

G Chir Vol. 31 - n. 11/12 - pp. 537-542
Novembre-Dicembre 2010

Approccio chirurgico e indicazioni ai trattamenti estetici nel dismorfismo da eccesso

L.A. DESSY, M. MAZZOCCHI¹, S. DI RONZA, E. BUCCHERI, N. SCUDERI

RIASSUNTO: Approccio chirurgico e indicazioni ai trattamenti estetici nel dismorfismo da eccesso.

L.A. DESSY, M. MAZZOCCHI, S. DI RONZA, E. BUCCHERI, N. SCUDERI

Introduzione. Il disturbo da dimorfismo corporeo o dismorfofobia conduce spesso il paziente al chirurgo plastico allo scopo di correggere ciò che egli ritiene una deformità o un difetto fisico nonostante il suo aspetto rientri oggettivamente nei canoni di normalità. Lo scopo del nostro studio è valutare la reale necessità in tali pazienti di interventi a fini estetici.

Pazienti e metodi. Abbiamo incluso nello studio un gruppo di pazienti sportivi che attribuivano svariate deformità corporee, adeguatamente classificate, come conseguenti all'attività fisica intensa ed abbiamo valutato se tali deformità fossero reali o percepite in maniera sproporzionata alla loro reale entità. I pazienti con deformità reali sono stati sottoposti ai trattamenti del caso ed è stata valutata la loro soddisfazione con un follow-up di 6 mesi; ai pazienti con percezione sproporzionata delle deformità è stato consigliato un consulto psichiatrico.

Risultati. Il gruppo di pazienti era costituito da 51 soggetti che praticavano attività fisica intensa. In 41 pazienti la visita specialistica di chirurgia plastica ha evidenziato la reale presenza del difetto corporeo e sono stati eseguiti i trattamenti adeguati con una buona percentuale di soddisfazione. Nei restanti pazienti la visita specialistica non ha riscontrato la necessità della correzione.

Discussione. Nella chirurgia plastica è frequente il riscontro di pazienti con disagio psichico per quadri clinici di lieve entità. Tali pazienti necessitano di un'attenta valutazione specialistica per stabilire se affetti da sindromi psichiatriche. Compito del chirurgo plastico è quindi quello di individuare tali soggetti prima del trattamento al fine di evitare le conseguenze di una facilmente ipotizzabile insoddisfazione per un'eventuale chirurgia estetica ancorché tecnicamente riuscita.

SUMMARY: Surgical approach and indications in aesthetic treatment of body dysmorphic disorder.

L.A. DESSY, M. MAZZOCCHI, S. DI RONZA, E. BUCCHERI, N. SCUDERI

Introduction. Patients with body dysmorphic disorder often go to the plastic surgeon to correct what they consider a physical deformity or defect, although their appearance falls within normal aesthetic standards. The aim of our study was to evaluate the real need for aesthetic treatments in such patients.

Patients and methods. We included patients who practised an intense sport activity and believed they had body deformities ascribable to their sport activity. We evaluated whether the deformities described by the patients were real or exaggerated. The patients who did have a deformity underwent surgery to correct it; their level of satisfaction was evaluated at a 6-month follow-up examination. The patients with subjective deformities underwent a psychiatric examination.

Results. We enrolled 51 patients who practised an intense sport activity and reported body deformities. Forty-one of these patients were found to have a body deformity upon examination and underwent surgery. Surgery was considered to be unnecessary in the remaining 10 patients. Thirty-two of the 41 patients who did undergo were highly satisfied with the outcome.

Discussion. The plastic surgeon often sees patients with minor body deformities that do not require treatment but are a major cause of psychological disorders. A thorough psychiatric examination is necessary in such patients to rule out psychiatric diseases. The plastic surgeon should make every effort to identify patients with subjective body dysmorphic disorder to avoid the negative consequences due to the patient's dissatisfaction for the outcome of surgery.

KEY WORDS: Dismorfismo corporeo da eccesso - Disagio psichico - Trattamento chirurgico.
Body dysmorphic disorder - Psychological disorder - Surgical approach.

"Sapienza" Università di Roma
Dipartimento di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
¹ Università degli Studi di Perugia
Dipartimento di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva

© Copyright 2010, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Introduzione

Il disturbo da dismorfismo corporeo o dismorfofobia (dal greco “dismorfia”) è stato descritto come una sensazione soggettiva di deformità o di difetto fisico, per la quale il paziente ritiene di essere notato dagli altri, nonostante il suo aspetto rientri nei limiti della norma (1). Capita spesso che coloro che decidono di ricorrere al chirurgo plastico per interventi estetici di vario tipo soffrano di dismorfismo corporeo (2, 3). L'attenzione su un dettaglio del proprio corpo porta la persona ad ingigantire banali difetti. Un quadro tipico è il paziente che, dopo un intervento di chirurgia estetica e risolto il difetto, ovvero la tensione legata alla focalizzazione su una parte del corpo, inizi a ritenere altri parti come “difettose” (4). Capita così che non ci si limiti ad un intervento ma si ricorra ad interventi correttivi multipli. Questa è la prima indicazione della presenza di un disturbo, soprattutto quando gli altri non considerano così importante ed eccessivo il difetto.

Anche nei soggetti che praticano attività fisica in maniera ossessiva, in particolare nei *body-builders*, è spesso presente questo fenomeno soprattutto in coloro che decidono, già all'inizio o dopo poco l'inizio dell'attività sportiva, di ricorrere ad integratori e farmaci per incrementare più rapidamente la massa muscolare. Il problema è stato definito “reverse anorexia” in quanto l'attenzione è posta non tanto sulla magrezza ma sul sentirsi esile, o comunque con poca massa muscolare rispetto ai propri ideali (5). L'ansia di raggiungere lo stato ideale viene quindi scaricata attraverso l'uso di scorciatoie. È inoltre difficile che una persona con disturbo da dismorfismo corporeo si renda pienamente conto del problema di cui è affetto, tendendo a non prenderlo neanche in considerazione.

Il chirurgo plastico viene spesso a contatto con questi pazienti. Ha quindi il compito di valutare la presenza e l'entità dei difetti corporei che vengono riferiti dal paziente, di capire se l'entità del difetto è proporzionata all'importanza che gli viene data, di dare quindi l'indicazione o meno al trattamento e, infine, di capire quelle che sono le aspettative del paziente e informarlo dei risultati realmente ottenibili.

Lo scopo di questo studio è stato valutare, tra i pazienti appartenenti alla casistica personale, se a): le richieste di chirurgia plastica a fini estetici da parte di soggetti che praticavano attività fisica intensa fossero condivisibili e proporzionate al difetto indicato ovvero “soggettive” e sproporzionate alle reali entità di esso; b): quanto il trattamento prescelto sia stato in grado di risolvere il difetto e soddisfare il paziente; c): individuare grazie al consulto psichiatrico, in quanti dei pazienti che presentavano “incongruenza” tra il difetto lamentato e quello esistente sussistevano i criteri diagnostici di disturbo da dismorfismo corporeo.

Pazienti e metodi

Sono stati inclusi in uno studio prospettico dal luglio 2004 al luglio 2006, i pazienti che, giunti a consultazione per la correzione di difetti corporei di vario tipo ed entità, riferivano una particolare attenzione per le forme corporee (morfofilia), che praticavano attività sportiva intensa sia a livello agonistico che amatoriale che ritenevano le deformità corporee come conseguenti dell'attività fisica intensa.

Tali difetti corporei sono stati suddivisi in:

- alterazione delle proporzioni e dei contorni corporei da aumento volumetrico distrettuale della massa muscolare “pseudoginecomastia” muscolare nell'uomo (6), ipertrofia distrettuale di un settore muscolare rispetto a quelli circostanti;
- alterazione delle proporzioni e dei contorni corporei da aumento volumetrico distrettuale del tessuto adiposo (lipodistrofia distrettuale);
- sviluppo di mammelle dall'aspetto femminile nell'uomo (ginecomastia vera o mista);
- ipertrofia e/o ptosi mammaria nella donna;
- svuotamento dei seni con sviluppo di ipomastia nella donna;
- aumento della peluria corporea fino all'ipertricosi;
- comparsa di rughe e depressioni marcate tra una unità anatomica e un'altra del viso.

Su questi pazienti è stato valutato tramite una attenta anamnesi e un accurato esame obiettivo, se le deformità lamentate fossero reali e proporzionate oppure oggettivamente inesistenti o sproporzionate alle loro reali entità. È stata inoltre indagata l'eventuale assunzione di integratori e/o farmaci finalizzata a raggiungere la forma ritenuta ideale (5).

Nei casi in cui era indicato sono state proposte, tramite un accurato consenso informato, le varie opzioni terapeutiche. È stato quindi valutato, con un follow-up minimo di 6 mesi, quanto il trattamento prescelto sia stato in grado di risolvere il difetto presente ed ottenere la soddisfazione del paziente.

I pazienti che invece lamentavano difetti inesistenti o sproporzionati alla loro reale entità sono stati indirizzati al consulto psichiatrico per la valutazione della sussistenza dei criteri diagnostici di disturbo da dismorfismo corporeo (7, 11).

I pazienti intervistati dallo specialista psichiatra hanno compilato i seguenti questionari:

- *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), per l'eventuale diagnosi psichiatrica;

- *Body Dysmorphic Disorder Examination* (BDDE), nella versione italiana adattata da Cuzzolaro e

Aveni (1997), per l'indagine degli aspetti relativi al disturbo da dismorfismo corporeo.

Risultati

Sono stati inclusi nello studio 51 soggetti che praticavano attività fisica intensa e che riferivano delle deformità corporee come conseguenti di tale attività. I 51 soggetti esaminati sono risultati 31 donne e 20 uomini, con un'età media di $44,47 \pm 11,78$ anni. Dieci pazienti hanno ammesso l'assunzione continuata di integratori e/o farmaci per incrementare la propria massa corporea, 26 ne hanno riferito una assunzione occasionale, mentre 15 l'hanno esclusa.

La visita specialistica ha evidenziato in 41 pazienti (26 donne, 15 uomini) la presenza reale e proporzionata alla

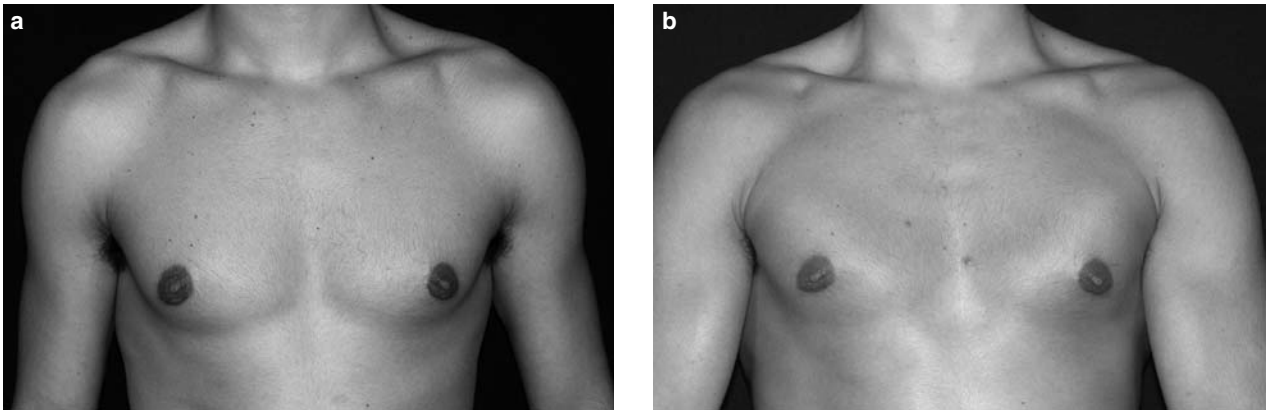


Fig. 1 - "Pseudoginecomastia" muscolare: a) aspetto preoperatorio, b) aspetto dopo 3 mesi da microinfiltrazioni di tossina botulinica.

richiesta di correzione della deformità corporea.

Le deformità corporee riscontrate erano così distribuite:

- 10 casi di alterazione delle proporzioni e dei contorni corporei da aumento volumetrico distrettuale della massa muscolare: 2 casi di "pseudoginecomastia" muscolare nell'uomo (Fig. 1), 4 casi di ipertrofia distrettuale dei muscoli glutei (Fig. 2) in 2 uomini e in 2 donne, 4 casi di ipertrofia dei muscoli della coscia e del polpaccio nella donna;
- 10 casi di alterazione delle proporzioni e dei contorni corporei da aumento volumetrico distrettuale del tessuto adiposo (lipodistrofia distrettuale) in 6 donne e 4 uomini (Fig. 3);
- 6 casi di sviluppo di mammelle dall'aspetto femminile nell'uomo (3 casi di ginecomastia vera e 3 mista);
- 3 casi di ipertrofia mammaria e 2 di ptosi nella donna;
- 2 casi di svuotamento dei seni con presenza di ipomastia nella donna (Fig. 4);
- 4 casi di ipertricosi nella donna;

- 4 casi di comparsa di rughe e depressioni marcate tra unità anatomiche del viso in 3 donne ed 1 uomo.

I trattamenti eseguiti sono riportati di seguito.

I 2 casi di "pseudoginecomastia" muscolare nell'uomo e i 2 casi di ipertrofia distrettuale dei muscoli glutei nell'uomo sono stati trattati con microinfiltrazioni di tossina botulinica ripetute a distanza di 5 mesi (6). I 2 casi di ipertrofia distrettuale dei muscoli glutei nella donna e i 4 casi di ipertrofia dei muscoli della coscia e del polpaccio nella donna sono stati trattati con liposuzione e lipofilling (12).

I 10 casi di alterazione delle proporzioni e dei contorni corporei da aumento volumetrico distrettuale del tessuto adiposo (lipodistrofia distrettuale) sono stati trattati con liposuzione e lipofilling (12).

I 3 casi di ginecomastia vera sono stati trattati con mammectomia con tecnica transareolare secondo Pitanguy (13). I 3 casi di ginecomastia mista sono stati trattati con la stessa tecnica di mammectomia associata a liposuzione.

I 3 casi di ipertrofia mammaria e i 2 di ptosi nella don-

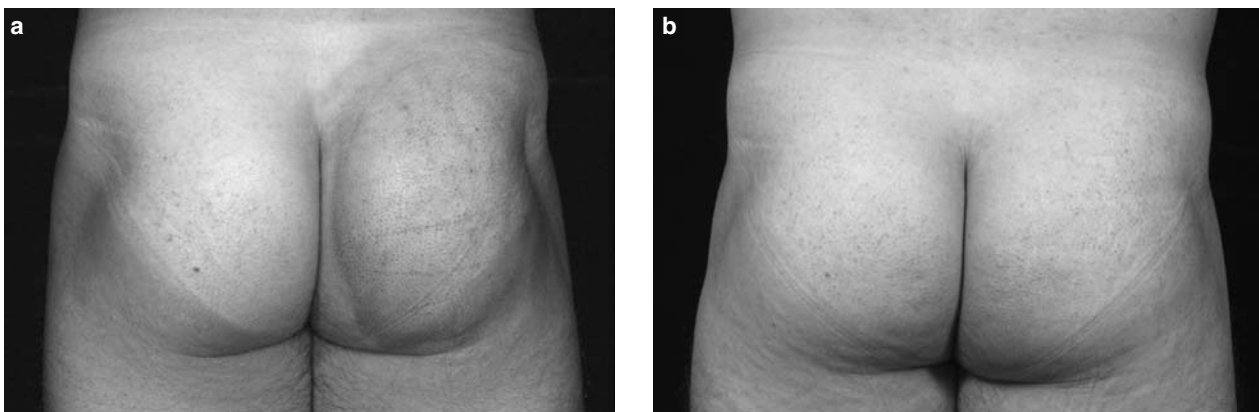


Fig. 2 - Ipertrafia distrettuale dei muscoli glutei: a) aspetto preoperatorio, b) aspetto dopo 3 mesi da microinfiltrazioni di tossina botulinica.

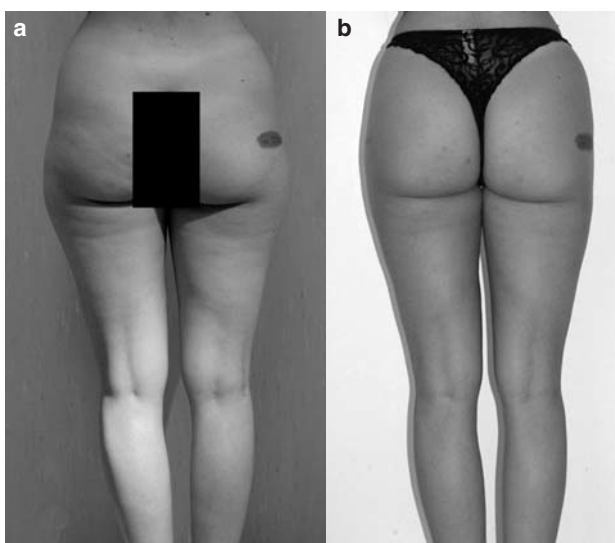


Fig. 3 - Lipodistrofia distrettuale: a) aspetto preoperatorio, b) aspetto dopo 6 mesi dall'intervento chirurgico di liposuzione.

na sono stati coretti con tecnica di Lalarie modificata (14). I 2 casi di ipomastia nella donna sono stati trattati con inserimento di protesi mammarie sottoghiandolari. I 4 casi di aumento della peluria corporea sono stati sottoposti a ciclo di depilazione con laser neodimio o luce pulsata intensa. I 4 casi di comparsa di rughe e depressioni marcate tra una unità anatomica ed un'altra sono stati trattati con l'associazione di *filler* riassorbibile (acido ialuronico), di *filler* rivitalizzante (acido polilattico) e tossina botulinica.

La soddisfazione, ad un follow-up di minimo 6 mesi, è stata elevata in 32 su 41 pazienti trattati senza richiesta di ulteriori trattamenti; 5 pazienti sono rimasti parzialmente soddisfatti ed hanno richiesto ulteriore trattamento (1 caso di ipertricosi femminile, 2 di ginecomastia mista, 2 di lipodistrofia distrettuale, 1 di rughe e rilassamento del viso). Quattro pazienti sono rimasti

insoddisfatti: 2 erano donne con lipodistrofia distrettuale che, pur presentando miglioramento della silhouette corporea, hanno focalizzato il difetto in altre sedi corporee; 1 caso era un uomo con ipertrofia muscolare del distretto gluteo, trattato con infiltrazioni con tossina botulinica, che pur presentando un miglioramento distrettuale continuava a lamentare il difetto; infine 1 caso di ipertricosi femminile con risposta parziale al trattamento laser eseguito.

In 10 pazienti, 5 donne e 5 uomini, la visita specialistica non ha riscontrato il difetto oppure esso risultava sproporzionato rispetto all'importanza soggettivamente attribuitagli. Di questi, 8 pazienti hanno accettato la consultazione psichiatrica. L'alterazione dell'immagine corporea era variabilmente presente in tutti questi soggetti analizzati (media punteggio totale BDDE= 37). In 7 su 8 pazienti visitati dallo psichiatra (4 donne e 3 uomini) sono stati soddisfatti i criteri per la diagnosi di disturbo da dismorfismo corporeo: essi sono stati quindi sottoposti a trattamento adeguato.

Discussione

In chirurgia plastica è piuttosto frequente il riscontro di pazienti, più spesso di sesso femminile, che manifestano un notevole disagio psichico anche per quadri clinici di lieve entità. Le sindromi psichiatriche rilevate con maggior frequenza sono il disturbo da dismorfismo corporeo e i disturbi di personalità,¹⁵ entità cliniche peraltro spesso embricate tra loro. Il disturbo da dismorfismo corporeo presenta una frequenza dal 6 al 15% tra i pazienti che si rivolgono al chirurgo plastico.^{2,3,16}

Anche nei soggetti che praticano attività fisica intensa mossa da un'attenzione ossessiva alle forme corporee (morfofilia), in particolare nei *body-builders*, è spesso presente questo disturbo. Il problema è stato definito "reverse anorexia" in quanto l'attenzione è posta non tan-

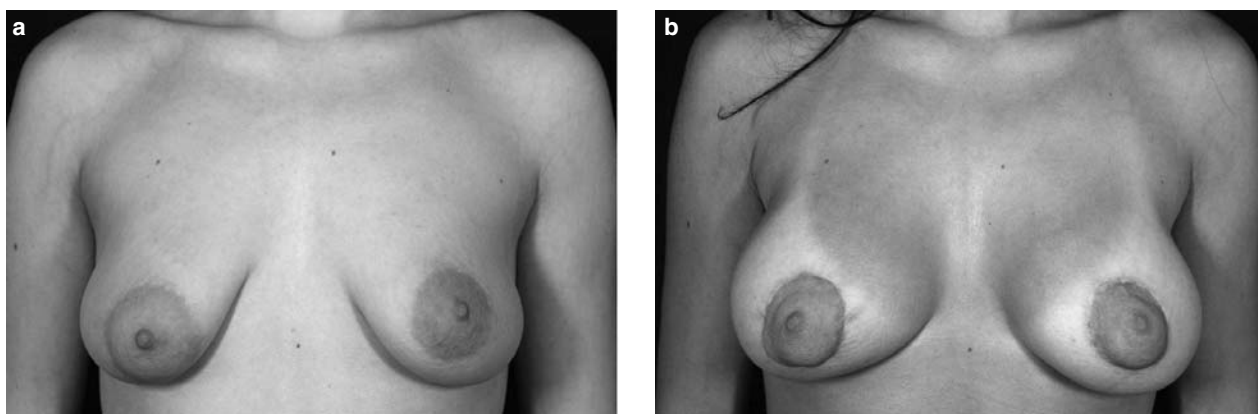


Fig. 4 - Svuotamento dei seni con presenza di ipomastia: a) aspetto preoperatorio, b) aspetto dopo 3 mesi dall'intervento chirurgico di mastopessi con inserimento di protesi mammarie.

to sulla magrezza ma sul sentirsi esile o comunque con poca massa muscolare rispetto ai propri ideali (5). È frequente in questi pazienti, già all'inizio o dopo poco l'inizio dell'attività sportiva, la ricerca di scorciatoie per raggiungere lo stato ritenuto ideale quali l'utilizzo di integratori e farmaci più o meno leciti per incrementare più rapidamente la massa muscolare (5).

Un'attività fisica intensa, sia a livello agonistico che amatoriale, in particolare negli sport anaerobici, associata all'eventuale "aiuto" farmacologico, può portare ad un notevole aumento volumetrico della massa corporea, con comparsa di deformità e disarmonie corporee più o meno evidenti. Tali deformità corporee da attività fisica intensa sono state suddivise in questo studio in:

- alterazione delle proporzioni e dei contorni corporei da aumento volumetrico distrettuale della massa muscolare ("pseudoginecomastia" muscolare nell'uomo, ipertrofia distrettuale di un settore muscolare);
- alterazione delle proporzioni e dei contorni corporei da aumento volumetrico distrettuale del tessuto adiposo (lipodistrofia distrettuale);
- sviluppo di mammelle dall'aspetto femminile nell'uomo (ginecomastia vera o mista);
- aumento della peluria corporea fino all'ipertricosi nella donna;
- comparsa di rughe e depressioni marcate tra una unità anatomica ed un'altra.

Nel gruppo dei pazienti studiati, la presenza del difetto lamentato in maniera proporzionata all'importanza oggettiva è stata riscontrata in oltre l'80% dei pazienti. Questi sono stati informati sulle possibilità di trattamento e tutti hanno acconsentito alla procedura indicata. In percentuale tre su quattro di questi pazienti erano soddisfatti del trattamento mentre solo 5 su 41 soggetti studiati erano parzialmente soddisfatti e hanno richiesto un ulteriore trattamento, altri 4 erano insoddisfatti. Di questi ultimi, un paziente presentava una risposta non soddisfacente al trattamento, mentre negli altri tre si riscontrava la correzione del difetto e la loro insoddisfazione. È da ritenersi legata alla presenza di un disturbo da dimorfismo

corporeo latente, che anche un'accurata valutazione clinica preoperatoria non è stata in grado di sospettare. Questi pazienti, pur consigliati, si sono infine rifiutati di sottoporsi a consulto psichiatrico.

Dei 10 pazienti in cui la visita specialistica ha invece posto il sospetto di dimorfismo corporeo, 8 hanno accettato la consultazione psichiatrica e di questi la maggioranza (7 casi) ha soddisfatto i criteri diagnostici di disturbo da dimorfismo corporeo e si è sottoposto a trattamento adeguato. Questo evidenzia come un'attenta valutazione clinica da parte del chirurgo plastico possa individuare la maggioranza dei soggetti dimorfici prima dell'intervento chirurgico ed evitare la prevedibile insoddisfazione di questa particolare sottopopolazione di pazienti.

Talora può essere comunque difficile individuare le forme *border-line* del disturbo psichiatrico che un eventuale trattamento chirurgico può slatentizzare. Bisogna inoltre considerare come il rifiuto di eseguire la visita psichiatrica debba ancor più porre il sospetto di dimorfismo corporeo e controindicare un eventuale trattamento. Questo correla col fatto che i pazienti dimorfici non sanno di esserlo e a volte non prendono in considerazione che il problema non sia nel loro corpo ma nel modo in cui lo vedono.

La nostra esperienza evidenzia come in un gruppo di pazienti, con particolare cura del proprio corpo, e che quindi praticano attività sportiva intensa per migliorarne l'aspetto, la prevalenza del dimorfismo corporeo sia importante (7 casi accertati dallo psichiatra) e assolutamente da prendere in attenta considerazione nella pratica. È opportuno che il chirurgo plastico vanti, in questi casi, non soltanto il problema fisico, ma anche la reazione psicopatologica ad esso collegata e la struttura di personalità sottostante. Pertanto, ogni volta che vi sia una incongruenza tra entità del difetto corporeo e importanza che gli viene data dal paziente risulta necessario il ricorso alla consulenza psichiatrica che può porre la diagnosi del disturbo, valuta i processi psico-sociali che tendono a mantenerlo e che potrebbero portare ad un suo aggravamento e pone le indicazioni con un trattamento appropriato.

Bibliografia

1. Morselli E. Sulla dimorfofobia e sulla taleofobia. Bollettino dell'Accademia di Genova 1891; 6:110-9.
2. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101:1644-9.
3. Phillips KA, Dufresne RG, Wilkel CS, Vittorio CC. Rate of Body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:436-41.
4. Pertschuk MJ, Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA. Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesth Plast Surg* 1998; 22:20-4.
5. Kanayama G, Barry S, Hudson JI, Pope HG Jr. Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users. *Am J Psychiatry*. 2006; 163:697-703.
6. Dessy LA, Curinga G, Mazzocchi M, Scuderi N. Treatment of muscular pseudogynecomastia with botulinum toxin A. *Aesthetic Plast Surg*. 2007; 31:104-6
7. Ohjimi H, Shioya N, Ishigooka J. The role of psychiatry in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg* 1988; 12:187-90.
8. Rohrich RJ. The who, what, when, and why of cosmetic sur-

- gery: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *Plast Reconstr Surg* 2000; 106:1605-7.
9. Sarwer DB, Crerand CE. Psychological issues in patient outcomes. *Facial Plast Surg* 2002; 18:125-34.
 10. Vargel S, Ulusahin A. Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesth Plast Surg* 2001; 25:474-8.
 11. Napoleon A. The presentation of personalities in plastic surgery. *Ann Plastic Surg* 1993; 31:193-208.
 12. Coleman SR: Indication and complications of autologous fat transplantation. Paper presented at the American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Seattle, 1991.
 13. Pitanguy I. Transareolar incision for gynecomastia. *Plast Reconstr Surg*. 1966; 38:414-9.
 14. Lalardrie JP, Jouglard JP. Reduction mammoplasty: general approach and basic considerations. *Aesthetic Plast Surg*. 1982; 6:81-3.
 15. Birtchnell SA. Dymorphophobia: a centenary discussion. *Br J Psychiatry* 1988; 153(Suppl 2):41-3.
 16. Carroll DH, Scahill L, Phillips KA. Current concepts in body dysmorphic disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 2002; 2:72-9.
-