



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma De Puebla
Vicerrectoría De Investigación Y Estudios De Posgrado
Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Especialidades Puebla

Centro Médico Nacional General de División

“Manuel Ávila Camacho”.

“RELACIÓN ENTRE EL ESPASMO HEMIFACIAL Y TRASTORNO DISMÓRFICO
CORPORAL EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA
ESPECIALIDAD “MANUEL ÁVILA CAMACHO”

Tesis para obtener el Grado de
Especialidad en Medicina Interna

Presenta:

Dr. José Alejandro Lafarga Amao.

Directores:

Dra. Garmendia Rebolledo Alicia

Dra. Juárez Santiesteban María del Rayo





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2105,
HOSP TRAUMA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 025

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 008 2017121

FECHA Viernes, 28 de febrero de 2020

M.C. MARIA DEL RAYO JUAREZ SANTIESTEBAN

PRESENTE

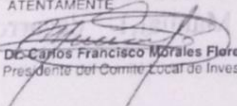
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título RELACIÓN ENTRE ESPASMOS HEMIFACIALES Y TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD "MANUEL AVILA CAMACHO" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2020-2105-019

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. Carlos Francisco Morales Flores

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2105

Imprimir

IMSS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 21058
HOSP TRAUMA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS 17 CI 21 114 025

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 21 CEI 008 2017121

FECHA Jueves, 27 de febrero de 2020

M.C. MARIA DEL RAYO JUAREZ SANTIESTEBAN

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **RELACIÓN ENTRE ESPASMOS HEMIFACIALES Y TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD "MANUEL ÁVILA CAMACHO"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. JOSE PEDRO MARTINEZ ASENCION
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 21058

[Imprimir](#)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

PUEBLA, PUE., A 9 de octubre del 2020

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES: Doctora Alicia Garmendia Rebolledo
Doctora Mara del Reyo Juarez Santiesteban.

DE LA TESIS TITULADA:
"Rebccion entre espasmo hemifacial y trastorno dismorfica corporal en los pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad. Manuel Anik Comacho"

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:
Jose Alejandro Lopez Armas

DE LA ESPECIALIDAD:
Medicina interna.

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS
CON NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL:

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Alicia Garmendia Rebolledo.
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Alicia Garmendia
Mat. 8784612
IMSS C.P. 1670269 C.E. 3223881
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)



GOBIERNO DE
MÉXICO

CARTA COMPROMISO

Puebla, Puebla, a 9 de octubre de 2020.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE

El (la) suscrito (a) Lafarge Amao José Alejandro, en mi calidad de estudiante y habiendo sido beneficiario de la residencia médica de medicina interna de fecha 2017 a 2021 y estando cursando la (el) (maestría/doctorado/residencia) en _____, manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy autor del trabajo de Tesis titulado "Relación entre espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal en los pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad 'Manuel Ávila Camacho'".

_____, el cual ha sido asesorado por el (los) doctor

(es) Juárez Santesteban Maribel Rego y Alicia Garmendia
Rebollo en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por tanto, para fines de divulgación y publicación sobre la metodología, resultados y/o otra información desarrollada durante el proyecto, reconozco que deberé contar con la autorización escrita de todos los autores.

Asimismo, manifiesto que en caso de que el presente trabajo implique derechos de propiedad industrial e intelectual como resultado de su desarrollo, tomando en consideración que será producto de una investigación practicada en las instalaciones del Instituto y con pacientes, equipos, materiales y diversos instrumentos de su propiedad, se reconoce como legítimo propietario de dicha novedad al Instituto Mexicano del Seguro Social; en donde el suscrito participa en colaboración con mi (los) asesor (es), por lo que mi colaboración y derechos estará sujeta al porcentaje de autoría que corresponda a mi participación en relación con los demás autores en colaboración.

Atentamente

Lafarge Amao José Alejandro
Nombre y firma

INDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN.	9
1.1.- Antecedentes generales.....	9
1.2.- Antecedentes específicos.	22
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	25
3.- JUSTIFICACIÓN.	26
4.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
Tipo de estudio.	
Pacientes.	
Instrumentos.	
Procedimientos.	
Análisis estadístico.	
5.- RESULTADOS.....	29
6.- DISCUSION.	45
7.- CONCLUSIONES.	50
8.- BIBLIOGRAFÍA.	52
9.- ANEXOS	55

RESUMEN

RELACIÓN ENTRE ESPASMOS HEMIFACIALES Y TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD “MANUEL ÁVILA CAMACHO”

Lafarga Amao José Alejandro*, Alicia Garmendia Rebolledo **, Juárez Santiesteban María del Rayo**.

Departamento de Neurología de Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional “General de División Manuel Ávila Camacho”. Hospital de Especialidades, IMSS.

Correspondencia: lafargaamao@gmail.com

INTRODUCCIÓN: El espasmo hemifacial es una patología crónica con tratamiento de control principalmente a base de aplicaciones repetidas de toxina botulínica, la cual presenta una comorbilidad de trastorno dismórfico de la personalidad con una prevalencia mayor que la población en general.

OBJETIVO: Determinar la relación de trastorno dismórfico corporal en pacientes con espasmo hemifacial en los pacientes en tratamiento con toxina botulínica en el Centro Médico Nacional “General de División Manuel Ávila Camacho”.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, prospectivo, prolectivo, unicéntrico y homodémico. El estudio se llevará a cabo en el servicio de neurología de la UMAE del Centro Médico General Manuel Ávila Camacho, haciendo uso de expedientes clínicos para obtención de información así como interrogatorio directo a los pacientes durante el día de aplicación de su tratamiento. Los criterios de inclusión: pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad con diagnóstico de espasmo hemifacial sin deterioro cognitivo.

RESULTADOS. El total de pacientes incluidos en el estudio fue de 69 pacientes, 30.43% género masculino y 69.57% género femenino. Se registró una relación entre espasmo hemifacial y trastorno dismórfico de la personalidad ($p < 0.001$), con una prevalencia dentro de la reportada en población general. La intensidad del espasmo hemifacial tuvo una media de 2.06 ± 0.84 . El lado afectado por el espasmo hemifacial no se relacionó con el trastorno dismórfico corporal.

CONCLUSIONES. Existe una relación entre espasmo hemifacial y trastorno dismórfico de la personalidad. La prevalencia del trastorno dismórfico corporal está

dentro del rango descrito en la bibliografía. La intensidad del espasmo no se relaciona con trastorno dismórfico corporal. Hay predominancia de ambas patologías en el género femenino.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 Antecedentes generales.

Históricamente la distonía fue reportada por primera vez en 1908 por Schwable en un caso de 3 hermanos con distonía denominada “primaria generalizada”. El término nosológico de distonía fue descrito por el mismo autor en 1911, llamándola “distonía muscular deformante”. En 1975, David Marsden integra al término y define el blefaroespasmó, la torticolis y el espasmo del escribano como tipos de distonías, y en 1984 se realiza la base de la definición actual de distonía.

Actualmente las distonías son definidas por la Sociedad de Trastornos del Movimiento desde el 2013 como un trastorno del movimiento caracterizado por contracciones musculares anormales sostenidas o intermitentes, generalmente repetitivas, que causan posturas, movimientos anormales, o ambos. Siguen un patrón específico en el paciente, en el cual los músculos afectados no suelen variar con el tiempo, característica que la separa de los trastornos coreiformes. Estas contracciones suelen empeorar por los movimientos voluntarios, el estrés, la fatiga y los estados emocionales, y disminuyen en intensidad al relajarse y en el sueño profundo. En población pediátrica se ha reportado cambios en la intensidad de las distonías con el hambre y la temperatura ^(1, 2, 3).

Prevalencia.

Su prevalencia ha sido variable entre distintas regiones, lo que se ha atribuido más a un subdiagnóstico de las distonías, encontrando prevalencias entre 4.2 a 15.4 de cada 100 000 habitantes. También varía de acuerdo al tipo de distonía abordada, siendo la más común por lo general la distonía cervical primaria, aunque hay poblaciones (Japón, Italia) donde el blefaroespasmó es la forma más común de distonía. De acuerdo a la población estudiada, ha habido reportes de prevalencia de blefaroespasmó de 17 a 56% y de distonía cervical de 37 a 69%, las cuales son las principales formas de presentación de distonía, seguidas por la distonía focal de mano o de pierna (3 a 7%), disfonía espasmódica (1 a 3%) y distonía oromandibular (1%). En general, estas distonías son idiopáticas, de instauración en edad adulta,

siendo más común en mujeres entre la quinta y séptima década de la vida. Hay pocos estudios en Latinoamérica que aborden su prevalencia e incidencia, en los cuales se han descrito sintomatología no motora hasta en un 70% (2, 4, 5).

Etiología

Se han descrito distintos componentes fisiopatológicos de la distonía, entre los que se encuentran:

- 1) La pérdida de inhibición de músculos antagonistas llevando a co-contracción de agonistas y antagonistas por alteraciones en la vía directa e indirecta en el sistema de los ganglios basales, en la corteza cerebral; y a falta de inhibición de los reflejos a nivel medular.
- 2) Así mismo, se han observado distonías estimuladas por sensaciones vibratorias (fenómeno que se detiene con el uso de lidocaína), agregando sospecha de un trastorno no bien definido de la sensibilidad.
- 3) Alteraciones en la plasticidad neuronal llevan a desequilibrio en la regulación de la motilidad durante el desarrollo del individuo (2).

Dentro del sistema de control motor de los ganglios basales, se encuentran:

1) Los neurotransmisores dopamina y serotonina. Este último neurotransmisor se ha ido relacionando cada vez más a la presencia de distonías, de tal forma que se definió un sistema serotoninérgico conformado por el núcleo del rafé dorsal, la sustancia negra, el núcleo subtalámico y la pars interna del globo pálido, estudiado principalmente en las formas genéticas de la enfermedad (aunque también en las idiopáticas) encontrándose que en general en las distonías respondedoras a L-dopa se encuentra una disminución en la síntesis de serotonina. Este planteamiento es apoyado por la alteración en la intensidad de las distonías (tanto mejoría como empeoramiento) con el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina. Bajo este sustento teórico es que se explican actualmente las comorbilidades psiquiátricas en las distonías, refiriéndolas como entidades orgánicas con fisiopatología compartida, y no solamente respuestas secundarias a la distonía *per se*. La pars interna del globo caudado y la pars reiculata de la sustancia negra, se encuentran fuertemente

estimulados serotoninérgicamente, lo cual estimula un sistema de retroalimentación positiva con el resto de los ganglios basales, fenómeno que podría explicar parte de la fisiopatología de componente serotoninérgico, junto con la comorbilidad de distonías en ex usuarios de drogas que afectan dicho sistema ⁽⁶⁾.

2) El componente genético ha sido abordado ampliamente en los últimos 20 años, observándose un antecedente familiar hasta en 20% de los pacientes. Cuando su etiología es genética, suele presentarse durante la niñez y acompañarse de otra sintomatología motora, como parkinsonismo y mioclonus (denominadas distonías combinadas cuando el síntoma principal es la distonía, y distonías complejas cuando la distonía no es el síntoma predominante). Se han reportado más de 200 alelos involucrados en distintos genes, siendo estos últimos originalmente nominados con el prefijo DYT y seguido de un número, correspondiendo al orden en que se fueron descubriendo. Posteriormente se renombraron acorde al gen alterado, por ejemplo, el primer gen relacionado, DYT1 se renombró DYT-TOR1A por ser el gen de la proteína Torsina A, en el cual se han descrito más de 100 alelos involucrados ⁽⁴⁾.

Factores de riesgo.

La exposición solar y la contaminación aérea se han relacionado al desarrollo de blefaroespasmos. Entre los factores de riesgo más importantes en las distonías adquiridas se encuentran los antecedentes de trauma en tórax o cuello, traumatismo craneoencefálico aumentando el riesgo cuando hay pérdida de estado de alerta y escoliosis durante la adolescencia o antes. Esto se traduce en una relación trascendental con la cinética de trauma en accidentes automovilísticos, donde todos los factores mencionados entran en juego. La “lesión por latigazo” se presenta en aproximadamente el 65% de los accidentes. Aunque se ha propuesto que las cirugías en general aumentan el riesgo de distonías cervicales, los hallazgos suelen ser contradictorios, mostrando fuerte relación con cirugías como tonsilectomía y extracción de terceros molares lo cual se explicaría por la cercanía a tejidos blandos adyacentes, sin embargo, no se encuentra relación en los modelos actuales para explicar las distonías el por qué se ha encontrado relación con cirugías no cercanas

a dicha región, como la apendicectomía u otros procedimientos quirúrgicos en general (4, 6, 7).

Clasificación.

Durante su historia ha habido distintas clasificaciones, siendo de las primeras (basadas en las descripciones de Oppenheim), como calambres, espasmos ocupacionales o específicos a ciertas tareas o psicógenas. Por ejemplo, el término calambre del escritor, era clasificado como una distonía primaria ocupacional. En 1972, en el Primer Simposium Internacional de Distonías, se reclasificaron como blefaroespasmo, distonía oromandibular, tortícolis, disfonía espasmódica, y calambre del escritor. Recibiendo posteriormente dos reclasificaciones, en las que cabe resaltar el agregar los términos hereditarios y adquiridos. La distonía focal idiopática de instauración en la adultez tardía es la que se presenta con mayor frecuencia. Actualmente se clasifica acorde a ejes, en el cual se describe un eje 1 y un eje 2 acorde a la tabla 1 (2, 4, 8).

Tabla. 1. Clasificación acortada de distonías por ejes.		
Eje 1	Edad de inicio	Lactancia, niñez, adolescencia, adultez temprana o tardía.
	Distribución corporal	Focal, segmentaria, multifocal, hemidistonía o generalizada
	Patrón temporal	Estática o progresiva así como persistente, relacionada a actividades, diurna o paroxística
	Sintomatología	Con o sin sintomatología agregada.
Eje 2	Orgánica	Degenerativa, estructural o sin evidencia de organicidad
	Etiología	Heredada, adquirida o idiopática.
Fuente: Ospina-García N, Cervantes-Arriaga A, Rodríguez-Violante M. Etiología, fenomenología, clasificación y tratamiento de la distonía. Rev Mex de Neurociencia. 2018;19(4):94-107.		

También existe una clasificación empírica para el seguimiento del paciente, creando una entidad epistemológica denominada “distonías respondedoras a dopa”. Mediante un complejo sistema enzimático, a partir de la tetrahidrobiopterina se

puede sintetizar triptófano, fenilalanina y tirosina, siendo éstos los precursores de la serotonina en el caso del primero, y los últimos dos predecesores de la levodopa que se convierte en dopamina. Es esta síntesis de dopamina la cual puede estar afectada a distintos niveles moleculares en la forma congénita de la enfermedad, incluyendo los defectos de las enzimas ciclohidrolasa-1 en sus formas autosómica dominante y recesiva, deficiencia de la sepiapterin reductasa y deficiencia de la descarboxilasa del ácido aromático L-amino. Estas formas genéticas de la enfermedad suelen debutar en infancia y adolescencia, acompañados de comorbilidades psiquiátricas como componentes del espectro autista, depresión o trastorno obsesivo compulsivo ⁽⁶⁾.

Diagnóstico.

Actualmente no existen criterios consensados para realizar el diagnóstico de distonías, sin embargo, presentan 5 signos característicos para orientación del clínico: dos principales considerados *si ne qua con* acorde a la definición de las mismas (posturas distónicas o movimientos distónicos), y gestos antagonistas, distonías en espejo y fluctuación de la intensidad de la distonía. Estos datos clínicos son altamente sugestivos del diagnóstico, remitiéndolo a ser principalmente clínico. Parte del componente motor presenta alteraciones no motoras actualmente consideradas orgánicas conforme al modelo fisiopatológico, como trastornos depresivos y ansiosos principalmente. En la tabla 2 se muestran las principales etiologías orgánicas junto con su agente causal de aquellas distonías adquiridas (incluyendo congénitas, que no es sinónimo de hereditarias) esto es útil para su diagnóstico en el contexto clínico del paciente. La necesidad de estructurar un adecuado criterio para las distonías se hace evidente en que hasta el 15% de los pacientes diagnosticados con enfermedad de Parkinson son reclasificados con algún tipo de distonía.

Tabla 2. Fisiopatología orgánica de distonías adquiridas

Fisiopatología	Etiología
----------------	-----------

Parálisis cerebral distónica	Lesión cerebral perinatal.
Inducida por drogas	Neurolépticos, antagonistas de dopamina, anticomiciales, bloqueantes de canales de calcio.
Tóxica	Heroína, metanol, monóxido de carbono, disulfirán, cianuro, manganeso, cobalto, ácido 3-nitropropiónico.
Lesión cerebral	Isquémica, hemorrágica, malformación arteriovenosa, neoplasias, radioterapia, traumatismo craneoencefálico, cirugía cerebral, lesión por electricidad.
Infección	Encefalitis viral, panencefalitis esclerosante subaguda, virus de inmunodeficiencia humana, encefalitis letárgica, enfermedad por priones.
Mediada inmunológicamente	Encefalomielitis diseminada adquirida, encefalitis paraneoplásica o autoinmune.
Metabólica	Hipoglicemia, estado hiperosmolar hiperglucémico, hipocalcemia, hipoparatiroidismo, hipertiroidismo, degeneración hepatocerebral, uremia.
Fuente: Albanese A, Di Giovanni M, Lalli S. Dystonia: diagnosis and management. European J of Neurology 2018;26(1):5-17.	

El diagnóstico es clínico pudiendo complementar el eje 1 de la distonía mediante el interrogatorio, y dirigir estudios acorde a hallazgos físicos en exploración, y ante la duda, en electromiografía suele encontrarse contracciones objetivamente observables de músculos agonistas y antagonistas. El eje 2 se vuelve más intencionado en su valoración, recurriendo principalmente a estudios de imagen buscando organicidad, estudios genéticos y probablemente estudios intencionados

mediante el mecanismo fisiopatológico sospechado, por ejemplo, la búsqueda intencionada de niveles de ceruloplasmina para la enfermedad de Wilson ^(6, 9).

Lo más cercano a un algoritmo diagnóstico se encuentra en la entidad nosológica del blefaroespasmio, con sensibilidad del 93% y especificidad del 90% consistiendo principalmente en valorar el periodo refractario post estimulación con electrodos en músculos periorbitarios y valorar su duración, en donde el paciente sano presenta refractariedad durante 0.2 segundos, mientras que el paciente con blefaroespasmio presenta periodos de refractariedad menores a 0.2 segundos. De esto mismo deriva una escala de gravedad la cual considera los siguientes puntos: intensidad y duración del cierre ocular, frecuencia de los espasmos, presencia o no de apraxia a apertura ocular, presencia o no de aumento de parpadeo y de aumento durante la escritura. De igual forma, se cuenta con una escala para la valoración de la intensidad del espasmo hemifacial, la escala de Jankovic, la cual se encuentra en la tabla 3.^(10, 11).

Tabla 3. Escala de Jankovic	
A) Intensidad	
Item A1	Tipo de espasmo <3 segundos: = 1 punto >3 segundo con contracción incompleta = 2 puntos >3 segundos con contracción completa = 3 puntos
Item A2	Apraxia del músculo afectado Sí = 1 punto No= 0 puntos
Item A3	Espasmos al escribir Sí = 1 punto No= 0 puntos
Item A4	Tiempo entre contracturas observadas en 2 minutos 3 a 4 segundos = 1 punto 4.1 a 5 segundos = 2 puntos >5 segundos = 3 puntos
B) Frecuencia	
Item B1	Contracciones por minutos 1 a 18 contracciones = 1 punto 19 a 32 contracciones = 2 puntos >32 contracciones = 3 puntos
Item B2	Contracciones completas por minutos 1 a 3 = 1 punto 4 a 7 = 2 puntos <7 = puntos
Puntaje total	Intensidad + frecuencia (A1+A2+A3+A4+B1+B2)

Tratamiento.

El tratamiento farmacológico, no ha logrado resultados satisfactorios, entre estos se incluyen: los inhibidores de recaptación de serotonina, el baclofeno, benzodiazepinas, clonidina, gabapentina, levodopa y trihexifenidil. La toxina botulínica es el principal tratamiento no oral para las distonías, en sus formas onobotulintoxinA y abobotulinumtoxinA, las cuales han sido recomendadas. Actualmente sus otras formas, incobotulintoxinA y rimabotulinumtoxinB, aún se encuentran en estudio. El lugar de aplicación de la toxina depende de los músculos primeramente afectados, lo cual es determinado por el tipo de distonía. En el caso de la onobotulintoxinA la dosis total inicial necesaria suele ser 50 a 60 unidades, y en el caso de la abobotulinumtoxinA suele ser entre 100 a 150 U El tratamiento es totalmente individualizado requiriendo aplicaciones de trimestrales a cuatrimestrales por lo general ^(1, 3, 12).

Los pilares del tratamiento, consisten en inyecciones de toxina botulínica en sus distintas formas, y en casos muy selectos, baclofeno intratecal o intraventricular o estimulación cerebral profunda. En estos momentos los fármacos vía oral no ofrecen nivel de recomendación, pero cabe mencionar al baclofeno, el cual consiste en un agonista GABA_B de la columna vertebral y el cerebro, aunque de forma oral por el momento no se encuentra con evidencia que respalde su uso (al igual que las benzodiazepinas, la clonidina, la gabapentina, el trihexifenidil). La levodopa en particular, tiene una recomendación C (ver tabla 4) por el momento para mejorar la función motora, disminuir el dolor, y como previamente mencionado, permite una clasificación empírico-terapéutica del trastorno. El baclofeno intratecal, es recomendación C para distonía generalizada severa, aunque se relaciona en un 26% con constipación, somnolencia y disminución del control motor de la cabeza, así como un 38% en complicaciones quirúrgicas. La estimulación cerebral profunda, aparentemente prometedora en pacientes con alteraciones monogénicas específicas, puede llegar a jugar un papel prometedor en el futuro, sin embargo, actualmente persiste como medida de control para distonías generalizadas severas, predominantemente relacionadas a parálisis cerebral infantil o formas monogénicas

de la enfermedad. Esta modalidad de tratamiento se resguarda para pacientes refractarios a levodopa y cuya distonía al no ser de carácter focal no permite el uso de toxina botulínica como tratamiento. Ha sido descrita durante más de 30 años., estimulando el globo pálido interno y el núcleo subtalámico, con resultados inconsistentes en pacientes, encontrando las mutaciones en DYT-TOR1A e inicio temprano de enfermedad como factores predictores de buena respuesta a tratamiento. Actualmente, se encuentran en estudio modalidades de estimulación cerebral que no sean invasivas, como la terapia electroconvulsiva o la estimulación magnética transcraneal, ambas con bajos niveles de evidencia, sin recomendación actual, y en boga para tema de estudio (3, 13, 14, 15).

Tabla 4. Significado de los grados de recomendación (Centre for Evidence-Based Medicine de Oxford)

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendación favorable
C	Recomendación favorable pero no concluyente
D	Ni se recomienda ni se desaprueba.

Complicaciones.

Las complicaciones se pueden dividir entre motoras y no motoras. Estas, como se mencionó previamente, en Latinoamérica se llegan a reportar hasta en un 70% de las ocasiones. Las no motoras por ejemplo, consisten en las deformidades corporales relacionadas a parálisis cerebral distónicas que se presentan a los 5 años de edad en la mitad de dicha población. También se encuentra la persistencia de dolor (38%), dificultad para actividades manuales (22%) y sentarse (15%) (2, 3).

Se reporta una coexistencia entre las distonías y trastornos no motores, aunque la prevalencia de estas alteraciones en pacientes con distonías ha variado en distintos estudios epidemiológicos, reportándose principalmente entre 25 a 50% de los pacientes. Se dividen en síntomas sensoriales, trastornos cognitivos, trastornos del sueño, y por último, trastornos psiquiátricos (2, 5).

Hay comorbilidad documentada con depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos de atención, comportamiento agresivo, algún componente del espectro autista e incluso automutilación. Dichas comorbilidades curiosamente en la mayoría de los casos preceden a la aparición de las distonías ya manifiestas en síntomas motores. El bruxismo por ejemplo, el cual consiste en el movimiento rítmico, espasmódico e involuntario con cierre mandibular se presenta en el 22 a 31% de las personas al estar despiertas y en 4 a 13% de las personas al estar dormidas, y al considerar ambas formas de presentación (bruxismo despierto y dormido) presenta una prevalencia aproximada al 23.1%, mientras que en pacientes distónicos se presenta hasta en un 41.2%. De la misma manera, las habilidades cognitivas se ven afectadas de acuerdo a la etiología, siendo las más severas las formas secundarias a trastornos congénitos del metabolismo, posteriormente la parálisis cerebral infantil, seguida de las distonías primarias; considerando las funciones cognitivas como la inteligencia, la memoria de trabajo, visual, verbal, la velocidad de procesamiento de información, las funciones visuoespaciales y la cognición social (6, 16, 17).

Trastorno dismórfico corporal.

Descrito desde hace siglos, y definida en 1891 como dismorfofobia por el psiquiatra italiano Enrico Morselli, en 1966 fue renombrado hipocondría dermatológica. Dentro de la última década, 3 autoridades en el tópico la han clasificado, la Clasificación Internacional de Enfermedades, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y la Asociación Americana de Psiquiatría; epistemológicamente consideradas acorde a la tabla 5, así como en la tabla 6 encontramos los criterios diagnósticos acorde a estas 3 autoridades académicas. La siguiente Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), ya publicada por la OMS en junio del 2018 (la cual entrará en vigor en 2022), lleva la misma clasificación del trastorno. En la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se agrega una subclasificación: con ataques de pánico o no dependiendo si es acompañado de éstos; además de también subclasificarlo

con o sin dismorfia muscular, la preocupación de que su cuerpo es muy pequeño o de que debería ser más muscular (18, 19, 20).

Tabla 5. Epistemología nosológica del trastorno dismórfico corporal.	
Clasificación Internacional de Enfermedades (1990)	Trastornos somatomorfos, se considera un subtipo de hipocondría.
Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (2013)	Trastorno del espectro obsesivo compulsivo.
Asociación Americana de Psiquiatría (2013)	Trastorno del espectro obsesivo compulsivo.
Fuente: Giraldo-O'Meara M, Belloch A. El Trastorno Dismórfico Corporal: un problema infra-diagnosticado. Rev Psicopatología y Psicol Clín 2017;22(1):69.	

Este trastorno consiste en una preocupación persistente de algún defecto físico (focal o generalizado), el cual puede llegar a ser poco importante o incluso inexistente, lo cual conlleva a comportamientos con el fin de esconder, disimular o eliminar el defecto; llegando a consumir de 3 a 8 horas al día en ello, aunque 1 hora al día es suficiente para tamizaje. Los pacientes con este trastorno presentan 4 veces más ideaciones suicidas y a comparación de la población general, realizan intentos de suicidio 2.6 veces más seguido, a pesar del tratamiento. Su tasa de suicidabilidad puede llegar a ser hasta 45 veces superior a la población general si no se controla el trastorno, lo cual es indirectamente proporcional al nivel de introspección del paciente. Esto es comparable a otras entidades nosológicas psiquiátricas serias, como la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático. Su prevalencia varía de 1.7% hasta 13% en población estadounidense, aunque hay un aumento de prevalencia en pacientes con comorbilidades psiquiátricas (5.8 a 7.4%), y aún mayor en el contexto de otras especialidades, siendo 13.2% en cirugía cosmética, 20.1% en cirugías de rinoplastia, 11.2% en cirugías ortognáticas y 11.3% en pacientes que acuden al dermatólogo. Tiene pico de incidencia a los 16 años de edad, aunque suele iniciar sus manifestaciones a los 10 años de edad y tiene prácticamente la misma incidencia entre ambos sexos con una ligera inclinación hacia el sexo femenino. Se trata de un trastorno tratable mediante terapia cognitivo conductual e inhibidores de la recaptación de serotonina (sobresaliendo entre ellos

el escitalopram), así como un antidepresivo tricíclico, la clomipramina. El tratamiento farmacológico por sí mismo lleva a una mejoría sintomática significativa en 63 a 83% de los pacientes y la terapia cognitivo conductual con un mínimo de 16 sesiones ha mostrado superioridad sobre otras terapias psicológicas, concretamente sobre la terapia de manejo de ansiedad. Este tratamiento incluso ha mostrado mejoría sintomática mediante terapia por medios electrónicos, mejorando hasta el 53% de los pacientes. Se cree que la mejoría por la terapia cognitivo conductual va en función del tratamiento de la mejoría en la introspección del paciente y el tratamiento de la depresión reactiva que puede acompañar al trastorno (17, 21, 22, 23).

Tabla 6. Criterios diagnósticos de trastorno dismórfico corporal.	
CIE-10 *	A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva. B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental
DSM-IV-RT *	A. Preocupación por algún defecto en el aspecto físico, imaginario o existente, que causa preocupación claramente excesiva. B. La preocupación causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
DSM-V**	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, averse 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 u otras áreas importantes del funcionamiento. D. La preocupación por el aspecto 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 de la conducta alimentaria.
* Psychiatric Association A. DSM-IV-RT. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4th ed. Editorial Médica Panamericana; 2013.	
** Psychiatric Association A. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5th ed. Editorial Médica Panamericana; 2000.	

El cuestionario sobre el trastorno dismórfico corporal (BDD-Q por sus siglas en inglés) diseñado y presentado por Phillips, KA, y posteriormente avalado por la Asociación Americana de Psiquiatría en 1995 es una herramienta de detección para el trastorno para la población general. En 2005 el mismo autor agrega un ítem extra para excluir los trastornos relacionados con el peso o complexión corporal, acorde

al ajuste de los criterios diagnósticos realizado por el DSM-V, se presenta en la tabla 7. Este presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 92.5% en ambos sexos acorde a la validación en población estadounidense, y una sensibilidad de 94% y especificidad del 90% en mujeres suecas, diferencia explicada por la mayor incidencia de trastornos alimentarios en la población femenina (el cual es el criterio de exclusión mencionado). Es considerada herramienta de tamizaje validada (18, 19, 23, 24).

Tabla 7. Cuestionario sobre trastorno dismórfico corporal (BDDQ)*		
Pregunta	Respuesta **	Puntos ***
1. ¿Está usted muy preocupado(a) acerca de la apariencia de alguna(s) parte(s) de su cuerpo que usted considera especialmente inatractivas?	Sí	1
2. ¿Las preocupaciones por sí mismas le preocupan? Es decir, ¿piensa en ellas mucho y desearía poder pensar menos en ellas?	Sí	2
3. a) ¿Su defecto le ha causado mucho estrés, tormento o dolor? b) ¿Su defecto ha interferido significativamente con su vida social? c) ¿Su defecto ha interferido con su rendimiento escolar, trabajo o su habilidad para funcionar en su rol? d) ¿Hay cosas que evade debido a su defecto?	Sí a al menos una de las preguntas	3
4. ¿Cuánto tiempo pasa pensando acerca de su defecto al día en promedio?	≥1 hora	4
5. ¿La principal preocupación respecto a su apariencia es que no es suficientemente delgado(a) o que se podría volver gordo?	Sí	Excluid o del diagnóstico
*Phillips K. The broken mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. 1st ed. Oxford University Press; 2005. ** Solo si la respuesta es sí, se avanza a la siguiente pregunta. *** Puntaje acumulativo. Cuatro puntos se considerado positivo.		

1.2 Antecedentes específicos.

No existen estudios previos que busquen intencionadamente la correlación de distonías de cualquier tipo con el trastorno dismórfico corporal propiamente, sin embargo, sí hay evidencia de la participación de los neurotransmisores serotonina y dopamina (con sus derivados) en ambos trastornos así como aumento en la comorbilidad de patologías psiquiátricas en los pacientes con distonías ^(6, 18).

Fabbrini G. y cols en el año 2010 realizaron un estudio monocéntrico de casos y controles en pacientes con distonías focales primarias tratadas en la clínica del Departamento de Ciencias Neurológicas “Sapienza” en Roma con pacientes control que fueran sanos, equiparables en edad, sexo, educación origen étnico y social obteniendo como resultados una comorbilidad de trastorno obsesivo compulsivo (recordemos que el trastorno dismórfico corporal actualmente se considera parte de este) así como trastornos del estado del ánimo, de adaptación y de ansiedad del 57.3% en los pacientes con distonías contra un 24.1% de los pacientes control. En el caso específico del trastorno obsesivo compulsivo la comorbilidad fue de 3.3% contra un 1.6% en la población control. La comorbilidad psiquiátrica estuvo presente en mayor frecuencia en la distonía cervical, seguida del blefaroespasma, el espasmo hemifacial, la distonía laríngea y la distonía de extremidad superior, respectivamente; concluyendo al comparar con los controles, que los pacientes con distonía cervical o blefaroespasma tenían mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos, principalmente depresión, estableciéndose una relación causal entre las distonías y los trastornos psiquiátricos ⁽²⁵⁾.

Berardelli I. y cols en el año 2015 realizaron una revisión del estudio de Fabbrini G. y cols en 2010, el cual fue el primer estudio de distonía cervical en la clínica del Departamento de Ciencias Neurológicas “Sapienza” en Roma. Estos pacientes habían llevado agregado al tratamiento con toxina botulínica, tratamientos variados con benzodiazepinas, antidepresivos, una combinación de éstos o ningún tratamiento farmacológico. Se les realizó una valoración por 2 psiquiatras distintos en base a los criterios vigentes al momento en el DMS-IV, realizando así mismo

escalas de severidad de síntomas psiquiátricos y su impacto en funcionalidad laboral, social y psicológica, obteniendo como resultados lo siguiente:

- 7 pacientes que tenían diagnóstico psiquiátrico en el 2010 no cambiaron de diagnóstico
- 1 paciente pasó de trastorno depresivo a ansioso
- 4 pacientes mantuvieron diagnóstico pero aumento su severidad
- 2 pacientes que no tenían psiquiátrico en el 2010 lo habían desarrollado.

En base a esto, concluyeron que no solo la evolución del trastorno psiquiátrico que acompañaba a la distonía focal es una entidad independiente a la distonía misma, sino también no proporcional a su severidad ⁽²⁶⁾.

Zoons E. y cols en el año 2017 realizaron en Amsterdam un estudio de cohorte en pacientes de 35 a 80 años de edad con distonía cervical idiopática con al menos 1 año de tratamiento con tóxina botulínica que estuvieron controlados mínimo 1 año por un neurólogo especialista en el tema. Se aplicó toxina botulínica a los pacientes y se les realizó una tomografía computada por emisión de fotón (SPECT) basal, con seguimiento con segunda SPECT dentro de los siguientes 3 a 7 días, encontrando una asociación entre síntomas depresivos y alteraciones en el sistema dopaminérgico, concluyendo no solamente la relación orgánica de este sistema con la distonía cervical, sino también una relación con síntomas depresivos a nivel orgánico ⁽²⁷⁾.

Título del estudio	Autor	Diseño del estudio	N	Resultados	Conclusiones
Serotonergic perturbations in dystonia disorders—a systematic review	Kema I et al.	Retrospectivo (2006)	89	Los pacientes con distonías presentan niveles séricos disminuidos de los metabolitos precursores de dopamina en líquido cefalorraquídeo	Las comorbilidades psiquiátricas con sistemáticamente infradiagnosticadas en pacientes con distonías
Understanding and treating body dysmorphic disorder	Veale D, Singh A	Retrospectivo 2019	264	La terapia farmacológica y cognitivo conductual no cuenta con ensayos clínicos aleatorizados	Se necesita mayor nivel de evidencia para dar una recomendación con mayor peso para el tratamiento del trastorno dismórfico corporal
Psychiatric disorders in adult-onset focal dystonia: A case-control study	Moretti G, et al	Casos y controles (2010)	89	En los distintos tipos de distonía, el trastorno psiquiátrico se presentó previo a la distonía, especialmente en blefaroespasmos y distonía cervical	Hay un mecanismo fisiopatológico común entre la distonía y los trastornos depresivos, se necesita estudiar a fondo la fisiopatología para determinar esta relación en tiempo y gravedad de síntomas.
Clinical course of psychiatric disorders in patients with cervical dystonia	Fabbrini G, et al	Observacional prospectivo (2015)	23	Se encontró que en un periodo de 5 años, a pesar de que se llegó a una disminución en la intensidad de la distonía, los síntomas psiquiátricos depresivos no disminuyeron.	Los trastornos psiquiátricos, aunque comparten fisiopatología acorde a modelo fisiopatológico actual, representan una entidad nosológica primaria.
The relationship between the dopaminergic system and depressive symptoms in cervical dystonia	Zoons E, et al	Observacional prospectivo (2017)	42	Se encontró menor cantidad de transportadores de dopamina en la sustancia negra en los pacientes con distonía y síntomas psiquiátricos.	Existe una relación causal orgánica entre las distonías y los trastornos psiquiátricos

El objetivo general de este estudio es determinar si existe relación entre distonías hemifaciales y trastorno dismórfico corporal en los pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad “Manuel Ávila Camacho”

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el servicio de neurología del Unidad Médica de Alta Especialidad “Manuel Ávila Camacho” se atienden a un número significativo de pacientes con distonías hemifaciales, los cuales son valorados sin valoración psiquiátrica, dando cabida a que el trastorno dismórfico corporal pase subdiagnosticado y permitiendo la evolución del mismo, agravando la intensidad de la distonía, menor apego a tratamiento, tendencia al suicidio y limitando sus capacidades interpersonales.

Por lo cual, se hace necesario estudiar la relación, esto nos permitirá realizar una intervención temprana evitando todo lo manifestado con anterioridad y mejora de la calidad de vida del paciente en todo su ámbito.

2.1 Pregunta científica

¿Existe relación entre espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal?

3. JUSTIFICACIÓN.

En los últimos años se han logrado avances importantes en lo referente a las distonías, en cuanto a los aspectos genéticos y fisiológicos, así como el diagnóstico, clasificación y tratamiento. Esto ha logrado impactar en la calidad de vida de quienes padecen la enfermedad, así como de sus familias.

Así mismo, se ha demostrado que los pacientes que padecen de distonías presentan mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos, entre ellos se encuentra el trastorno dismórfico corporal que es un trastorno de la personalidad que se basa en la autoimagen de la persona que le causa estrés, ansiedad e incapacidad para sus labores que conlleva a mayor tasa de suicidios.

No existen estudios que aborden la relación que existe entre distonías y trastorno dismórfico corporal. Este estudio pretende conocer dicha relación con la finalidad de un diagnóstico temprano, terapia adyuvante y mejorar la calidad de vida del paciente.

4. MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo, observacional, transversal, prolectivo, unicéntrico y homodémico.

Pacientes

En este trabajo se estudiaron los pacientes del servicio de neurología de la UMAE Gral. De división "Manuel Ávila Camacho" IMSS- Puebla, que estuvieron en tratamiento por distonía hemifacial, durante el periodo de tiempo comprendido del mes de enero a julio del 2020 con los siguientes criterios de inclusión: mayores de 18 años con diagnóstico de espasmo hemifacial sin deterioro cognitivo.

Instrumentos

Los recursos humanos empleados consistieron en el personal médico y técnico del nosocomio, así como los pacientes del servicio de neurología en tratamiento de espasmo hemifacial, los recursos físicos que se utilizaron fueron expedientes clínicos, hojas de recolección de datos, computadora e impresora.

Procedimientos

El estudio se llevó acabo en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla, "Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho del IMSS durante un tiempo comprendido entre el mes de enero a julio del 2020".

Los objetivos específicos del estudio fueron determinar la prevalencia del trastorno dismórfico corporal en los pacientes en tratamiento de espasmo hemifacial, la presencia o no de relación entre ambos y determinar las características demográficas de los pacientes en el estudio.

Para lo anterior, se tomaron las variables siguientes: género, edad, presencia de familiares de primer grado con distonía, diagnóstico de trastorno dismórfico corporal, antecedentes de esguince cervical, traumatismo craneoencefálico, extracción de

terceros molares, apendicectomía, cáncer, cirugía de cabeza, cuello o tórax, la escala de Jankovic para valorar la intensidad del espasmo hemifacial, la dosis total de toxina botulínica y los años de evolución de la enfermedad.

Análisis descriptivo.

Se utilizó estadística descriptiva para presentar las características demográficas de cada paciente. Para las variables cualitativas se aplicaron cálculo de porcentajes y proporciones. Se realizaron cuadros y gráficas de los resultados mediante programa Excel 2019. El análisis estadístico se realizó mediante prueba de Fisher utilizando el programa de Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Los recursos materiales consistieron en equipo de cómputo portátil personal y hojas de recolección de datos. Los recursos humanos fueron: investigador, asesor experto y asesor metodológico. En cuanto a las consideraciones éticas, no se puso en riesgo en ningún momento el bienestar de los pacientes y no se modificó en ningún momento el tratamiento de salud en materia de investigación para la salud y se realizó conforme la declaración de Helsinki de 1975, enmendadas en 1989; con los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Los resultados fueron utilizados únicamente con fines científicos.

Objetivos específicos.

El estudio pretendió determinar si en la población de la consulta de neurología de la Unidad Médica de Alta Especialidad “Manuel Ávila Camacho” existe relación entre distonías hemifaciales y trastorno dismórfico corporal de la personalidad, así como su prevalencia, identificar las características de la población y la intensidad de su espasmo hemifacial.

5. RESULTADOS

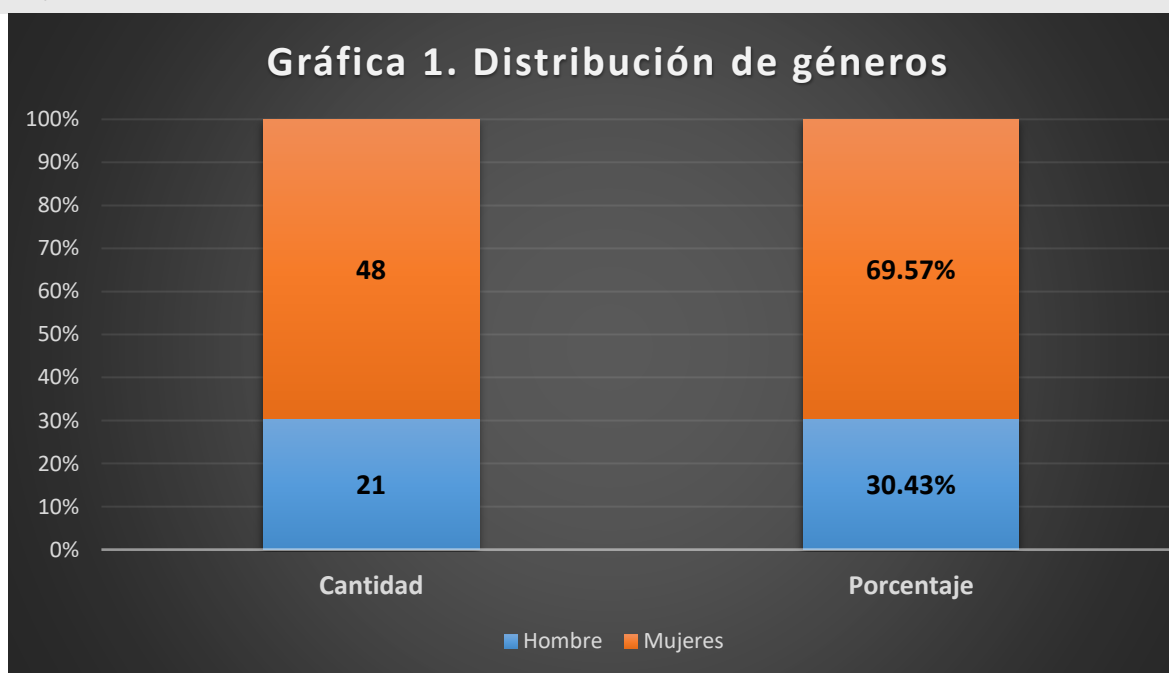
Se realizó un estudio dirigido a los pacientes en tratamiento con espasmo hemifacial en la Unidad Médica de Alta Especialidad “General Manuel Ávila Camacho” con la finalidad de demostrar una relación entre la presencia de trastorno dismórfico corporal y su intensidad con la prevalencia en respectivo al último, así como la presencia de los factores de riesgo para espasmo hemifacial en la población. Se seleccionaron 69 pacientes como población de estudio que cumplieron los criterios de inclusión. En cuanto a su distribución en género, se representó de la siguiente manera (Tabla 7, gráfica 1).

Género.

De los 69 pacientes estudiados se encontró un total de 21 hombres (30.43%) y 48 mujeres (69.57%) con espasmo hemifacial, lo que correspondió a una proporción de 5.22 mujeres por cada hombre afectado. Ver tabla 7 y gráfica 1.

Tabla 7. Distribución de géneros en la población.

Variables	n	Proporción (π)	Porcentaje (%)	Razón (R)	Tasa (x100)	Error de cálculo de muestra (EEp)	Intervalo Confianza 95%
Hombre	21	0.304	30.43%	0.438	43.750	0.055	10.86%
Mujeres	48	0.696	69.57%	2.286	228.571	0.055	10.86%



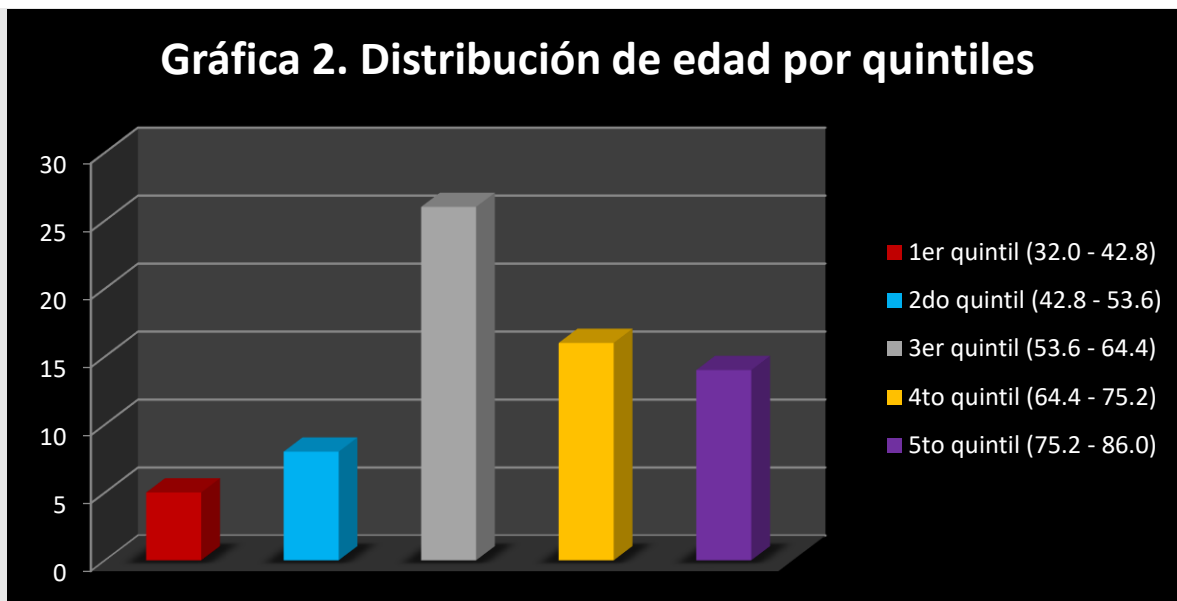
Fuente: hoja de recolección de datos.

Edad.

Se incluyeron 69 pacientes cuyas edades tuvieron una media de 63.81 con una desviación estándar (DE) de 12.47. (ver tabla 8, gráfica 2)

Tabla 8. Distribución de edad en la población.

Variable	n	Media	Mediana	Varianza	Desviación estándar	Coficiente	Mínima	Máxima
Edad	69	63.81	63.00	155.00	12.47	19.55	32	86



Fuente: hoja de recolección de datos.

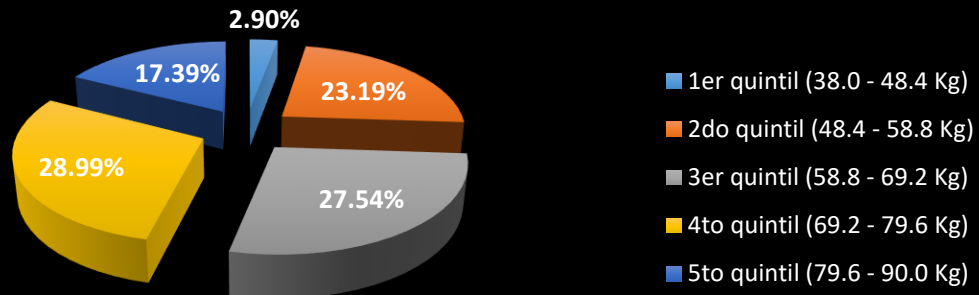
Peso.

De los 69 pacientes estudiados, presentaron una media en el peso de 67.42 ± 11.54 kilogramos, ver tabla 9, gráfica 3.

Tabla 9. Distribución de peso en la población.

Variable	n	Media	Mediana	Varianza	Desviación estándar	Coficiente	Mínima	Máxima
Peso	69	67.42	65.00	133.26	11.54	17.12	38	90

Gráfica 3. Distribución de peso en quintiles.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Talla.

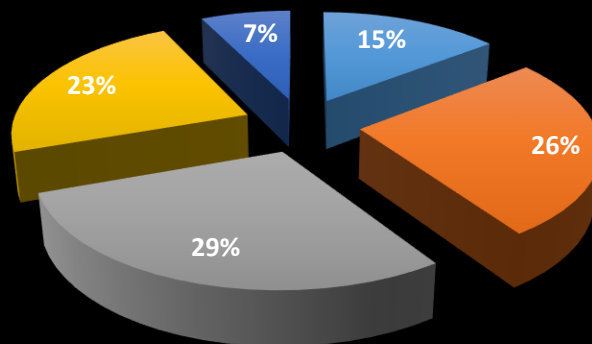
La talla media de los pacientes estudiados fue de 1.56 ± 30.08 metros, dividida en quintiles, el predominante tuvo un rango de 1.53 a 1.60 metros (ver tabla 10, gráfica 4).

Tabla 10. Distribución de talla en la población.

Variable	N	Media	Mediana	Varianza	Desviación estándar	Coficiente	Mínima	Máxima
Talla	69	1.56	1.56	0.01	0.08	4.85	1.41	1.73

Gráfica 4. Distribución de talla en quintiles.

■ 1er quintil (1.41 - 1.47 m) ■ 2do quintil (1.47 - 1.53 m) ■ 3er quintil (1.53 - 1.60 m)
 ■ 4to quintil (1.60 - 1.66 m) ■ 5to quintil (1.66 - 1.73 m)



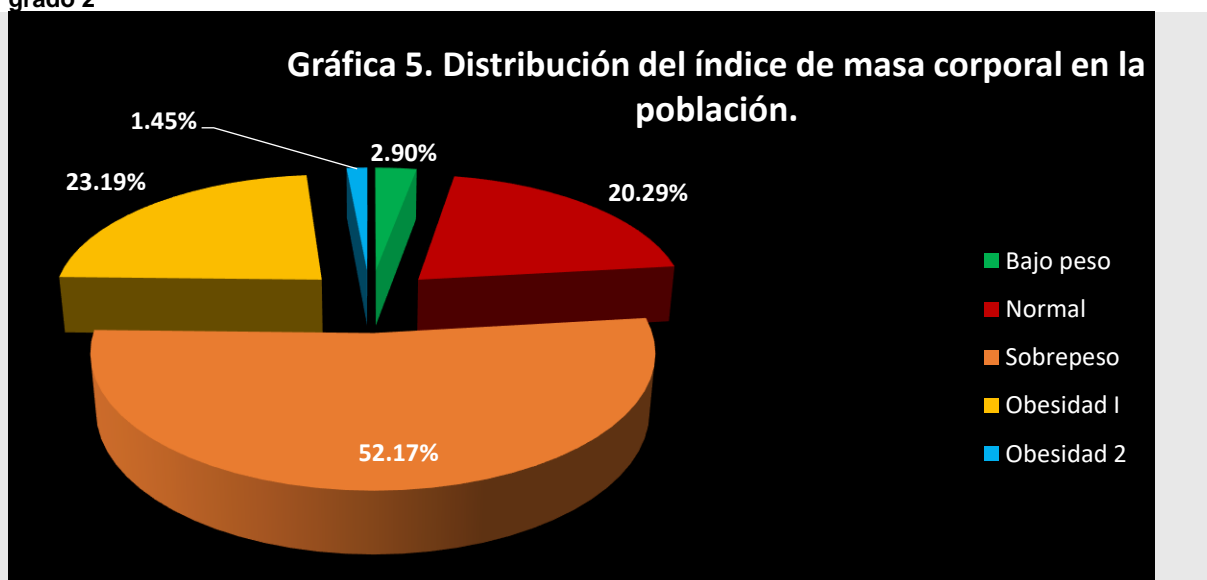
Fuente: hoja de recolección de datos.

Índice de masa corporal

En cuanto a la distribución de Kg/Talla², se separaron acorde a los subgrupos diagnósticos (ver tabla 11, gráfica 5), predominando el sobrepeso en un 27.89 ± 1.49% de las ocasiones, con un valor máximo de 35.36 Kg/Talla² y mínimo de 14.30 Kg/Talla². Ningún paciente presentó un índice de masa corporal igual o superior a 40.

Tabla 11. Distribución de índice de masa corporal en la población.

Variable	n	Media	Mediana	Varianza	Desviación estándar	Coeficiente	Mínima	Máxima
IMC bajo	2	15.72	15.72	4.06	2.02	12.81	14.30	17.15
IMC normal	14	23.74	23.74	1.67	1.29	5.52	20.75	24.78
Sobrepeso	35	27.89	27.89	2.22	1.49	5.37	25.08	29.74
Obesidad grado 1	16	32.25	32.25	2.00	1.41	4.42	30.04	33.87
Obesidad grado 2	1				0	0	35.34	35.36



Fuente: hoja de recolección de datos.

Factores de riesgo.

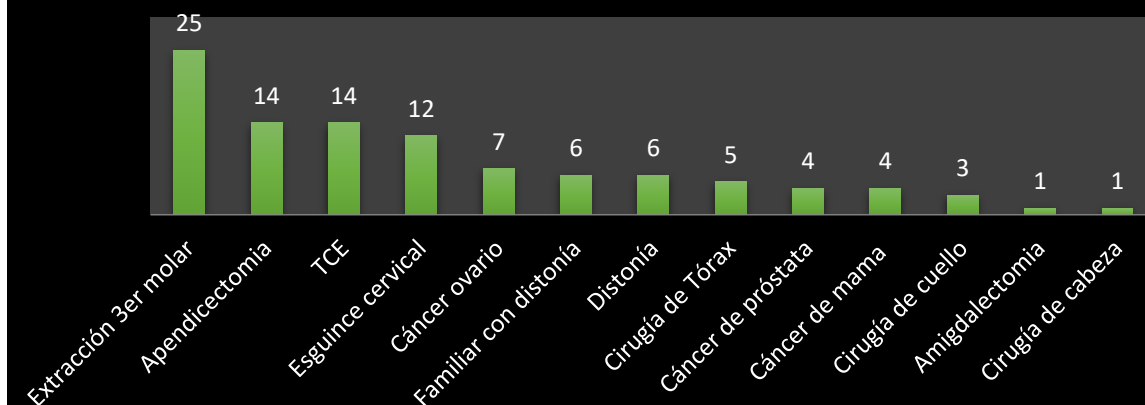
La extracción de los terceros molares constituyó el principal factor presente, con una tasa de 56.81 por cada 100 pacientes con espasmo hemifacial, agregado a lo cual, por cada evento de extracción de tercer molar, se presentaban 2.96 factores de riesgo distinto en la población estudiada (ver tabla 12, gráfico 6)

Tabla 12. Distribución de factores de riesgo en la población.

Variables	n	Proporción (π)	Porcentaje (%)	Razón (R)	Tasa (x100)	Error de cálculo de muestra (EEp)	Intervalo Confianza 95%
-----------	---	----------------	----------------	-----------	-------------	-----------------------------------	-------------------------

Extracción de 3 ^{er} molar	25	0.362	36.23%	0.568	56.818	0.058	11.34%
Traumatismo craneo encefálico	14	0.203	20.29%	0.255	25.455	0.048	9.49%
Apendicectomía	14	0.203	20.29%	0.255	25.455	0.048	9.49%
Esguince cervical	12	0.174	17.39%	0.211	21.053	0.046	8.94%
Cáncer de ovario	7	0.101	10.14%	0.113	11.290	0.036	7.12%
Familiar 1 ^{er} grado con distonías	6	0.087	8.70%	0.095	9.524	0.034	6.65%
Cirugía de tórax	5	0.072	7.25%	0.078	7.813	0.031	6.12%
Cáncer de próstata	4	0.058	5.80%	0.062	6.154	0.028	5.51%
Cáncer de mama	4	0.058	5.80%	0.062	6.154	0.028	5.51%
Cirugía de cuello	3	0.043	4.35%	0.045	4.545	0.025	4.81%
Cáncer de piel	2	0.029	2.90%	0.030	2.985	0.020	3.96%
Amigdalectomía	1	0.014	1.45%	0.015	1.471	0.014	2.82%
Cáncer de endometrio	1	0.014	1.45%	0.015	1.471	0.014	2.82%
Cirugía de cabeza	1	0.014	1.45%	0.015	1.471	0.014	2.82%

Gráfica 6. Factores de riesgo en la población.



Fuente: hoja de recolección de datos.

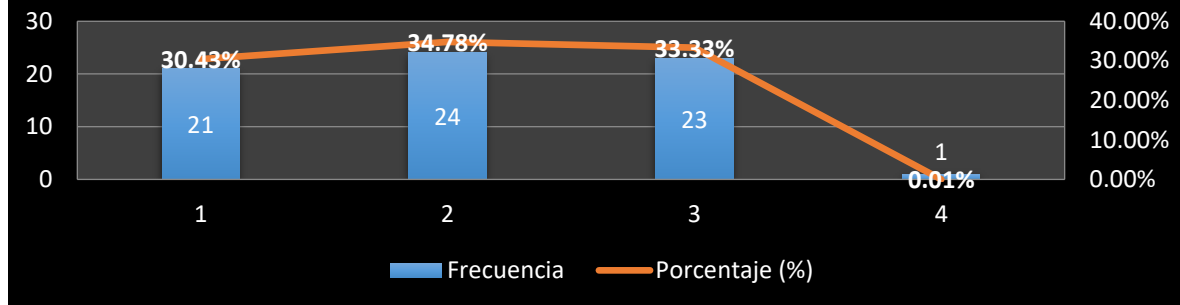
Escala de Jankovic

La escala de Jankovic, se encontró que la más prevalente fue la clase Jankovic 2, con un intervalo de confianza de 10.86%, ocupando el 35.78% de la población (ver tabla 13, gráfica 7).

Tabla 13. Distribución de la intensidad del espasmo hemifacial en la población.

VARIABLES	n	Proporción (π)	Porcentaje (%)	Razón (R)	Tasa (x100)	Error de cálculo de muestra (EEp)	Intervalo Confianza 95%
Jankovic 1	21	0.304	30.43%	0.438	43.750	0.055	10.86%
Jankovic 2	24	0.348	34.78%	0.533	53.333	0.057	11.24%
Jankovic 3	23	0.333	33.33%	0.500	50.000	0.057	11.12%
Jankovic 4	1	0.014	1.45%	0.015	1.471	0.014	2.82%

Gráfica 7. Intensidad de espasmo hemifacial por escala de Jankovic



Fuente: hoja de recolección de datos.

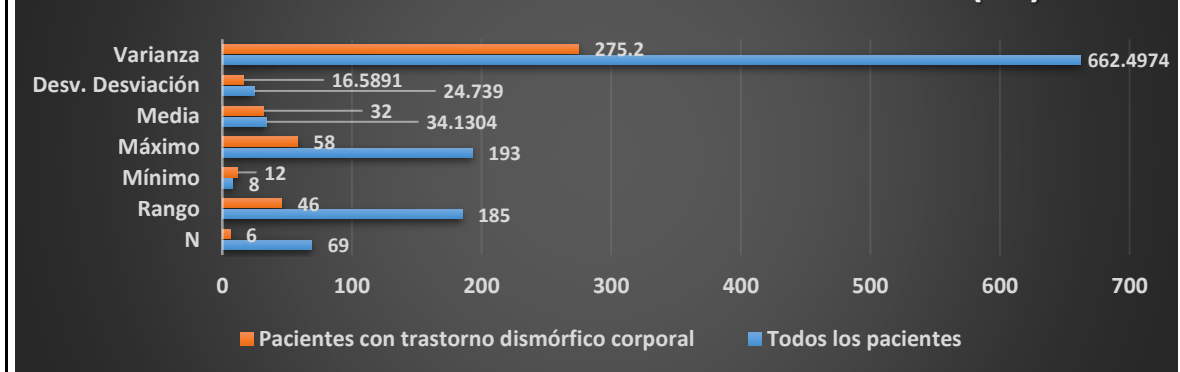
Dosis de toxina botulínica en la población general.

La dosis total de toxina botulínica en la población general fue de 34.13 unidades internacionales (UI), mientras que la de los pacientes con trastorno dismórfico corporal fue de 31 UI, con una desviación estándar de 24.73 UI y 16.58 UI respectivamente (ver tabla 14, gráfica 8).

Tabla 14. Dosis total de toxina botulínica

Análisis estadístico	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Todos los pacientes (n=69)	185	8	193	34.1304	24.739	662.4974
Pacientes con trastorno dismórfico corporal (n=6)	46	12	58	32	16.5891	275.2

Gráfica 8. Dosis total de toxina botulínica (UI)



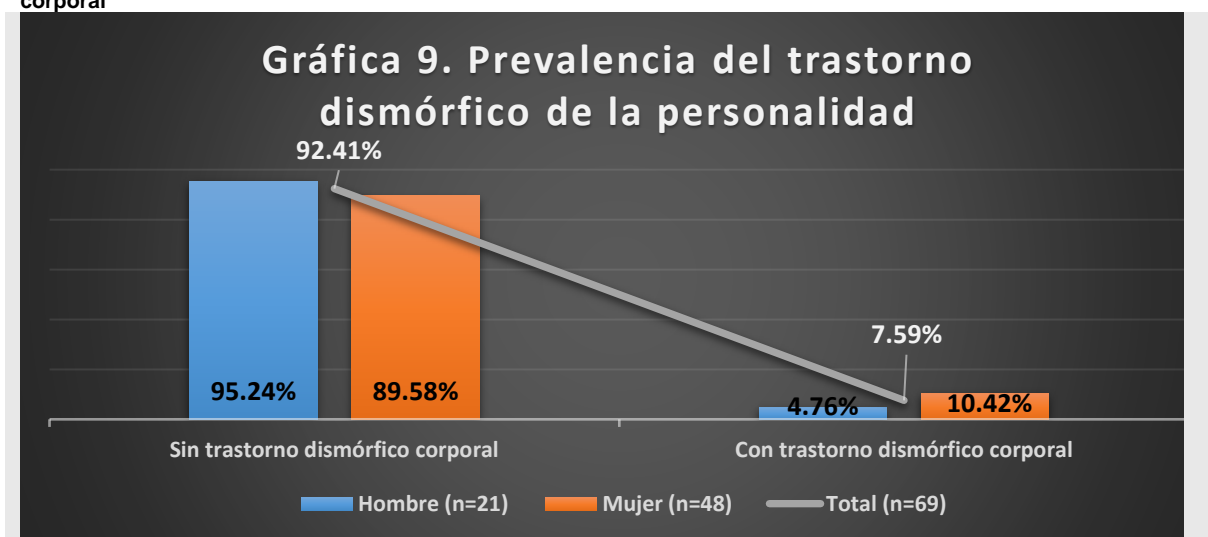
Fuente: hoja de recolección de datos.

Trastorno dismórfico corporal

La prevalencia de pacientes con trastorno dismórfico corporal fue de 8.70%, con una proporción de 5 mujeres por cada hombre afectado (ver tabla 15, gráfica 9).

Tabla 15. Presencia de trastorno dismórfico corporal en la población.

Variabes	n	Proporción (π)	Porcentaje (%)	Razón (R)	Tasa (x100)	Error de cálculo de muestra (EEp)	Intervalo Confianza 95%
Con trastorno dismórfico corporal	6	0.087	8.70%	0.095	9.524	0.034	6.65%



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación entre espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal

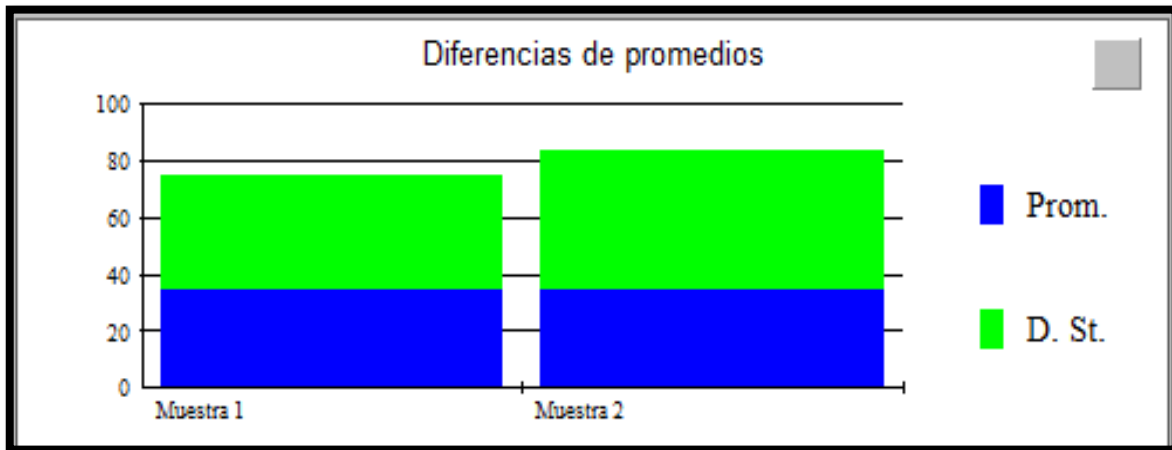
La relación entre el hemi espasmo facial y el trastorno dismórfico corporal se valoró mediante la prueba de Fisher, resultados con una $p < 0.0001$ (figura 1, tabla 16).

Tabla 16. Relación entre espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Con espasmo hemifacial	6	63	69
Sin espasmo hemifacial	0	0	0
Total	6	63	69

$p < 0.0001$

Figura 1. Relación entre espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación entre espasmo hemifacial izquierdo y trastorno dismórfico corporal.

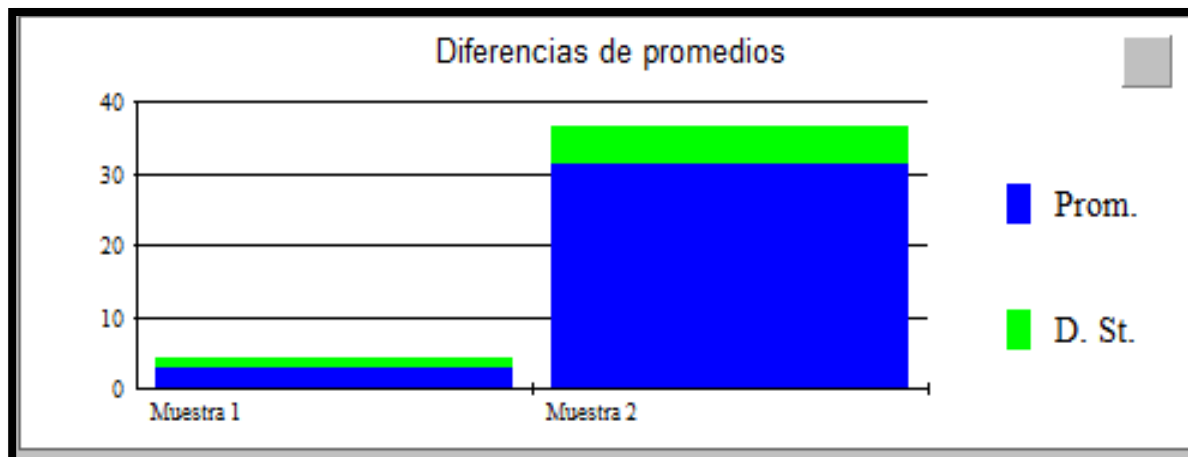
En los pacientes en que el espasmo hemifacial era izquierdo, el valor de p resultó en 0.2695 (ver tabla 17, figura 2)

Tabla 17. Relación entre espasmo hemifacial izquierdo y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Espasmo izquierdo	4	28	32
Espasmo no izquierdo	2	35	37
Total	6	63	69

$p=0.2695$

Figura 2. Relación entre espasmo hemifacial izquierdo y trastorno dismórfico corporal



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación entre espasmo hemifacial derecho y trastorno dismórfico corporal.

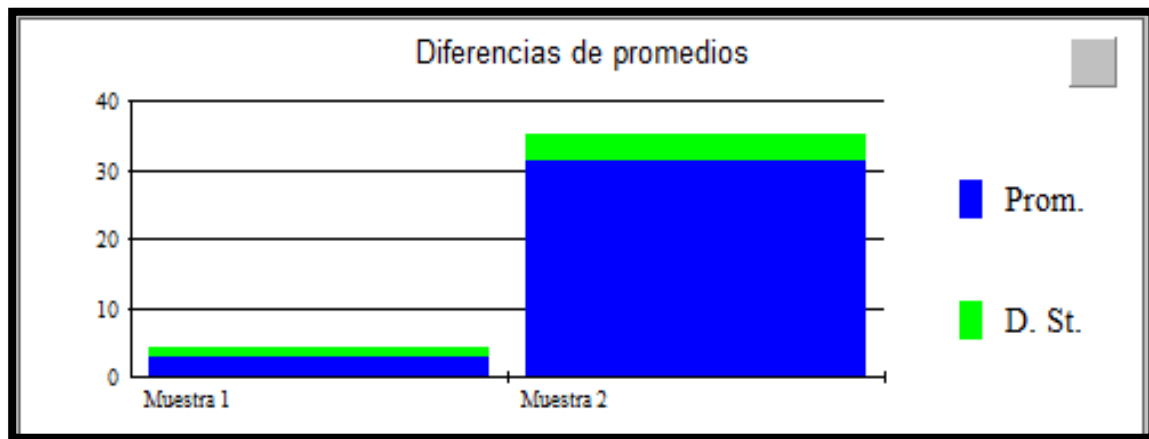
El hecho de que el espasmo hemifacial fuese derecho también fue valorado mediante prueba de Fisher, encontrando una $p=0.4392$ (ver tabla 18, figura 3).

Tabla 18. Relación entre espasmo hemifacial derecho y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Espasmo derecho	2	29	31
Espasmo no derecho	4	34	38
Total	6	63	69

$p=0.4392$

Figura 3. Relación entre espasmo hemifacial derecho y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación entre espasmo facial bilateral y trastorno dismórfico corporal.

Al valorar si existía relación de trastorno dismórfico corporal y el hecho de que el espasmo facial fuese bilateral, resultó una $p=0.5953$ (ver tabla 19, figura 4).

Tabla 19. Relación entre espasmo facial bilateral y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Espasmo bilateral	0	6	6
Espasmo no bilateral	6	57	63
Total	6	63	69

$p=0.5953$

Figura 4. Relación entre espasmo facial bilateral y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación entre intensidad del espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal

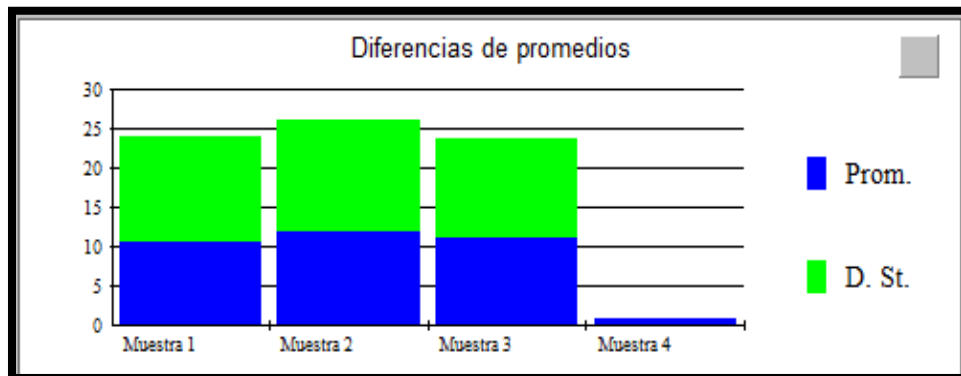
En el presente análisis (ver tabla 20, figura 5) por medio de chi-cuadrada, se encontró una $p=0.3878$, donde se buscaba la relación entre la intensidad del espasmo hemifacial y el trastorno dismórfico corporal.

Tabla 20. Relación entre intensidad del espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Jankovic 1	Jankovic 2	Jankovic 3	Jankovic 4	Total
Con trastorno dismórfico corporal	1	2	2	1	6
Sin trastorno dismórfico corporal	20	22	21	0	63
Total	21	24	23	1	69

$p = 0.3878$

Figura 5. Relación entre intensidad del espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación entre el tiempo de presentación del espasmo hemifacial y el trastorno dismórfico corporal.

Se valoró la relación entre el tiempo de presentación del espasmo hemifacial de menos de un año, de uno a 5 años de 5 años 10 años y más de 10 años con la aparición de trastorno dismórfico corporal. A continuación se cita lo anterior con sus resultados:

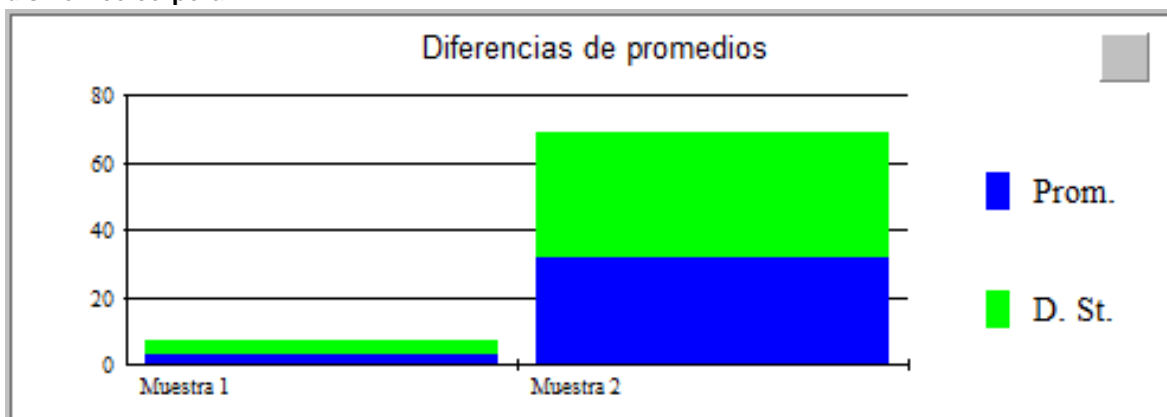
Se analizó el tiempo de presentación de menos de un año en los pacientes con espasmo hemifacial y su relación con la presencia o no del trastorno dismórfico corporal, encontrándose por prueba de Fisher una $p=0.6254$ (ver tabla 21, figura 6).

Tabla 21. Relación entre tener 1 año o menos de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Menos de 1 año de evolución	0	5	5
Más de 1 año de evolución	6	58	64
Total	6	63	69

$p = 0.6254$

Figura 6 Relación entre tener 1 año o menos de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

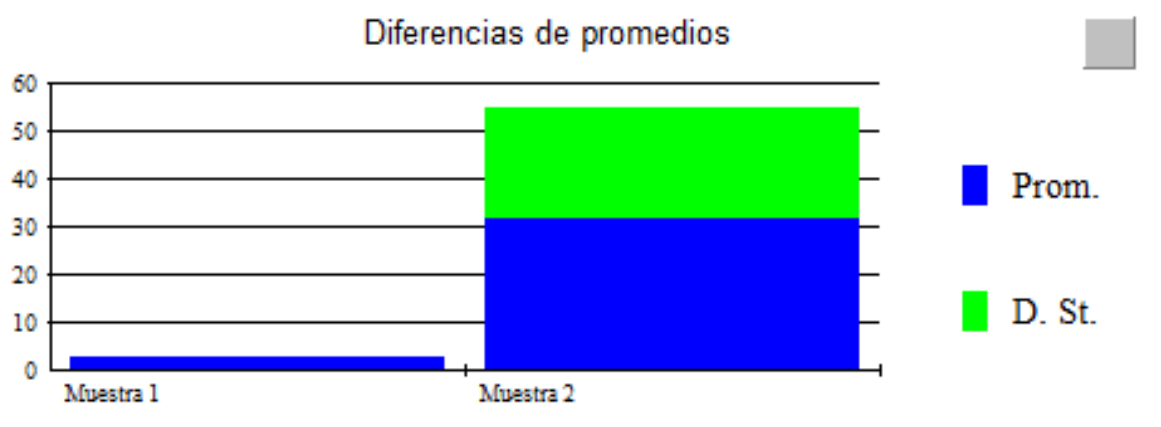
Al analizar los pacientes que tuvieron una evolución del espasmo hemifacial entre 1 año y 5 años y la presencia de trastorno dismórfico corporal, presentaron una $p=0.3878$ (ver tabla 22, figura 7).

Tabla 22. Relación entre tener entre 1 y 5 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Tener entre 1 y 5 años de evolución	3	15	18
No tener entre 1 y 5 años de evolución	3	48	51
Total	6	63	69

$p = 0.3878$

Figura 7 Relación entre tener entre 1 y 5 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

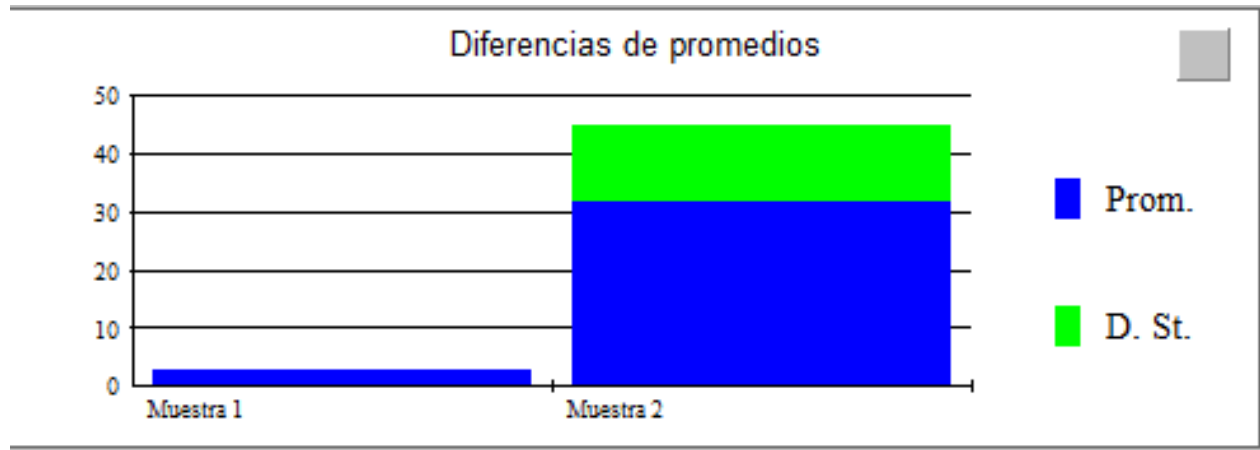
En el análisis de los pacientes que tenían entre 5 y 10 años de evolución con trastorno hemifacial, en relación a la presencia del trastorno dismórfico corporal. se encontró una $p = 0.3749$ (ver tabla 23, figura 8)

Tabla 23. Relación entre tener entre 5 y 10 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Tener entre 5 y 10 años de evolución	3	22	25
No tener entre 5 y 10 años de evolución	3	41	44
Total	3	63	69

$p = 0.3749$

Figura 8 Relación entre tener entre 5 y 10 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

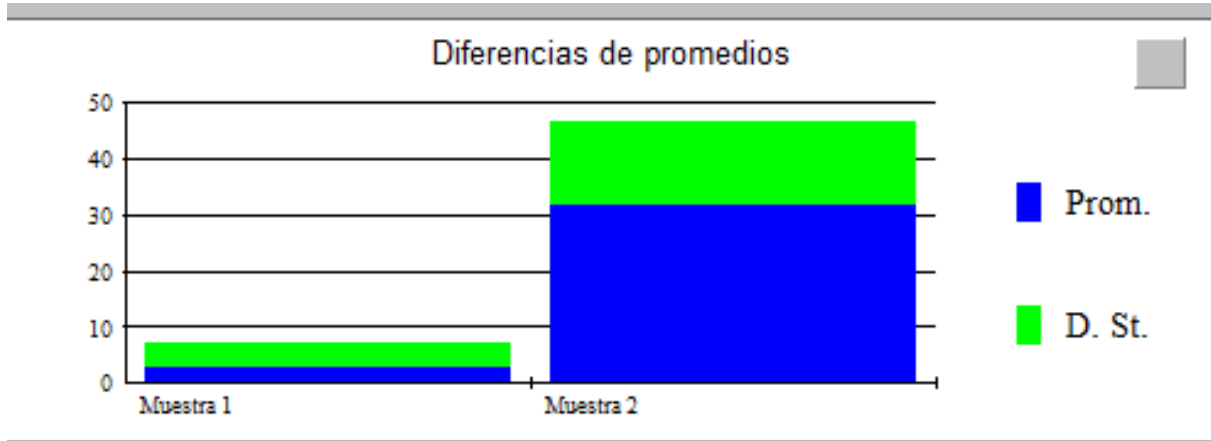
El grupo de pacientes que tenían 10 o más años de evolución con hemiespasmo facial y su relación con el trastorno dismórfico corporal presentaron una $p=0.1024$ (ver tabla 24, figura 9).

Tabla 24. Relación entre tener 1 año o menos de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Menos de 10 años de evolución	6	42	48
Más de 10 años de evolución	0	21	21
Total	6	63	69

$p = 0.1024$

Figura 9 Relación entre tener más de 10 años evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación entre tener 1 año o menos de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

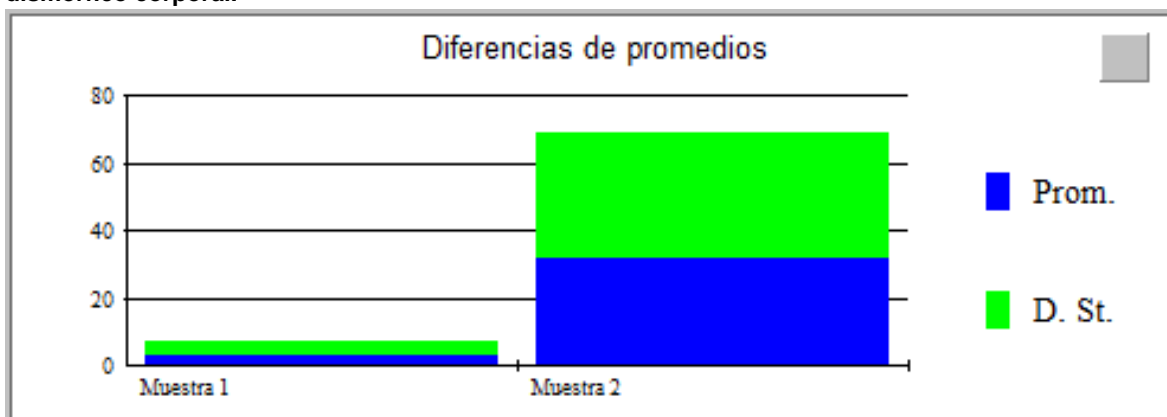
Al comparar por grupo de edad la cantidad de pacientes que tenían un año o menos de evolución con el espasmo hemifacial y su relación con la presencia o no del trastorno dismórfico corporal, se encontró una $p=0.6254$ (ver tabla 25, figura 6).

Tabla 25. Relación entre tener 1 año o menos de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Menos de 1 año de evolución	0	5	5
Más de 1 año de evolución	6	58	64
Total	6	63	69

$p = 0.6254$

Figura 6 Relación entre tener 1 año o menos de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación entre tener entre 1 y 5 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

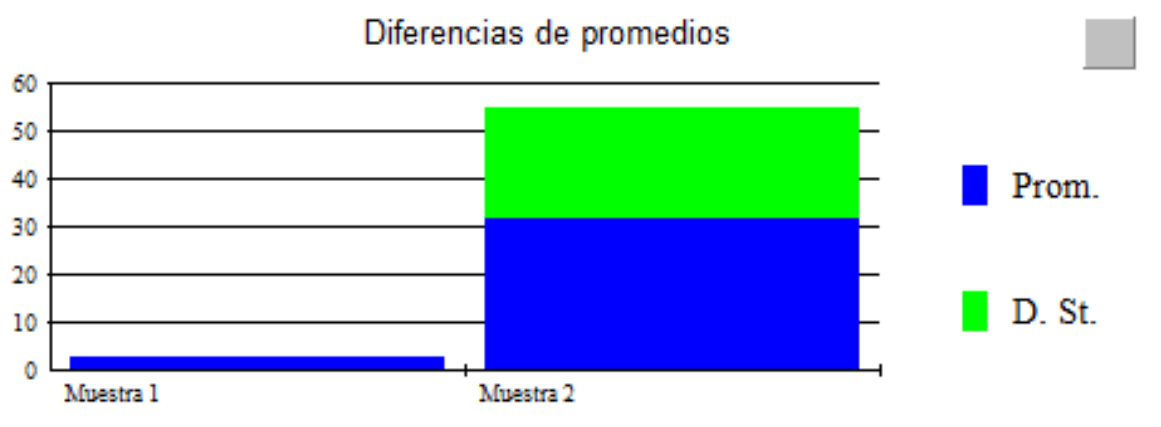
Al analizar los pacientes que tuvieron una evolución del espasmo hemifacial entre 1 año y 5 años y la presencia de trastorno dismórfico corporal, presentaron una $p=0.3878$ (ver tabla 26, figura 7).

Tabla 26. Relación entre tener entre 1 y 5 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Tener entre 1 y 5 años de evolución	3	15	18
No tener entre 1 y 5 años de evolución	3	48	51
Total	6	63	69

$p = 0.3878$

Figura 7 Relación entre tener entre 1 y 5 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

Relación entre tener entre 5 y 10 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

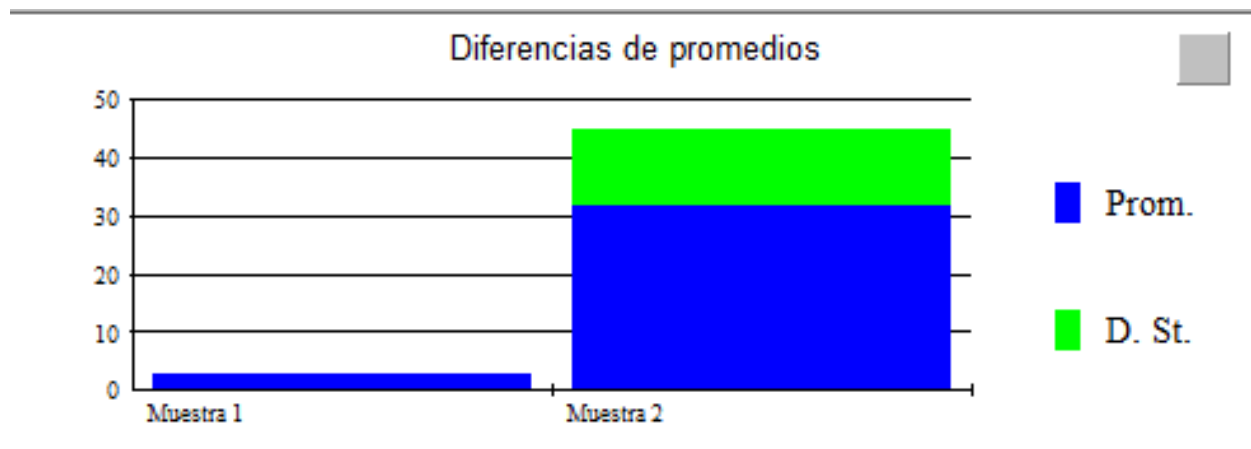
En el análisis de los pacientes que tenían entre 5 y 10 años de evolución con trastorno hemifacial, se encontró una $p = 0.3749$ (ver tabla 27, figura 8) en relación a la presencia del trastorno dismórfico corporal.

Tabla 27. Relación entre tener entre 5 y 10 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Tener entre 5 y 10 años de evolución	3	22	25
No tener entre 5 y 10 años de evolución	3	41	44
Total	3	63	69

$p = 0.3749$

Figura 8 Relación entre tener entre 5 y 10 años de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

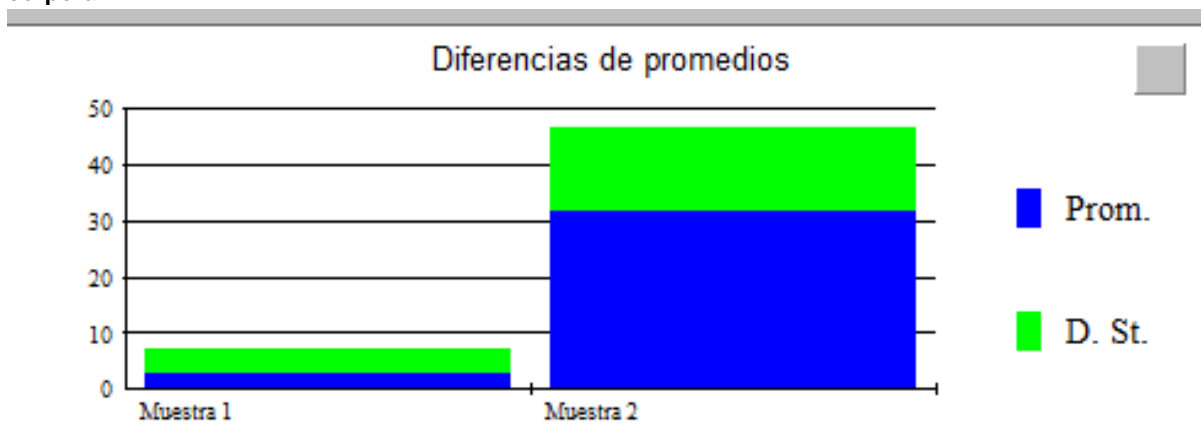
El grupo de pacientes que tenían 10 o más años de evolución con hemiespasmo facial y su relación con el trastorno dismórfico corporal presentaron una $p=0.1024$ (ver tabla 28, figura 9).

Tabla 28. Relación entre tener 1 año o menos de evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.

	Con trastorno dismórfico corporal	Sin trastorno dismórfico corporal	Total
Menos de 10 años de evolución	6	42	48
Más de 10 años de evolución	0	21	21
Total	6	63	69

$p = 0.1024$

Figura 9 Relación entre tener más de 10 años evolución de espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal.



Fuente: hoja de recolección de datos.

6. DISCUSIÓN.

El espasmo hemifacial es la distonía más frecuente después de la distonía cervical primaria, con una prevalencia que va entre 4.2 a 15.4 por cada 100 000 habitantes, y en la cual, se han descrito comorbilidades de carácter no motor en hasta 70% de los pacientes afectados ^(2, 4, 5). Es una enfermedad por lo general incurable a menos que se detecte una lesión específica del nervio facial, como una compresión vascular por ejemplo. Sin embargo, es controlable mediante el tratamiento con toxina botulínica en aplicaciones seriadas ^(3, 12), por lo cual el tratamiento en sí implica seguimiento del paciente a largo plazo. Entre las comorbilidades psiquiátricas ya descritas se encuentran la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad, trastornos de la alimentación entre otros ^(16, 17), sin embargo, no se ha valorado una relación con los trastornos de la personalidad, en particular el trastorno dismórfico corporal. De ahí la importancia del estudio el de conocer la existencia de dicha relación entre el espasmo hemifacial y el trastorno dismórfico corporal.

En el estudio realizado se encontró con respecto al género que el 69.5% eran mujeres y el 30.5% de hombres. Similar al estudio de Fabbrini G et al ⁽²⁵⁾ en el cual describieron una distribución de género de 75% mujeres y 25% de hombres. En el estudio, los resultados fueron a que esta enfermedad tiene predominio por el género femenino.

Con respecto a la edad, se encontró una edad media de 69.1 años con desviación estándar de 8.8 años. Similar al estudio de Fabbrini G et al ⁽²⁵⁾ que reportaron una media de 63.8 ± 12.47 años. Los resultados del estudio se explican debido a que el predominio de edad es la séptima década de la vida en esta enfermedad.

Correspondiente al peso se encontró que los pacientes del estudio presentaron una media con respecto al peso de 67.42 y DE de 11.54 kilogramos. No se encontraron estudios similares o diferentes con respecto a esta variable.

Referente a la talla, los pacientes tuvieron una media de 1.56 metros con desviación estándar de 0.08 metros. No hay estudios similares ni diferentes que valoren la talla para esta enfermedad.

Con respecto al índice de masa corporal, la media de la población fue de 27.89 con DE de 1.49, con predominio del sobrepeso de 52.17% seguido de obesidad grado 1 con 23.19%. No se encontraron estudios similares ni diferentes para comparar esta variable. El resultado del estudio fue debido a que en el servicio de neurología acudieron más pacientes con sobrepeso y obesidad.

En el estudio el principal factor de riesgo de la población fue la extracción de terceros molares, presente en el 36% de los pacientes. Similar al estudio de Molloy A et al ⁽⁷⁾, donde la extracción de terceros molares se presentó en 23% en su estudio. El resultado del estudio realizado, se explica por la localización de los nervios faciales y su posible lesión durante el procedimiento.

Con respecto al antecedente de amigdalectomía, este se presentó en 1% de los pacientes del estudio. A diferencia del estudio de Molloy A et al ⁽⁷⁾ la amigdalectomía se presentó en 21% de los pacientes. Esta diferencia se puede explicar por variaciones en la técnica quirúrgica acorde al cirujano que la lleve a cabo.

Correspondiente al antecedente de apendicectomía y al traumatismo craneoencefálico, se presentaron en el 20.29% en ambos y el esguince cervical en 17.39%, los demás antecedentes se presentaron en 10% o menos de la población. Similar al estudio de Molloy A et al ⁽⁷⁾, en el cual reportó antecedente de traumatismo craneoencefálico en 29.3% de los pacientes, esguince cervical en 21.1% de los pacientes y apendicectomía en 21.8% de la población. El resultado de este estudio es explicado ya que en el traumatismo craneoencefálico y en el esguince cervical se puede lesionar el nervio facial. La apendicectomía también se ha relacionado, pero se desconoce la causa de la relación.

Con respecto a la intensidad del espasmo hemifacial por escala de Jankovic, la media de la población fue de 2.05 con desviación estándar de 0.2. Similar al estudio de Ferrazzano G et al ⁽¹¹⁾ la media fue de 2.2 con desviación estándar de 0.6. Los

resultados del estudio realizado son debido a que el espasmo hemifacial al ser tratado con toxina botulínica llegan a un valor de Jankovic de 2 al mantener tratamiento.

En cuanto a la dosis total de toxina botulínica para el control de la enfermedad, la media de la población general fue de 34.13 UI y 32 UI en los pacientes con trastornos dismórfico corporal. No se encontraron estudios similares ni diferentes previos. El resultado se explica debido a que con esas dosis llegan ambos grupos a un control de la enfermedad.

Al referirse al trastorno dismórfico corporal, se encontró en 8.7% de los pacientes con espasmo hemifacial, con una proporción mujer/hombre de 5. Similar al estudio de Veale D y Singh A ⁽¹⁸⁾, donde el trastorno dismórfico corporal va de 3.1 a 12.3% ⁽¹⁸⁾. Diferente al estudio de Giraldo-O'Meara M, Belloch A ⁽²⁰⁾ donde la proporción de mujer/hombre fue de 1.09. El resultado del estudio realizado es debido a que en la consulta de neurología acuden más del género femenino con espasmo hemifacial y dentro de la bibliografía se menciona que el trastorno dismórfico corporal es más frecuente en el sexo femenino.

Referente al lado afectado por el espasmo hemifacial, se encontró que 46.37% de la población tenía espasmo hemifacial izquierdo, 44.92% tenía espasmo hemifacial derecho y 9.69% tenía espasmo hemifacial bilateral. A diferencia del estudio realizado por Rosenstengel C et al ⁽²⁸⁾, donde reportaron espasmo hemifacial izquierdo en 65.45%, derecho en 34.55%, sin casos de pacientes con espasmo bilateral. El resultado del estudio se debe a que las principales etiologías del espasmo hemifacial son compresiones o lesiones directas al nervio facial de un solo lado, es menos común la etiología bilateral.

Referente a la presencia de espasmo hemifacial izquierdo, en relación al trastorno dismórfico corporal, el valor de p no fue significativo. No se encontraron estudios similares o diferentes. Esto se explica debido a que el defecto en la autoimagen en los pacientes, es indiferente al lado afectado.

En respecto a que el espasmo hemifacial derecho, en la relación al trastorno dismórfico corporal de la personalidad el valor de p no fue significativo. No se encontraron estudios diferentes o similares. El resultado es debido a que el lado afectado no altera el hecho de que el paciente perciba su defecto en la autoimagen.

Con respecto a la presencia de espasmo facial bilateral y trastorno dismórfico corporal, el valor de p no fue significativo. No se encontraron estudios similares o diferentes. Este resultado es debido a que el defecto estético es percibido por el paciente sin discriminar qué parte del rostro se afecte.

En lo referente a la relación entre el espasmo hemifacial y el trastorno dismórfico corporal de la personalidad, se encontró una p significativa. No hay estudios previos diferentes o similares. Este resultado se explica debido a que el paciente percibe el espasmo hemifacial como una alteración de su estética corporal.

Con respecto a la intensidad del espasmo hemifacial en relación con el trastorno dismórfico corporal, se encontró una p no significativa. No se encuentran estudios similares o diferentes. Esto es debido a que independientemente de la intensidad del espasmo hemifacial, el paciente se ve afectado en su percepción de la autoimagen.

En los pacientes que tenían 1 año o menos de evolución del espasmo hemifacial, se encontró una p no significativa. No hay estudios similares o diferentes. Este resultado se debe a que independientemente al tiempo de evolución del espasmo se perciba la alteración de su imagen corporal.

Correspondiente a la cantidad de pacientes que tenían entre 1 y 5 años con la enfermedad, la p no fue significativa. No se encontraron estudios similares ni diferentes previos.

Al analizar la cantidad de pacientes entre 5 y 10 años de evolución del espasmo hemifacial y la presencia de trastorno dismórfico corporal, la p no fue significativa. No hay estudios diferentes o similares.

Referente a aquellos con 10 o más años de evolución con trastorno hemifacial y su relación con trastorno dismórfico corporal resultó una p no significativa. No hay estudios similares ni diferentes. •

Lo que aportó el presente estudio es que es el primero en relacionar el espasmo hemifacial y trastorno dismórfico corporal de la personalidad, logrando llevarse a cabo a pesar de la actual pandemia por el virus SARS-cov2 que atañe a nuestra sociedad. Sí se encontró relación entre el espasmo hemifacial y es trastorno dismórfico corporal de la personalidad, y es posible que haya habido relaciones que no pudieron ser demostradas por falta de población y de tiempo de estudio. Se propone realizar en estudio longitudinal, que aborde más tiempo y mayor cantidad de pacientes.

7. CONCLUSIONES

- El espasmo hemifacial tuvo predominio por el género femenino en un 69.57%.
- El espasmo hemifacial, en el servicio de neurología afectó principalmente a pacientes entre 51 a 75 años de edad.
- Los pacientes con espasmo hemifacial de esta UMAE presentaron un peso entre 55 y 78 kilogramos.
- Los pacientes con espasmo hemifacial de este hospital en el servicio de neurología tuvieron una talla de 1.56 metros.
- El sobrepeso se presentó en 52.17% de la población, y la obesidad grado 1 en 23.19% de la población.
- El principal factor de riesgo para espasmo hemifacial fue la extracción de terceros molares en 36.23% de los pacientes, seguido del traumatismo cráneo encefálico en un 20.29% y el esguince cervical en un 17.39%.
- La amigdalectomía no se presentó como un factor de riesgo para presentar espasmo hemifacial.
- La intensidad del espasmo hemifacial predominante fue Jankovic 2 en un 34.78%.
- La media de dosis total de insulina se mantuvo muy parecido en la población general y los pacientes con trastorno dismórfico corporal de la personalidad.
- La prevalencia de trastorno dismórfico corporal fue de 8.37%
- La población del servicio de neurología presenta espasmo hemifacial izquierdo y derecho en la misma frecuencia, y uno de cada diez pacientes tiene espasmo bilateral.
- No se encontró relación entre el lado afectado por el espasmo hemifacial y la presencia de trastorno dismórfico corporal de la personalidad.
- No se encontró relación entre la intensidad del espasmo hemifacial y la presencia de trastorno dismórfico corporal.
- El tiempo de evolución del espasmo hemifacial no se relacionó con la presencia del trastorno dismórfico corporal de la personalidad.

- Se encontró relación entre tener espasmo hemifacial y padecer trastorno dismórfico corporal de la personalidad.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Fahn S. Dystonia. *International Neurology* 2016;197-202.
2. Ospina-García N, Cervantes-Arriaga A, Rodríguez-Violante M. Etiología, fenomenología, clasificación y tratamiento de la distonía. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2018; 19(4):94-107.
3. Fehlings D, Brown L, Harvey A, Himmelmann K, Lin J, Macintosh A y et al. Pharmacological and neurosurgical interventions for managing dystonia in cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2018; 60(4):356-366.
4. Lohmann K, Klein C. Update on the Genetics of Dystonia. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 2017;17(3).
5. Valls-Sole J, Defazio G. Blepharospasm: Update on Epidemiology, Clinical Aspects, and Pathophysiology. *Frontiers in Neurology* 2016;7.
6. Smit M, Bartels A, van Faassen M, Kuiper A, Niezen- Koning K, Kema I et al. Serotonergic perturbations in dystonia disorders—a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2016;65:264-275.
7. Molloy, A., Kimmich, O., Williams, L., Butler, J. S., Byrne, N., Molloy, F., Hutchinson, M. An evaluation of the role of environmental factors in the disease penetrance of cervical dystonia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 2014; 86 (3), 331–335.
8. Albanese A, Bhatia K, Bressman S, DeLong M, Fahn S, Fung V et al. Phenomenology and classification of dystonia: A consensus update. *Movement Disorders* 2013; 28(7):863-873.
9. Albanese A, Di Giovanni M, Lalli S. Dystonia: diagnosis and management. *European Journal of Neurology* 2018;26(1):5-17.
10. Valls-Sole J, Defazio G. Blepharospasm: Update on Epidemiology, Clinical Aspects, and Pathophysiology. *Frontiers in Neurology* 2016; 7.

11. Defazio G, Hallett M, Jinnah H, Stebbins G, Gigante A, Ferrazzano G et al. Development and validation of a clinical scale for rating the severity of Blepharospasm. *Movement Disorders*. 2015;30(4):525-530.
12. Comella C. Systematic review of botulinum toxin treatment for oromandibular dystonia. *Toxicon* 2018;147:96-99.
13. Cury R, Kalia S, Shah B, Jimenez-Shahed J, Prashanth L, Moro E. Surgical treatment of dystonia. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2018; 18(6):477-492.
14. van den Heuvel C, Tijssen M, van de Warrenburg B, Delnooz C. The Symptomatic Treatment of Acquired Dystonia: A Systematic Review. *Movement Disorders Clinical Practice* 2016; 3(6):548-558.
15. CEBM. (2019). Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009) - CEBM. [online] Available at: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/> [Accessed 19 Aug. 2019].
16. Borie L, Langbour N, Guehl D, Burbaud P, Ella B. Bruxism in craniocervical dystonia: a prospective study. *The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice* 2016;34(5):291-295.
17. Coenen M, Eggink H, Tijssen M, Spikman J. Cognition in childhood dystonia: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2017;60(3):244-255.
18. Veale D, Singh A. Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian Journal of Psychiatry* 2019; 61(7):131.
- 19 Brohede S, Wingren G, Wijma B, Wijma K. Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Research* 2013; 210(2):647-652.
20. Giraldo-O'Meara M, Belloch A. El Trastorno Dismórfico Corporal: un problema infra-diagnosticado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2017;22(1):69.

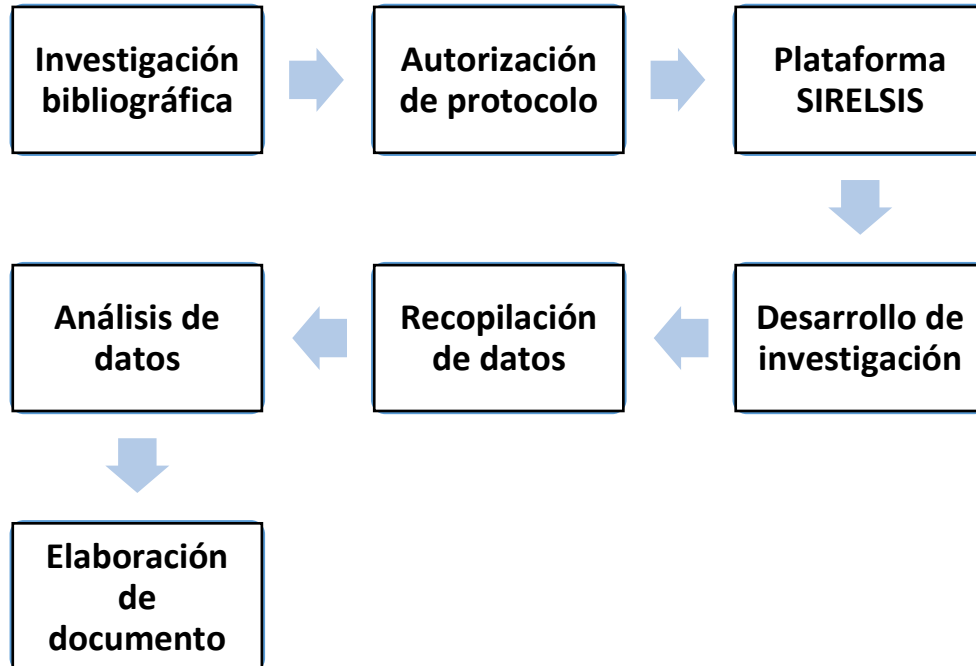
21. Angelakis I, Gooding P, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2016; 49:55-66.
22. Psychiatric Association A. DSM-IV-RT. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4th ed. Editorial Médica Panamericana; 2013.
23. Phillips K. The broken mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder . 1st ed. Oxford University Press; 2005.
24. Phillips, KA.; Atala, KD.; Pope, HG. Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. New Research Program and Abstracts, American Psychiatric Association 148th Annual Meeting; Miami: APA. 1995. p. 157.
25. Fabbrini G, Berardelli I, Moretti G, et al. Psychiatric disorders in adult-onset focal dystonia: A case-control study. *Mov Disord.* 2010;25 (4):459-465
26. Berardelli I, Ferrazzano G, Pasquini M, Biondi M, Berardelli A, Fabbrini G. Clinical course of psychiatric disorders in patients with cervical dystonia. *Psychiatry Res.* 2015; 229 (1-2):583-585. 35. Zurowski M, M
27. Zoons E, Tijssen MAJ, Dreissen YEM, Speelman JD, Smit M, Booij J. The relationship between the dopaminergic system and depressive symptoms in cervical dystonia. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2017;44 (8):1,375-1,382
28. Rosenstengel C, Matthes M, Baldauf J, Fleck S, Schroeder H: Hemifacial spasm—conservative and surgical treatment options. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(41): 667–73.

9. ANEXOS

9.1. Cronograma de actividades.

Actividad	Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre 2019	Noviembre 2019	Diciembre 2019	Enero 2020	Febrero 2020
Investigación bibliográfica	X						
Autorización de protocolo	X						
Plataforma SIRELSIS	X						
Desarrollo de investigación		X	X	X			
Recopilación de datos		X	X	X			
Análisis de datos					X		
Elaboración de documento final						X	X
Publicación						X	X

9.2. Diagrama de flujo.



9.3. Hoja de recolección de datos

Hoja de recolección de datos

Fecha de interrogatorio: _____ NSS: _____
Nombre del paciente _____

Interrogatorio: directo: mixto:
Peso: _____ Kg Talla: _____ cm Edad: _____ años
Antecedentes heredo familiares

Cáncer	<input type="checkbox"/>
Distonías	<input type="checkbox"/>

Antecedentes personales patológicos:

1	Esguinces cervicales	Año	<input type="checkbox"/>
2	Traumatismos craneoencefálicos	Año	<input type="checkbox"/>
3	Extracción de terceros molares	Año	<input type="checkbox"/>
4	Apendicectomía	Año	<input type="checkbox"/>
5	Amigdalectomía	Año	<input type="checkbox"/>
6	Cirugía de cabeza	Año	<input type="checkbox"/>
7	Cirugía de cuello	Año	<input type="checkbox"/>
8	Cirugía de tórax	Año	<input type="checkbox"/>
10	Cáncer	Año	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico: _____ Fecha de diagnóstico: _____

Resultado de herramienta diagnóstica:

Positivo	<input type="checkbox"/>	Negativo	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

Puntaje Jankovic al diagnóstico: _____ puntos Puntaje actual: _____ puntos
Interrogador: _____ Firma: _____

Cuestionario para Trastorno Dismórfico Corporal (BDD-Q)

Instrucciones:

1. Explique a paciente y solucione dudas respecto a autorización previa para adecuado llenado informado de consentimiento informado.
2. Las preguntas del cuestionario se iniciarán textualmente como están escritas, en caso de que el/la paciente tenga dudas, se aclararán con lenguaje claro y sencillo.
3. Inicie cuestionario con el ítem número 1, en caso de que la respuesta sea “sí” avance al ítem 2, si la respuesta es no, el resultado del cuestionario es negativo y se termina la entrevista.
4. Comience con el ítem 2, en caso de que la respuesta sea “sí” avance al ítem 3, si la respuesta es no, el resultado del cuestionario es negativo y se termina la entrevista.
5. Al iniciar el ítem 3, comience con la pregunta “a”, si es positiva pase al ítem 4, de ser negativa, pase a la pregunta “b”, si la respuesta es positiva pase al ítem 4, de ser negativa, pase a la pregunta “c”, si la respuesta a la pregunta “c” es positiva, pase al ítem 4, si es negativa, el resultado del cuestionario es negativo y se termina la entrevista.
6. Comience con el ítem 4, si el resultado es ≥ 1 hora pase a la pregunta 5, si < 1 hora, el resultado del cuestionario es negativo y se termina la entrevista.
7. Comience con el ítem 5, si la respuesta es “Sí”, el resultado es negativo y se da por terminado el cuestionario.
8. Si al terminar los 5 ítems del cuestionario el puntaje es de 4, el resultado se considera positivo.

Body dysmorphic disorder questionnaire (BDD-Q)*		
Pregunta	Respuesta	Puntaje
1. ¿Está usted muy preocupado(a) acerca de la apariencia de alguna(s) parte(s) de su cuerpo que usted considera especialmente inatractivas?	Sí	1
2. ¿Las preocupaciones por sí mismas le preocupan? Es decir, ¿piensa en ellas mucho y desearía poder pensar menos en ellas?	Sí	2
3. a) ¿Su defecto le ha causado mucho estrés, tormento o dolor? b) ¿Su defecto ha interferido significativamente con su vida social? c) ¿Su defecto ha interferido significativamente con su rendimiento escolar, trabajo o su habilidad para funcionar en su rol? d) ¿Hay cosas que evade debido a su defecto?	Sí a al menos una de las preguntas	3
4. ¿Cuánto tiempo pasa pensando acerca de su defecto al día en promedio?	≥ 1 hora	4
5. ¿La principal preocupación respecto a su apariencia es que no es suficientemente delgado(a) o que se podría volver gordo?	Sí	
*Phillips K. The broken mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. 1st ed. Oxford University Press; 2005.		

Resultado			
Positivo		Negativo	

9.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Correlación entre disnotías hemifaciales y trastorno dismórfico corporal en los pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad "Manuel Ávila Camacho"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la prevalencia del trastorno dismórfico de la personalidad en los pacientes con distonía hemifacial de la UMAI Hospital de Especialidades Puebla
Procedimientos:	Recolección de datos de expediente clínico y realización de encuesta
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no generará ningún riesgo o molestia
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Beneficios: usted ayudará a identificar la prevalencia del trastorno dismórfico corporal en pacientes con distonía hemifacial en la UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "General de Div. Manuel Ávila Camacho" del IMSS
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Serán proporcionados al finalizar el estudio
Participación o retiro:	Usted se puede retirar cuando quiera, si se retira del trabajo, su atención médica nunca se le negará.
Privacidad y confidencialidad:	Se conservará el anonimato de los pacientes en todo momento
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
	No autoriza que se tome la muestra.
	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes

(si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Ninguno para el paciente

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Colaboradores:

Dr. Alvaro José Montiel Jarquín

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:

comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013