

Trastorno dismórfico corporal en cirugía oculoplástica: cribado sistemático y consentimiento reforzado en la era pospandemia

Body dysmorphic disorder in oculoplastic surgery: systematic screening and reinforced consent in the post-pandemic era

A. Alcaide-Costa, C. Arbó Bascuñana, N. Ibáñez Flores

Institut Català de la Retina. Barcelona.

Correspondencia:

Alejandro Alcaide-Costa

E-mail: alejandro.alcaide.costa@gmail.com

Palabras clave: Trastorno dismórfico corporal. Cirugía oculoplástica. Cribado. Consentimiento informado. Pospandemia.

Paraules clau: Trastorn dismòrfic corporal. Cirurgia oculoplàstica. Cribatge. Consentiment informat. Post-pandèmia.

Keywords: Body dysmorphic disorder. Oculoplastic surgery. Screening. Informed consent. Post-pandemic.

Estimado Editor,

El trastorno dismórfico corporal (TDC) constituye un reto especialmente relevante en cirugía oculoplástica estética, ya que la región periocular es una de las áreas faciales que con mayor frecuencia suscita preocupación en los pacientes con este trastorno y donde las expectativas sobre el resultado quirúrgico suelen ser particularmente elevadas. En la literatura revisada no solo se describen pobres resultados subjetivos: también se documentan conflictos médico-legales y, en algunos casos, la impugnación de la validez del consentimiento informado cuando coexiste psicopatología significativa¹.

La magnitud del problema justifica protocolos simples. En un metaanálisis de 48 estudios (n=14.913), la prevalencia combinada de TDC en solicitantes de cirugía estética fue del 19,2%². En clínicas

facial-plásticas y oculoplásticas, un estudio prospectivo multicéntrico (n=597) mostró que el 9,7% cribó positivo con el cuestionario BDDQ-AS, mientras que la sospecha clínica del cirujano fue del 4,0%; la sensibilidad diagnóstica del cirujano frente al cribado fue del 4,7%, lo que apoya la necesidad de cribado estructurado³. En el ámbito oculoplástico, una serie consecutiva (n=728) reportó un 6,9% de cribados positivos (DCQ \geq 9) y un peor perfil posoperatorio (dolor, complicaciones y reintervenciones) en el grupo positivo⁴.

Este escenario se intensifica en la era pospandemia: una revisión sistemática con metaanálisis (2025) estimó una prevalencia de TDC del 20,8% durante la pandemia (6 estudios), y discute factores como aislamiento, incremento del uso de redes sociales y videollamadas como posibles amplificadores de la preocupación corporal⁵. En consulta estética, ello sugiere que esta entidad continuará siendo frecuente.

Desde una perspectiva de seguridad clínica y jurídica, el punto crítico es el proceso de evaluación y documentación. Una revisión abierta y ampliamente citada recuerda que el 2% de cirujanos reportó amenazas físicas por pacientes con TDC y un 10% amenazas de violencia y acción legal, subrayando además la centralidad del consentimiento informado en litigios relacionados con procedimientos estéticos¹. En oculoplástica, donde el beneficio suele ser predominantemente subjetivo, el riesgo de expectativas desalineadas obliga a reforzar la trazabilidad del proceso decisorio.

Por ello, se propone un enfoque escalonado, de bajo coste y alto impacto: (a) cribado sistemático inicial con un instrumento breve y validado (p. ej., BDDQ-AS); (b) entrevista estructurada de expectativas y señales de alarma (discrepancia marcada entre defecto objetivable y sufrimiento, demandas reiteradas, historia de múltiples procedimientos, hostilidad o coerción); (c) consentimiento informado reforzado, con registro explícito de alternativas, limitaciones, probabilidad de persistencia de insatisfacción y verificación de comprensión; y (d) implantar un circuito de derivación a salud mental cuando el cribado sea positivo o exista alta sospecha clínica. En estos casos de sospecha elevada, el médico está en todo su derecho –y de hecho debería– negarse a realizar la cirugía, debido al riesgo de complicaciones o resultados insatisfactorios postoperatorios.

Normalizar este flujo puede desplazar el debate desde la contraindicación absoluta hacia una toma de decisiones compartida, prudente y defendible, coherente con la evidencia disponible

y con la responsabilidad profesional en un entorno de presión estética creciente.

Financiación

No hubo financiación específica.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés.

Bibliografía

1. Higgins S, Wysong A. Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder – An Update. *Int J Womens Dermatol.* 2018;4(1):43-8. doi: 10.1016/j.ijwd.2017.09.007.
2. Salari N, Kazeminia M, Heydari M, Darvishi N, Ghasemi H, Shohaimi S, et al. Body dysmorphic disorder in individuals requesting cosmetic surgery: A systematic review and meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2022;75(7):2325-36. doi: 10.1016/j.bjps.2022.04.098.
3. Joseph AW, Ishii L, Joseph SS, Smith JI, Su P, Bater K, et al. Prevalence of body dysmorphic disorder and surgeon diagnostic accuracy in facial plastic and oculoplastic surgery clinics. *JAMA Facial Plast Surg.* 2017;19(4):269-74. doi: 10.1001/jamafacial.2016.1535.
4. Woolley AJ, Perry JD. Body dysmorphic disorder: prevalence and outcomes in an oculofacial plastic surgery practice. *Am J Ophthalmol.* 2015;159(6):1058-64.e1. doi: 10.1016/j.ajo.2015.02.014.
5. Martínez-Libano J, Ahumada Reyes JM, Sarmiento Passalacqua A, Collao JA, Gallegos J. Prevalence and post-pandemic consequences of body dysmorphic disorder: a systematic review with meta-analysis. *Health Psychology Report.* 2025;13(3):215-25. doi: 10.5114/hpr/202321.