esfuerzo, reconoce sentirse aún delgado, especialmente al compararse con otros compañeros del gimnasio. Presenta una personalidad narcisista con pensamientos obsesivos, distorsión de la imagen corporal con nula conciencia de enfermedad que provoca sentimientos negativos hacia su cuerpo. El cuadro se acompaña de signos de ansiedad y depresión.

Ante la sospecha diagnóstica de vigorexia, se le remite al Servicio de Salud Mental para valoración psiquiátrica.

Comentario

La vigorexia, complejo de Adonis o dismorfia muscular (DM), es una alteración de la imagen corporal: el paciente presenta una preocupación excesiva hacia su cuerpo. Esto le conduce a

Tabla 1 – Criterios diagnósticos para la dismorfia muscular publicados en el DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013).

- | | |
|----|---|
| A. | Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas. |
| B. | En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto. |
| C. | La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento. |
| D. | La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario. |

Especificar si:

Con distrofia muscular: al sujeto le preocupa la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o poco musculosa. Este especificador se utiliza incluso si el sujeto está preocupado por otras zonas corporales, lo que sucede con frecuencia.

la búsqueda de ganancia ponderal y de volumen corporal sin aumentar grasa, por lo que puede desarrollar una musculatura excesiva y deformante. Siente la necesidad compulsiva de realizar ejercicio físico y llega a desatender su vida social, sentimental y/o familiar. La incapacidad de valorar con objetividad su propio cuerpo deriva en insatisfacción personal permanente, a pesar del esfuerzo que realiza. Frecuentemente se acompaña de otras alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y trastornos obsesivos-compulsivos¹.

Se presenta principalmente en varones jóvenes (18-35 años). La sintomatología de la vigorexia y las consecuencias clínicas del abuso de esteroides que suele acompañarla son poco conocidas. Por ello la DM es subdiagnosticada en nuestro medio².

Con la reciente publicación del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría), encontramos que la DM aparece incluida en el capítulo de los trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados, específicamente en el trastorno dismórfico corporal; los criterios diagnósticos se presentan en la [tabla 1](#).

Los sujetos con dismorfia muscular pueden desarrollar otras formas de trastorno dismórfico corporal en relación con una parte concreta de su cuerpo; es frecuente la existencia de trastornos alimentarios comórbidos en su ciclo vital³.

En algunos casos llegan a consumir esteroides anabolizantes (EA) u otras sustancias potencialmente peligrosas con la finalidad de aumentar su volumen muscular. Existe una amplia variedad de suplementos nutricionales y fármacos dirigidos a aumentar el volumen corporal, lo que lo convierte en un sustancioso negocio. Estos productos pueden ser adquiridos fácilmente en gimnasios, webs o tiendas específicas, por lo que no hay un control sobre su prescripción y administración.

Se estima que sobre un 3 % de los adultos jóvenes en países occidentales han consumido en alguna ocasión EA⁴. En España, según datos de la encuesta escolar de la Comunitat Valenciana, realizada en 2006 por la Fundación para la Prevención y Asistencia a las Drogodependencias, el 3,3 % de los jóvenes de 14-18 años admitía haber consumido EA para mejorar su figura.

Los EA son derivados sintéticos de la hormona masculina testosterona. Producen intensos cambios físicos en el sujeto que los consume: induce un incremento del tejido muscular por hipertrofia y formación de nuevas fibras musculares. Entre los efectos secundarios destacan^{2,5,6}:

- Alteraciones endocrino-metabólicas: incremento del vello, masculinización y alteraciones menstruales en la mujer; acné, disfunción eréctil, atrofia testicular, ginecomastia, oligospermia y mayor propensión al cáncer de próstata en el hombre.
- Lesiones hepáticas por exceso de proteínas: aumento de enzimas hepáticas, hepatoma, ictericia colestásica.
- Mayor riesgo cardiovascular por sobrecarga: hipertensión arterial, hipertrofia cardiaca, hipercolesterolemia (aumento del colesterol total y de LDH, y disminución del HDL) e hipertrigliceridemia; retención de líquidos.
- Alteraciones renales.
- Alteraciones inmunológicas.
- Alteraciones psíquicas y del comportamiento: es frecuente el aumento de la agresividad, de los trastornos afectivos (depresión, ansiedad, hipomanía) y de los síntomas psicóticos en estos pacientes.
- Deformaciones óseas y problemas osteoarticulares por la hipertrofia y el exceso de masa muscular: esguinces, desgarros musculares, disminución de la agilidad, cierre precoz de las epífisis.

Los EA suelen administrarse por vía oral o intramuscular, esta última es la más utilizada para minimizar los efectos tóxicos sobre el hígado. Hasta un 86 % de las personas que reconocen haber consumido EA utilizan algún otro fármaco, bien para obtener un efecto sinérgico, bien para disminuir alguno de sus efectos secundarios⁵: gonadotropina coriónica humana (hCG) para estimular los testículos tras la supresión de los EA; diuréticos para revertir la retención hídrica inducida por los EA; antiestrógenos (clomifeno y tamoxifeno) para prevenir la ginecomastia; insulina u hormona de crecimiento recombinante humana (hGH) para aumentar la masa muscular; clenbuterol, efedrina u hormonas tiroideas como estimulantes que elevan la actividad metabólica o aumentan la lipólisis. El nulo control sobre el uso de estos fármacos, y sobre su procedencia, elevan la posibilidad de efectos secundarios.

Los suplementos nutricionales, utilizados no solo por los "adictos al músculo" sino por un buen porcentaje de la población en un intento de mejorar su salud o apariencia física, abarcan multitud de sustancias, cuya efectividad es discutible en algunos casos. El escaso control en su composición facilita enmascarar la presencia de sustancias farmacológicas. Son muy populares los aislados de proteínas, aminoácidos de cadena ramificada (leucina, isoleucina y valina), glutamina, creatina, antioxidantes, cafeína, estimulantes de la secreción de hormona de crecimiento (arginina, lisina u ornitina) y los famosos "quemagrasas", entre los que se incluyen la L-carnitina y los aminoácidos colina, inositol y metionina.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial de esta enfermedad con dismorfofobia, psicosis, trastornos obsesivo-compul-

sivos, trastornos de la conducta alimentaria, fobia social, ortorexia, deportistas... Para ayudarnos en el diagnóstico existen diversas herramientas, entre las que destacan los cuestionarios Multidimensional Body-Self Relations, Situation Inventory of Body Image Dysforia (SIBID), Body Image Ideal Questionnaire y Cuestionario de Complejo de "Adonis" (versión traducida al castellano por Baile, 2005)^{2,7,8}.

El tratamiento consiste en la aplicación de terapias cognitivo-conductuales y el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, aunque no hay estudios concluyentes sobre la utilidad de estos últimos¹.

Cada vez son más frecuentes en nuestra práctica diaria los trastornos derivados de la excesiva preocupación por el cuerpo. A pesar de los efectos secundarios que provocan, del coste económico que suponen y de que se trata en su mayoría de sustancias ilegales (sin control sanitario, por tanto), estos pacientes recurren a su consumo para lograr su ideal inalcanzable. Pocos pacientes solicitan tratamiento al negar la enfermedad, por lo que es un problema de salud todavía hoy infradiagnosticada, lo que dificulta tanto el diagnóstico como su tratamiento; la evolución de estos pacientes es muy irregular.

Es imprescindible que se realice desde atención primaria una labor de prevención y diagnóstico precoz; con ello mejorará el pronóstico de estos pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorán ME, Sánchez L. Vigorexia. FMC. 2005; 12: 522-6.
2. De la Serna I. La alimentación y sus perversiones. Anorexia, vigorexia, bulimia y obesidad. Barcelona: Edika Med; 2008.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales. 5ª ed. Washington DC: American Psychiatric Association 2013. p. 147.
4. Kanayama G, Hudson JI, Pope HG Jr. Illicit anabolic-androgenic steroid use. *Horm Behav*. 2010; 58: 111-21.
5. Evans N. Gym and tonic: a profile of 100 male steroid users. *Br J Sports Med*. 1997; 30: 54-8.
6. Pérez V, Valencia MN, Rodríguez M. Acerca de un caso de dismorfia muscular y abuso de esteroides. *Rev Col Psiquiatr*. 2007; 36: 154-64.
7. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. The Adonis complex. How to identify, treat, and prevent body obsession in men and boys. New York: Touchstone; 2002.
8. Latorre-Román PA, Garrido-Ruiz A, García-Pinillos F. Versión española del cuestionario del complejo de Adonis; un cuestionario para el análisis del dismorfismo muscular o vigorexia. *Nutr Hosp*. 2015; 31: 1246-53.
9. Behar R, Arancibia M, Heitzer C, Meza N. Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Rev Med Chile*. 2016; 144: 626-33.