

Cláudia Patrícia
Simões Mendes
Arriaga¹
Sílvia Neto²
Rita Moinho³
Graça Milheiro⁴
Alexandra Luz⁵
Pascoal Moleiro⁶

Vigorexia - um caso de autodiagnóstico

Bigorexia – a self-diagnose case

> RESUMO

Objetivo: Alertar os profissionais de saúde para um transtorno da conduta pouco conhecido, a vigorexia, que se caracteriza por uma excessiva preocupação com a imagem corporal e com a musculatura. **Descrição do caso:** Adolescente de 17 anos do sexo masculino referenciado à consulta de Medicina do Adolescente por dor muscular, predominantemente nos ombros, com um ano de evolução. Era praticante habitual de halterofilismo, tendo suspenso a prática desta modalidade dois meses antes sem melhoria. Durante a consulta, revelou grande preocupação com a forma corporal, nomeadamente referindo braços finos, perda de massa muscular, abdómen flácido e aumento de gordura corporal. Negava consumo de suplementos dietéticos e produtos anabolizantes. Foi realizada investigação complementar, analítica e de imagem, com exclusão de patologia orgânica. O seguimento posterior com envolvimento familiar, revelou um adolescente com baixa autoestima, obsessão pela imagem corporal, tendência ao isolamento social e longos períodos de tempo passados no ginásio. O diagnóstico de vigorexia foi evocado pelo próprio adolescente e confirmado pelo pediatra. A recuperação passou pela intervenção de uma equipa multidisciplinar (pediatra, dietista e pedopsiquiatra), com modulação das competências sociais, promoção da auto-estima e retorno controlado à atividade física. **Comentários:** O diagnóstico diferencial de vigorexia se faz inclui distúrbios da conduta, nomeadamente os que cursam com alteração da percepção da imagem corporal. Os profissionais de saúde devem conhecer os sinais e sintomas que a caracterizam levando a uma identificação precoce do distúrbio sendo esta fulcral para uma ótima abordagem e prestação de cuidados.

> PALAVRAS-CHAVE

Imagem corporal, masculino, comportamento do adolescente, desenvolvimento muscular, medicina do adolescente.

> ABSTRACT

Objective: Raise awareness among healthcare professionals to a less common conduct disturbance, the bigorexia, characterized by an excessive concern with muscularity and body image. **Case description:** A 17 years old adolescent was referred to an Outpatient Adolescent Medicine Clinic due to muscular pain, predominantly at the shoulders, with one year of evolution. He was a weightlifting practitioner and he had stopped this activity two months before with no relief. During the interview, he presented a high concern with his body shape, namely referring thin arms, loss of muscular mass, flaccid abdomen and an increase of body fat. He denied the consumption of dietary supplements and anabolic drugs. Analytical and imaging auxiliary tests were performed which excluded organic disease. Follow-up consultations with family involvement, revealed an adolescent with low self-esteem, an obsession with body shaping, tendency to social isolation

¹Médico Interno de Pediatria - Serviço de Pediatria - do Centro Hospitalar de Leiria. Leiria, AC, Portugal.

²Médico Interno de Pediatria - Serviço de Pediatria - do Centro Hospitalar de Leiria - Leiria, AC, Portugal.

³Assistente de Pediatria - Serviço de Pediatria - do Hospital Pediátrico de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra, AC, Portugal.

⁴Assistente de Pedopsiquiatria - Serviço de Pediatria - Centro Hospitalar de Leiria. Leiria, AC, Portugal.

⁵Assistente de Pediatria - Serviço de Pediatria - do Centro Hospitalar de Leiria. Leiria, AC, Portugal.

⁶Assistente de Pediatria - Serviço de Pediatria - do Centro Hospitalar de Leiria. Leiria, AC, Portugal.

Cláudia Patrícia Simões Mendes Arriaga (arriaga_c@hotmail.com) - Largo do Pinheiro Manso N°1. Carapinheira, Portugal.
CEP: 3140-073.

Recebido em 12/08/2015 – Aprovado em 26/09/2015

and long periods of time spent at the gym. The diagnosis of bigorexia was evoked by the adolescent and confirmed by the pediatrician. Improvement was achieved with intervention of a multidisciplinary team (pediatrician, dietitian and child psychiatrist), modulation of his social skills, promoting self-esteem and supervised return to physical activity. **Comments:** Bigorexia differential diagnosis includes other behavioral disorders, namely those that shows changes in body image perception. Healthcare professionals should know its signs and symptoms leading to a timely identification of the disorder, crucial for an adequate approach and treatment.

> KEY WORDS

Body image, male, adolescent behavior, muscle development, adolescent medicine.

> INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos a sociedade foi evoluindo baseada em modelos, muitos vinculados pelas *media*¹. O corpo tornou-se o elemento fundamental da própria identidade, com tendência à uniformização da diversidade humana. Os meios sociais promovem a imagem de perfeição centrada num corpo magro como símbolo de saúde e bem-estar¹. A dieta, as restrições alimentares e o exercício físico surgem como meios para modificar o corpo e, conseqüentemente, para atingir a perfeição^{2,3}. A procura da beleza e o culto de um corpo perfeito têm promovido o aparecimento de patologias psiquiátricas³.

Nos últimos anos temos assistido ao aparecimento de novas adições, "adições sem droga"², atividades aparentemente inócuas que o indivíduo realiza de maneira repetitiva, e lhe produzem satisfação, prazer e sensação de controlo com um objetivo definido². Estas têm surgido em vários domínios, nomeadamente na atividade física, da qual a vigorexia é um exemplo. Esta é uma síndrome ainda controversa entre autores³⁻⁵ pela dificuldade de classificação. Caracteriza-se pela existência de pensamentos repetidos acerca da necessidade de exercício físico, com o objetivo de aumentar a massa muscular, e em que o indivíduo se vê mais magro do que é na realidade³.

Apesar de referências prévias ao exercício como uma adição, foi nos anos noventa que surgiu uma entidade em que o exercício se convertia em obsessão^{6,7}. Pope descreveu-a em 1993⁶, designando-a de anorexia nervosa inversa pela

semelhança com as perturbações do comportamento alimentar (PCA). Posteriormente, outras designações têm sido usadas: complexo de Adónis ou dismorfia muscular^{2,5,8}.

Atualmente, o diagnóstico diferencial é feito com as PCA⁹, principalmente numa fase em que se salienta a insatisfação com a imagem e o desejo de a alterar recorrendo à alimentação e à atividade física, perturbações estas que não devem ser esquecidas no sexo masculino¹⁰. As diferenças sobressaem quando o peso é relativizado, não existindo o medo de "estar gordo", mas a preocupação centrada nas formas corporais^{3,11}. A preocupação e a conduta centradas num corpo percebido como pouco musculado, difere da insatisfação com partes específicas como sucede na perturbação dismórfica corporal. Os critérios diagnósticos baseados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) encontram-se no quadro 1¹².

Apesar de estudos apontarem prevalências díspares, estima-se que de 6 a 10% dos frequentadores assíduos de academias sofram de vigorexia^{2,6}. A maior incidência é no sexo masculino entre os 18 e os 25 anos^{2,6}.

Os autores pretendem alertar para uma patologia que estará subdiagnosticada e que interfere significativamente com o funcionamento global do adolescente.

DESCRIPÇÃO DO CASO <

Este estudo se baseia no caso de um adolescente de 17 anos, sexo masculino, caucasiano, referenciado à consulta de Medicina do

Adolescente por dor muscular generalizada, mais localizada a nível dos ombros com um ano de evolução e intensidade crescente. O paciente negava traumatismo ou outro evento precipitante, e não apresentava queixas semelhantes previamente, nem evidente limitação da mobilidade, compromisso articular ou rigidez. A dor não tinha horário preferencial, e era exacerbada com movimento e esforço, aliviada em repouso, e não cedia a analgésicos, condicionando as atividades diárias. Não havia referência à presença de sinais inflamatórios locais e negava febre. O adolescente se dizia cansado, com alteração do padrão de sono e perda de peso (6 kg num ano), tinha alterado os hábitos alimentares com seletividade para alimentos “saudáveis”, restringindo outros que “o engordavam”. Descrevia-se como um adolescente que sempre se alimentara bem, sem pensar em nutrientes ou calorias, algo que atualmente considerava fundamental para “um corpo saudável”. Sempre foi um adolescente fisicamente ativo, mas há um ano e meio atrás iniciou a academia, primeiro esporadicamente e depois diariamente (2-3h) com preferência pelo halterofilismo. Incentivado por colegas, tomou suplementos proteicos durante dois meses, até os pais descobrirem e o proibirem. Negou o consumo de produtos anabolizantes, embora conhecesse colegas que o faziam. Por indicação

médica, suspendeu o halterofilismo há dois meses, contudo sem noção de alívio das queixas e com um sentimento crescente de insatisfação pessoal, tristeza e até culpabilidade. Não gostava como se via, descrevendo-se como tendo braços finos, ombros estreitos, coxas delgadas, sem músculos, abdômen flácido e acumulação local de gordura.

O adolescente vivia com os pais e uma irmã adolescente, saudáveis, mantendo um relacionamento conflituoso sobretudo com os pais. Frequentava o 12º ano escolar com bom aproveitamento até há um ano. Negava consumo de álcool, tabaco ou drogas ilícitas, raramente era convidado pelos colegas para sair. Negou relação amorosa recente e vontade para tal, assim como amigos preferenciais. Segundo os pais sempre evidenciou baixa autoestima, anulando-se perante os colegas e sobressaindo a insatisfação pessoal.

À observação médica, destacava-se as faces triste, discurso monocórdico mas colaborativo, apresentava bom estado de nutrição e hidratação, massas musculares adequadas, com um índice de massa corporal (IMC) de 22,12kg/m² correspondente ao percentil 50-75 (CDC *growthcharts*). Referia dor na mobilidade e palpação dos braços, ombros, coxas e região poplíteia, embora sem clínica articular e sem

Quadro 1. Critérios de diagnóstico de dismorfia muscular (vigorexia), de acordo com DSM-V¹².

Critérios de diagnóstico de dismorfia muscular (A+B)

- A. Cumpre critérios de perturbação dismórfica corporal;
- B. Preocupação excessiva com o corpo, considerando que as suas formas corporais são demasiado pequenas ou não é suficientemente musculado.

Perturbação dismórfica corporal - critérios de diagnóstico

1. Preocupação com um ou mais defeitos ou alterações físicas percebidas pelo próprio, mas não observadas por outros indivíduos.
2. Em algum momento no curso da doença, o indivíduo realiza comportamentos ou atos mentais repetitivos em resposta à preocupação com a aparência física.
3. A preocupação com o corpo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento.
4. A preocupação com a aparência não satisfaz critérios de diagnóstico para uma perturbação do comportamento alimentar.

adenopatias palpáveis. Auscultação cardíaca e pulmonar e palpação abdominal sem alterações, estadiopubertário 5 de Tanner. Ao exame mental destacava-se o humor triste e desagradado com a situação, baixa autoestima, discurso obsessivo centrado na imagem corporal.

Realizou radiografia do tórax e ombros, ecografia abdominal e dos ombros sem alterações. Avaliação analítica sem evidência de anemia, sem alterações do hemograma, contagem plaquetar e função hepática e renal; parâmetros de inflamação negativos incluindo velocidade de sedimentação; análise sumária de urina sem alterações e com pesquisa de tóxicos negativa.

Colocada como hipótese diagnóstica a vigorexia, o seguimento em consulta foi centrado no reforço de mecanismos de autovalorização, reiterando o autoconceito, estimulando a identificação de elementos disruptivos do seu equilíbrio, geradores de ansiedade, desagrado e frustração individual. Após a investigação complementar retomou a atividade física, com melhora paulatina, verificando-se ganho ponderal associado a hipertrofia muscular, e uma alimentação regrada, pobre em gorduras e rica em proteínas. Aumentou 12,7kg num ano de seguimento, atingindo um IMC de 26,25kg/m², exibindo com satisfação hipertrofia muscular do tronco e membros, sem queixas. Verbalizava, contudo, ambicionar melhores resultados e que se sentia “viciado” a academia, com uma motivação diária quase que obsessiva, questionando se poderia tratar de um caso de vigorexia.

Uma vez evocado o diagnóstico de vigorexia, o pediatra e o pedopsiquiatra confirmaram-no. Foi feito o seguimento no sentido de identificar o seu mal-estar, vigiar as queixas e as respectivas limitações, a fim de retomar as atividades diárias com um crescente nível de envolvimento social e de atividade física sem prejuízo de outras áreas. O seguimento decorreu durante catorze meses, em consultas mensais e posteriormente bimensais, de Medicina do Adolescente e de Pedopsiquiatria. Foi proposta terapêutica com ansiolítico, que cumpriu (SOS) com melhora da resposta às situações ansiogênicas.

O controlo analítico e imagiológico aos seis meses apresentou-se sobreponível.

O acompanhamento regular, a intervenção e orientação multidisciplinares, adaptadas às necessidades do doente constituíram o plano terapêutico.

COMENTÁRIOS



Este caso apresenta um adolescente com um sentimento de insatisfação pessoal, muito característico da fase que é a adolescência. À semelhança de alguns adolescentes, a procura da sua identidade e de uma imagem que lhe confira aceitação e vantagem perante o grupo de pares, e perante a sociedade em geral, conduz a um nível de disfunção que cumpre critérios patológicos. As pressões sociais levam muitos adolescentes à procura da mudança, o que associado a um sentimento de autoridade perante o seu corpo e perante os seus atos os fazem sentir que conseguem tudo por si. Enquanto nas adolescentes o estereótipo é a magreza e o método mais habitual para o conseguir é o controle e manipulação da alimentação, no sexo masculino surge o ideal de corpos musculados e o exercício como forma de o alcançar. Assim, à semelhança das PCA no sexo feminino, nos rapazes emergem também estes distúrbios atualmente pertencentes às perturbações dismórficas¹². A sua identificação é importante pois é uma entidade que se associa a uma complexa disfunção do adolescente em várias áreas, sendo crucial o seu reconhecimento para aí intervir^{12,13}.

A presença de autocrítica, reconhecendo o carácter obsessivo e disfuncional das suas ideias, constituiu o principal fator de bom prognóstico. A autocrítica foi um elemento facilitador da intervenção e consequentemente conduzindo a uma necessidade mínima de terapêutica farmacológica.

Nestes adolescentes, à semelhança do descrito, inicialmente são percebidos sintomas da esfera obsessiva e até da conduta alimentar, o que leva à evocação de outras patologias dificultando o diagnóstico e a intervenção precoces.

Existem sinais de alarme para os quais os clínicos deverão estar atentos: obsessão pela academia e/ou exercício físico compulsivo; insatisfação com o corpo; PCA; consumo de esteróides e outros anabolizantes^{3,12}.

Após a identificação desta identidade nosológica o tratamento passa pela intervenção conjunta em termos psicoterapêuticos e farmacológicos¹⁴. Para além da identificação precoce

os clínicos têm um papel fundamental na prevenção. A intervenção da pedopsiquiatria é fundamental na complementaridade do seguimento contribuindo para um melhor prognóstico clínico e funcional.

Diagnosticar, orientar e acima de tudo, alertar para os riscos inerentes a esta perturbação constituem o objetivo para qualquer profissional de saúde que trabalhe com adolescentes.

➤ REFERÊNCIAS

1. Peyró C, González C. La influencia de modelos somáticos publicitarios en la vigorexia masculina: un estudio experimental en adolescentes. *Zer*, 2011; 16: 265-284.
2. Molina JMR. Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación. *Salud y drogas*, 2007; 7: 2007: 289-308.
3. Ribeiro PCP, Oliveira PBR. Culto ao Corpo: Beleza ou doença? *AdolescSaude* 2011; 8(3): 63-69.
4. Eisenberg ME, Wall M, Neumark-Sztainer D. Muscle-enhancing Behaviors Among Adolescent Girls and Boys. *Pediatrics*, 2012; 130:1019-1026.
5. Viadel MH, Mirallesa JLG, Viadel JVH. Dismorfia muscular, vigorexia o complejo de Adonis: a propósito de un caso. *Psiquiatria* 2005; 12: 133-5.
6. Pope HG, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *ComprPsychiatry* 1993; 34: 406-409.
7. Pope HG, Gruber AJ, Mangweth B, Bureau B, Col C, Jouvent R, Hudson JI. Body image perception among men in three countries. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1297-1301.
8. Choi PY, Pope HG, Olivardia R. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *Br J Sports Med* 2003; 37:280-1.
9. Sánchez RM, Moreno AM. Ortorexia y vigorexia: nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la Conducta Alimentaria* 2007;5:457-482.
10. Moinho R, Dias I, Luz A, Moleiro P. Perturbações do comportamento alimentar em rapazes: que diferenças? *Acta PediatrPort* 2014; 45: 124-129.
11. Chung B. Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspect Biol Med*. 2001; 44: 565-74.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed, Washington DC, 2013.
13. Contesini N, Adami F, Blake MT, Montero CBM, Abreu LC, Valentini VE et al. Nutritional strategies of physically active subjects with muscle dysmorphia. *Int Arch Med* 2013; 1:6-25.
14. Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *J Athl Train* 2005; 40(4): 352-359.