

# Cirurgia Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos

Julia Fandiño\*  
Alexander K. Benchimol\*  
Walmir F. Coutinho\*  
José C. Appolinário\*

## INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. Pelos riscos associados, vem sendo considerada um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos. Estima-se que de 2% a 8% dos gastos em tratamentos de saúde em vários países do mundo sejam destinados à obesidade. No Brasil, Monteiro e cols<sup>1</sup>. realizaram um estudo comparando 3 avaliações transversais de base populacional nos anos de 1975, 1989 e 1996. Estes autores descreveram um aumento na velocidade de crescimento da obesidade no nosso país.

A OMS classifica a obesidade baseando-se no Índice de Massa Corporal (IMC)<sup>a</sup> e no risco de mortalidade associada. Assim, considera-se obesidade quando o IMC encontra-se acima de

30kg/m<sup>2</sup>. Quanto à gravidade, a OMS define obesidade grau I quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m<sup>2</sup>, obesidade grau II quando IMC está entre 35 e 39,9kg/m<sup>2</sup> e, por fim, obesidade grau III quando o IMC ultrapassa 40kg/m<sup>2</sup>.

Sendo a obesidade uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, o seu tratamento envolve várias abordagens (nutricional, uso de medicamentos antiobesidade e prática de exercícios físicos)<sup>2</sup>. Entretanto, vários pacientes não respondem a estas manobras terapêuticas, necessitando de uma intervenção mais eficaz. A cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. A indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais e baseia-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente.

Aspectos clínicos e cirúrgicos da obesidade mórbida:

São candidatos para o tratamento cirúrgico (cirurgia bariátrica) os pacientes com IMC maior que 40 Kg/m<sup>2</sup> ou com IMC maior que 35 Kg/m<sup>2</sup> associado a comorbidades (hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, apnéia do sono,

---

\* Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço da Instituição: Rua. Moncorvo Filho 90, Centro, Rio de Janeiro, RJ. Tel: (21) 2507-0065.

<sup>a</sup> IMC = Peso (Kg) / Altura (m)<sup>2</sup>.

entre outras). A seleção de pacientes requer um tempo mínimo de 5 anos de evolução da obesidade e história de falência do tratamento convencional realizado por profissionais qualificados<sup>3</sup>. A cirurgia estaria contra-indicada em pacientes com pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio e cirrose hepática. Alguns autores citam contra-indicações psiquiátricas que ainda são fonte de controvérsias e motivo de discussão posterior.

As cirurgias são classificadas como disabsoativas e/ou restritivas. São reconhecidas 3 técnicas de tratamento cirúrgico<sup>3</sup>. A gastroplastia vertical com bandagem foi desenvolvida em 1982 por Mason. É uma cirurgia restritiva que consiste no fechamento de uma porção do estômago através de uma sutura, gerando um compartimento fechado. A utilização de um anel de contenção resulta em um esvaziamento mais lento deste “pequeno estômago”. Com este procedimento, os pacientes experimentam uma redução em média de 30% do peso total nos primeiros anos. Porém, observa-se uma queda na velocidade de perda de peso para menos de 20% após 10 anos de seguimento. Uma das razões propostas para este fato é o aprendizado realizado pelos pacientes. Eles passam a selecionar e ingerir alimentos líquidos hipercalóricos com uma passagem rápida pelo “estômago estreitado” (p. ex.: “milk shake”, leite condensado, etc.).

A “Lap Band” é uma outra técnica cirúrgica restritiva, relativamente recente. Consiste na implantação videolaparoscópica de uma banda regulável na porção alta do estômago. Este artefato fica conectado a um dispositivo colocado sob a pele, o que permite o ajuste volumétrico do reservatório gástrico criado. Esta técnica ainda carece de uma melhor avaliação em estudos de seguimento.

Nos últimos anos, entretanto, vem predominando uma terceira técnica que reúne a restrição à disabsorção, chamada de cirurgia de Capella. Aqui, a gastroplastia está associada a uma derivação gastrojejunal em formato da letra Y (chamada de Y de Roux). Este procedimento consiste na restrição do estômago para se adaptar a um volume menor que 30 ml. A redução de volume da cavidade é obtida através da colocação de um anel de contenção na saída do compartimento formado (orifício menor que 1.5 cm) e conexão com uma alça intestinal. A ingestão de carboidratos simples pode, assim, ocasionar a chamada síndrome de “dumping” (náuseas, vômitos, rubor, dor epigástrica, sintomas de hipoglicemia). Esta síndrome pode desempenhar um importante papel na manu-

tenção da perda de peso. Com este procedimento, os pacientes obtêm perdas médias na ordem de 35% a longo prazo. É uma técnica segura e com uma baixa morbidade<sup>4</sup>. Valeria a pena, também, ressaltar um outro procedimento cirúrgico utilizado menos freqüentemente por alguns centros médicos em pacientes extremamente obesos. Esta seria a técnica de Scopinaro: um “bypass” biliopancreático parcial com gastrectomia distal.

Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem: perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida. Utilizando estes parâmetros, o estudo de seguimento (“Bariatric Analysis and Reporting Outcome System – BAROS”)<sup>4</sup> padronizou um conjunto de instrumentos para avaliação dos resultados obtidos com pacientes submetidos à cirurgia. No estudo SOS<sup>5</sup> (Swedish Obese Subjects), foi encontrada uma melhora da qualidade de vida, dos parâmetros cárdio-respiratórios (dor torácica, dispnéia, apnéia do sono e hipertensão<sup>6</sup>) e metabólicos (diabetes e distúrbios lipídicos<sup>7</sup>) associados a uma perda substancial de peso induzida pela cirurgia. A mortalidade perioperatória está em torno de 0.3 a 1.6 %. As complicações do período pós-operatório podem ser classificadas em precoces e tardias (vide tabela 1).

**Tabela 1** – Complicações Pós-operatórias:

Precoces	Tardias
Infecção da ferida operatória	Má-absorção de vitaminas
Estenose/ulceração gástricas	Má-absorção de sais minerais
Náuseas e vômitos	Colelitíase
Deiscência de sutura	Diarréia
Pneumonia	Neuropatia periférica
Embolia pulmonar	Anemias

#### AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

Apesar da avaliação psiquiátrica dos pacientes candidatos à cirurgia bariátrica fazer parte de uma rotina no pré-operatório, ela não deve, entretanto, restringir-se a um rastreamento de transtornos mentais atuais e pré-existent. O paciente no período pós-operatório também deve ser avaliado, a intervalos regulares, para o acompanhamento do seu funcionamento psicológico posterior.

Indivíduos obesos da população geral, ou

até mesmo pacientes obesos que procuram tratamento para emagrecer, não parecem evidenciar um aumento da morbidade psiquiátrica. Observamos, entretanto, um aumento da psicopatologia em pacientes gravemente obesos (obesidade grau III) que procuram tratamento para emagrecer. Dentre os diagnósticos psiquiátricos mais freqüentemente observados nestes pacientes, estão os transtornos do humor e os transtornos do comportamento alimentar<sup>8</sup>. Quando tentamos avaliar o impacto da presença de um transtorno do humor, a história pregressa de um episódio depressivo parece não influenciar a perda de peso no período pós-operatório. Devemos estar atentos, entretanto, para a ocorrência de novos episódios depressivos que podem aparecer após a cirurgia e necessitar suporte e tratamento especializados.

Halmi e cols.<sup>9</sup> encontraram uma prevalência aumentada de transtorno depressivo nesta população, variando entre 29% a 51%. Quatro estudos de seguimento a longo prazo de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica<sup>10,11,12,13</sup> reportaram várias condições psiquiátricas como causas de morte no período pós-operatório, sendo o suicídio a principal ocorrência.

A compulsão alimentar periódica (CAP) é uma outra síndrome psiquiátrica freqüentemente encontrada nesta população, devido a sua associação com a obesidade. Essa síndrome é caracterizada por episódios nos quais ocorre uma ingestão, em um período limitado de tempo (até duas horas), de quantidade de comida definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e em circunstâncias similares, acompanhado de sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio. Quando esses episódios ocorrem, pelo menos dois dias na semana, nos últimos seis meses, associados a alguma característica de perda de controle e não são seguidos de comportamento compensatório dirigidos à perda de peso, compõe-se uma síndrome denominada atualmente de transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). Adami e cols<sup>14</sup>. demonstraram, através de uma avaliação transversal no período pré-operatório, que 63% dos pacientes com obesidade grau III apresentavam CAP, enquanto que 43% preenchiam os critérios para TCAP. Estas taxas foram muito maiores do que daquelas observadas em pacientes sem obesidade grau III.

Apesar de menos freqüentes, outros tipos de transtornos alimentares, como a bulimia nervosa (BN) e anorexia nervosa (AN), também podem estar presentes. Hsu L. e cols<sup>15</sup>., ao

realizarem um estudo de acompanhamento longitudinal, demonstraram que, dos 120 pacientes obesos mórbidos avaliados, 58,3% apresentavam algum tipo de Transtorno Alimentar (37,5% TCAP e 20,8% BN) no período pré-operatório. Na avaliação pós-operatória, observou-se que estes pacientes tinham uma maior dificuldade para perder peso e, em alguns casos, teriam até apresentado ganho ponderal. Bonne e cols<sup>16</sup> demonstraram, através do relato de dois casos, que a AN é um transtorno alimentar que pode ocorrer neste período.

Apesar de numa forma geral encontrarmos nos estudos longitudinais uma tendência de melhora do funcionamento psicológico após a cirurgia, alguns transtornos psiquiátricos podem aparecer neste período. Um estudo<sup>17</sup> de seguimento realizado com 157 pacientes durante um período de 3 anos após a cirurgia registrou duas mortes relacionadas ao abuso de álcool e três por suicídio. Kodama e cols<sup>18</sup> relataram 3 casos de surgimento de depressão após o procedimento cirúrgico. Dois desses pacientes também preenchiam critérios para TCAP.

A avaliação psiquiátrica pré-operatória é fundamentalmente clínica, mas pode ser auxiliada utilizando-se testes psicológicos e entrevistas psiquiátricas estruturadas. Em alguns algoritmos para avaliação e indicação deste procedimento, desaconselha-se operar pacientes que apresentem “condições médicas que tornem os riscos inaceitáveis ou impeçam a adaptação pós-operatória, tais como transtornos psiquiátricos ou dependência de álcool ou drogas”<sup>19</sup>. Para uma boa evolução cirúrgica, o paciente deve estar habilitado a participar do tratamento e do seguimento de longo prazo<sup>3</sup>. Parece-nos que, frente ao conhecimento científico acumulado até então, não podemos considerar nenhum tipo de contra-indicação psiquiátrica absoluta. O bom senso clínico nos conduz, entretanto, a uma conduta cautelosa em relação a esta situação. Por isso é que a avaliação psiquiátrica pré e pós-operatória é tão importante e deve ser realizada por um profissional experiente e integrado a uma equipe cirúrgica multidisciplinar. O tratamento prévio do transtorno psiquiátrico associado à obesidade pode ser fundamental para o sucesso do procedimento cirúrgico.

## CONCLUSÃO

A obesidade grau III é uma condição clínica grave associada a uma alta morbidade e mortalidade, devido a várias complicações clínicas associadas. Seguindo-se critérios de avaliação

adequados, a cirurgia bariátrica passa a ser a única intervenção eficaz, a longo prazo, no tratamento da obesidade grau III. Pacientes com obesidade grave podem apresentar um aumento de psicopatologia associada. Sendo assim, é de extrema importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monteiro C. Epidemiologia da obesidade. Em: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. Obesidade, São Paulo: Lemos Editorial; 1998. p. 15-31.
2. Segal A, Fandiño J. Indicações e Contra indicações para realização das Operações Bariátricas. Rev Bras Psiq 2002;24 (Supl III):68-72.
3. Consenso Latino Americano de Obesidade. Arq Bras Endocrinol Metab 1999;43:21-67.
4. Oria HE, Moorehead MK. Bariatric Analysis and Reportig Outcome System (BAROS) Obes Surg 1998;8:487-99.
5. Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. Two-year follow up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity: Swedish Obese Subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Int J Obes Relat Metab Disord 1998; 22:113-26.
6. Karason K, Lindroos AK, Stenlöf K, Sjöström L. Relief of Cardiorespiratory symptoms and increased physical activity after surgically induced weight loss: result from the SOS Study. Arch Intern Med 2000;160:1797-802.
7. Sjöström CD, Lissner L, Wedel H, Sjöström L. Reduction in incidence of diabetes, hypertension and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery: the SOS Intervention Study. Obes Res 1999; 7:477-84.
8. Appolinario JC. Obesidade e psicopatologia. Em: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. Obesidade, São Paulo: Lemos Editorial;1998. p.217-27.
9. Halmi KA, Long M, Stunkard AJ, et al. Psychiatric diagnosis of morbidly obese gastric bypass patients. Am J Psychiatry 1980;137:470-72.
10. Capella JF, Capella RF. The weight reduction operation of choice: Vertical banded gastroplasty or gastric bypass? Am J Surg 1996;171:74-9.
11. Macgregor AMC, Rand CSW. Gastric surgery in morbid obesity: outcome in patients aged 55 years and older. Arch surg 1993;128:1153-157.
12. MacLean LD, Rhode BM, Forse RA. Late results of vertical banded gastroplasty for morbid and superobesity. Surgery 1990;107:20-7.
13. Pories WJ, Swanson MS, MacDonald KG, et al. Who would have thought it? Na operation proves to be the most effective therapy for adult-onset diabetes mellitus. Ann Surg 1995;222:339-52.
14. Adami GF, Gandolfo P, Bauer B, Scopinaro N. Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. Int J of Eat Disord 1995; 17:45-50.
15. Hsu LK, Betancourt S, Sullivan SP. Eating Disturbances Before and After Vertical Banded Gastroplasty: A Pilot Study. Int J of Eat Disord 1996; 19: 23-34.
16. Bonne O, Bashi R, Berry E. Anorexia Nervosa Following Gastroplasty in the Male: Two Cases. Intl J of Eat Disord 1996;19:105-08.
17. Waters GS, Pories WJ, Swanson MS, Meelheim HD, Flickinger EG, May HJ. Long-Term studies of mental health after Greenville gastric bypass operation for mor-

bid obesity. Am J Surg 1991;161:154-158.

18. Kodama K, Noda S, Murakami A, et al. Depressive disorders as psychiatric complications after obesity surgery. Psych and Clin Neurosc 1998;52:471-476.
19. Garrido Junior AB. Situações especiais: tratamento da obesidade mórbida. Em: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. Obesidade, São Paulo: lemos Editorial;1998.p.331-341.

## RESUMO

*A obesidade grau III é uma doença crônica, de etiologia multifatorial, que acarreta prejuízos importantes à saúde do indivíduo. Devido a sua gravidade e difícil manejo clínico, novas estratégias de tratamento têm sido propostas, dentre as quais destaca-se a cirurgia bariátrica. O objetivo deste artigo é apresentar uma atualização sobre as técnicas cirúrgicas, assim como aspectos clínicos e psiquiátricos envolvidos com este procedimento. Como pacientes com obesidade grave podem apresentar várias complicações clínicas e um aumento da psicopatologia, é de extrema importância uma avaliação multidisciplinar criteriosa visando a reduzir possíveis complicações pós-operatórias.*

*Descritores: Obesidade grau III, cirurgia bariátrica, compulsão alimentar.*

## ABSTRACT

*Grade III obesity is a multifactorial and chronic disorder associated with great damage to individual health. Due to its severity and difficult management, new treatment strategies are being proposed, with special attention to bariatric surgery. The objective of this study is to present an overview of the surgical techniques, clinical, and psychiatric aspects related to the surgical treatment of obesity. Since morbid obesity is associated with several clinical complications and increased psychopathology, a careful multidisciplinary approach is necessary to reduce possible complications related to obesity surgery.*

*Keywords: Grade III obesity. bariatric surgery. Binge eating.*

*Title: Bariatric Surgery: clinical, surgical and psychiatric aspects*

## RESUMEN

*La obesidad grado III es una enfermedad crónica, de etiología multifactorial, que causa importantes perjuicios a la salud. Por su gravedad y difícil manejo clínico, se están proponiendo nuevas estrategias de tratamiento, entre las cuales se destaca la cirugía bariátrica. El objetivo de este artículo es presentar una actualización sobre las técnicas quirúrgicas disponibles, además de los aspectos clínicos y psiquiá-*

*tricos involucrados con este procedimiento. Considerándose las frecuentes complicaciones clínicas y psicopatológicas relacionadas con la obesidad grave, se recomienda una evaluación multidisciplinar cuidadosa, buscándose evitar posibles complicaciones posquirúrgicas.*

*Palabras-clave: Obesidad grado III, cirugía bariátrica, compulsión alimentaria.*

*Título: Cirugía Bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos y psiquiátricos*

Endereço para correspondência:

Julia Fandiño

Travessa Santa Leocádia 60/201, Copacabana,  
22061-050 – Rio de Janeiro – RJ

E-mail: jufan@terra.com.br