

# Contra-Indicações Psiquiátricas na Cirurgia Bariátrica

## *Psychiatric Contraindications in Bariatric Surgery*

Ana Margarida Cordeiro\*

Psiquiatra Hospitalar, Centro Hospitalar Conde de Ferreira, Porto

### Resumo

A cirurgia bariátrica é actualmente o único tratamento eficaz para a Obesidade mórbida. Embora a doença psiquiátrica não seja considerada como critério de exclusão, nos EUA a cirurgia bariátrica é adiada ou recusada em cerca de 15% dos candidatos devido a factores psicológicos.

O objectivo deste artigo é a revisão da literatura relevante dirigida às questões colocadas pela doença psiquiátrica na cirurgia bariátrica, nomeadamente no processo de selecção e orientação dos candidatos com patologia psiquiátrica, seguida de discussão. Foram revistos os principais diagnósticos psiquiátricos no que respeita a riscos e contra-indicações para a cirurgia bariátrica e os resultados cirúrgicos a longo prazo em candidatos com estas patologias.

A identificação e o tratamento da sintomatologia psiquiátrica antes da cirurgia bariátrica são fundamentais. É também recomendada a monitorização pós-cirúrgica da psicopatologia que pode comprometer a redução de peso.

**Palavras-chave:** obesidade, cirurgia bariátrica, psiquiátricos, psicopatologia

### Introdução

A Obesidade está associada a prevalências mais elevadas de sintomatologia depressiva e ansiosa e de alterações do comportamento alimentar.

Quanto à presença de doença psiquiátrica em candidatos a cirurgia bariátrica, estima-se que cerca de dois terços tenham antecedentes de patologia psiquiátrica do Eixo I da DSM, com predomínio das Perturbações do Humor. Na avaliação pré-cirúrgica, 24-38% dos candidatos apresentam patologia do Eixo I, nomeadamente Perturbações do Humor (10-16%) e Perturbações de Ansiedade (11-24%) e as Perturbações do Comportamento Alimentar surgem

### Abstract

*Bariatric surgery is currently the only effective treatment for morbid obesity. Although psychiatric disorder is not considered an exclusion criterion for bariatric surgery, in the EUA this practice is delayed or denied for approximately 15% of surgery candidates due to psychological reasons.*

*The aim of this article is to review the status of relevant literature addressing psychiatric issues in bariatric surgery, namely selection criteria and procedures towards candidates for weight loss surgery which present with psychiatric disorder, followed by discussion. Major psychiatric diagnoses were reviewed concerning risks and contraindications to bariatric surgery and long term surgical outcome.*

*The assessment of psychiatric symptoms and its treatment before bariatric surgery is essential and postsurgical monitoring of psychopathology that may compromise weight reduction is recommended.*

**Keywords:** obesity, bariatric surgery, psychiatric, psychopathology

em 10-16%. Encontra-se também num pequeno número de casos o Abuso de Substâncias (1.7%)<sup>2,3,4</sup>.

Nas Guidelines adoptadas pela American Society of Metabolic and Bariatric Surgery em 2004 recomenda-se que os candidatos a cirurgia bariátrica sejam avaliados por uma Equipa Multidisciplinar e que, quando necessário, sejam observados pela especialidade de Psiquiatria. São considerados como critérios de exclusão para a cirurgia bariátrica a detecção de causas reversíveis de Obesidade, a presença de abuso de álcool ou drogas, a doença mental grave e não controlada e as pessoas que manifestam incapacidade para perceber os riscos, os benefícios e os resultados do tratamento, bem

\* anamargcordeiro@gmail.com

como as mudanças de estilo de vida inerentes à cirurgia<sup>1</sup>.

Nas Guidelines de 2004 a doença psiquiátrica não é um critério absoluto de exclusão. No entanto, estima-se que cerca de 15% dos candidatos nos EUA sejam excluídos por este motivo, em particular por apresentarem quadros de depressão descompensada ou por não terem capacidade de compreensão do procedimento cirúrgico<sup>4</sup>.

A consulta de Psiquiatria no âmbito da consulta multidisciplinar de Obesidade realiza-se com os objectivos de: diagnosticar a patologia psiquiátrica, nomeadamente situações que interfiram com a capacidade de compreensão e de mudança de estilo de vida necessárias ao procedimento cirúrgico, bem como de instituir o seu tratamento com vista ao controlo dos sintomas e à compensação dos quadros clínicos.

## Material e métodos

Realizou-se uma pesquisa nas bases de dados Medline and PubMed dos artigos relevantes referentes às relações entre patologia psiquiátrica e cirurgia bariátrica, nomeadamente contra-indicações e prognóstico do procedimento cirúrgico, publicados entre 2000 e 2009. Foram seleccionados onze artigos.

## Discussão

### Consumo de substâncias

Nos estudos efectuados em populações de candidatos a cirurgia bariátrica verifica-se que até 32% dos indivíduos tem antecedentes de consumo de álcool ou drogas. No entanto, o seu número é muito inferior à data da avaliação, estando o Abuso de Tóxicos presente em apenas cerca de 1.7% dos candidatos.

Compreende-se que o Abuso de Tóxicos seja um critério de exclusão para a cirurgia bariátrica nas Guidelines de 2004<sup>1,5</sup>. Nestes indivíduos são frequentes os comportamentos desadaptativos com interferência na sua vida profissional e social e as dificuldades de compromisso com os horários e as obrigações do quotidiano<sup>12</sup>. Outro aspecto importante é o efeito das substâncias tóxicas ao nível do apetite, do peso e da saúde em geral.

Contudo, seria importante especificar se a presença de antecedentes de Dependência de Tóxicos deve constituir um factor de exclusão ou qual o período de tempo de abstinência necessário até se poder considerar segura a intervenção bariátrica.

## Demências e deficiência mental

Os quadros demenciais, pelo compromisso das capacidades cognitivas que acarretam e pela sua evolução crónica, são à partida critérios de exclusão na selecção de candidatos a cirurgia bariátrica.

Também os indivíduos com Deficiência Mental Moderada, Grave ou Profunda, devido às limitações ao nível do seu funcionamento intelectual e à sua autonomia reduzida, deverão ser excluídos na avaliação pré-cirúrgica<sup>5,12</sup>.

## Perturbações psicóticas

### Esquizofrenia

Dentro do grupo de Perturbações psicóticas, a Esquizofrenia é a patologia psiquiátrica mais grave.

Os indivíduos com Esquizofrenia têm uma maior prevalência de factores de risco cardiovasculares, nomeadamente HTA, doença coronária, diabetes, tabagismo e, em cerca de 42%, Obesidade. São causas de Obesidade nestes indivíduos a adopção de vida sedentária e de hábitos alimentares pouco saudáveis e, muitas vezes, o tratamento farmacológico<sup>6</sup>. De especial relevância é a utilização de fármacos mais recentes, como alguns antipsicóticos atípicos, com eficácia comprovada, mas que, pelo seu mecanismo de acção (bloqueio dos receptores 5-HT<sub>2C</sub> e H1), provocam o aumento do apetite e do peso<sup>12</sup>.

A Esquizofrenia enquadra-se nos critérios de exclusão das Guidelines de 2004 devido à gravidade da sua sintomatologia. Esta patologia cursa com frequência com episódios de descompensação em que surgem delírios, alucinações e comportamento desorganizado (com compromisso do juízo crítico da realidade), bem como com deterioração cognitiva e sintomatologia negativa (avolição, isolamento social), aspectos que limitam a capacidade destes indivíduos de compreenderem o procedimento cirúrgico e de procederem a mudanças no seu estilo de vida<sup>5,12</sup>.

Contudo, cerca de 10-20% dos indivíduos com Esquizofrenia apresentam uma boa evolução, com períodos de estabilização prolongados e uma boa integração social e, mais raramente, profissional<sup>12</sup>. Desta forma, em casos pontuais devidamente avaliados e de bom prognóstico, poder-se-á ponderar a realização de cirurgia bariátrica. No entanto, para além do acompanhamento psiquiátrico regular, torna-se particularmente importante a existência de um bom suporte familiar que assegure que o indivíduo cumpra o tratamento e que, caso surja

alguma complicação pós-cirúrgica ou mostre sinais de descompensação psiquiátrica, recorra de imediato ao hospital.

## **Perturbações do humor**

### **Perturbação Bipolar**

Dentro das Perturbações do Humor, a Perturbação Bipolar tipo I é a que coloca mais questões na avaliação dos candidatos a cirurgia bariátrica. Esta patologia caracteriza-se pelo aparecimento de episódios de Mania, com hiperactividade e possibilidade de actividade delirante. Podem ocorrer também episódios de Depressão, por vezes com sintomas psicóticos e risco de suicídio<sup>12</sup>. Estes episódios determinam com frequência a necessidade de internamento hospitalar.

Estima-se que cerca de 35% dos indivíduos com Doença Bipolar tipo I têm Obesidade<sup>6</sup>. À semelhança do que se verifica na Esquizofrenia, uma das causas identificadas para este fenómeno é o seu tratamento com fármacos que provocam aumento de apetite e do peso, como os antipsicóticos atípicos e alguns estabilizadores do humor clássicos (lítio e ácido valpróico)<sup>12</sup>.

Relativamente à evolução da Doença Bipolar tipo I, sabe-se que cerca de 45% destes indivíduos têm vários episódios de descompensação ao longo da vida e que cerca de 20% mantêm alterações do humor residuais apesar do tratamento farmacológico instituído<sup>12</sup>. Como consequência, o diagnóstico de Doença Bipolar tipo I implica na maioria dos casos a exclusão no processo de selecção dos candidatos.

No entanto, sabe-se que cerca de 15% destes indivíduos têm uma boa evolução, com uma quase ausência de episódios e um funcionamento socio-profissional preservado<sup>12</sup>. Nos casos de melhor prognóstico pode-se ponderar a intervenção bariátrica, desde que, tal como referido para a Esquizofrenia, esteja assegurado o acompanhamento psiquiátrico regular e a boa retaguarda familiar.

### **Perturbações Depressivas**

Relativamente à sintomatologia depressiva, esta é frequente em candidatos à cirurgia bariátrica, chegando a ocorrer em 16% desta população.

Verifica-se que nos indivíduos do sexo masculino com Obesidade mórbida, a probabilidade de sofrerem de depressão é oito vezes superior à da população

geral; no sexo feminino, esta probabilidade é quatro vezes superior<sup>6</sup>.

Nos indivíduos com Obesidade são comuns a baixa auto-estima, a auto-imagem negativa, a insatisfação nas relações interpessoais e na vida conjugal, padecerem de queixas álgicas e de limitações físicas, serem vítimas de discriminação educativa, profissional e social. Estes factores determinam uma menor qualidade de vida<sup>1</sup>.

A Obesidade favorece o aparecimento de doenças físicas, outro aspecto que aumenta a vulnerabilidade à depressão. Com efeito, indivíduos com doenças crónicas, tais como a diabetes ou a doença coronária, têm um risco de depressão aumentado (25% nalguns estudos)<sup>12</sup>.

Os quadros depressivos cursam com alterações do apetite e do peso, desinteresse pelas actividades quotidianas, abulia, anedonia e, nos episódios mais graves, sintomas psicóticos, o que dificulta a adesão às mudanças de estilo de vida requeridas pela cirurgia bariátrica. Por este motivo, recomenda-se o controlo dos sintomas e o tratamento da depressão previamente à intervenção cirúrgica<sup>5</sup>.

Relativamente aos resultados da cirurgia bariátrica nesta população, verifica-se que na maioria dos casos ocorre uma melhoria da depressão. No entanto, há um subgrupo de doentes que mantém a sintomatologia depressiva. Por outro lado, indivíduos com depressão após a cirurgia bariátrica têm menores taxas de sucesso, nomeadamente ao nível da redução de peso e da qualidade de vida<sup>5</sup>.

Pode-se concluir que o diagnóstico de Depressão, embora não implique a exclusão do candidato, torna imprescindível o seu tratamento antes do procedimento cirúrgico e a monitorização continuada da sintomatologia após a cirurgia bariátrica<sup>4,6</sup>.

## **Perturbações de ansiedade**

As Perturbações de Ansiedade constituem um vasto grupo que inclui a Perturbação de Ansiedade Generalizada, a Perturbação de Pânico e Agorafobia, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, a Fobia Social e a Perturbação Pós-Stress Traumático.

As Perturbações de Ansiedade são das mais frequentes em candidatos a cirurgia, estando presentes em 11-24% dos indivíduos. De notar que em alguns estudos até 11% dos indivíduos tem história de Perturbação Pós-Stress Traumático, estando por clarificar a relação entre a ocorrência de eventos traumáticos precoces e o aparecimento de Obesidade<sup>3</sup>.

A sintomatologia ansiosa pode ter interferência marcada no funcionamento socioprofissional dos indivíduos e muitas vezes está associada a uma elevação do limiar de saciedade e à irregularidade dos padrões alimentares. Também com frequência ocorre um aumento de ingestão de alimentos como tentativa de controlo da sintomatologia ansiosa.

Por estas razões, o tratamento da ansiedade deve ser realizado antes da cirurgia bariátrica.

## **Perturbações do comportamento alimentar**

### **Perturbação de Ingestão compulsiva de Alimentos (“Binge Eating Disorder”)**

Dentro do grupo das Perturbações do Comportamento Alimentar, o aparecimento em programas de emagrecimento de casos de Anorexia e de Bulimia Nervosas é raro.

Muito mais frequente é a presença de Perturbação de Ingestão Compulsiva de Alimentos, caracterizada pela ocorrência de ingestões compulsivas de grandes quantidades de comida acompanhadas de sensação de perda de controlo sobre o acto de comer. Os episódios provocam um mal-estar significativo no indivíduo e, ao contrário da Bulimia Nervosa, não são acompanhados de comportamentos compensatórios (indução do vômito, toma de laxantes, etc.)<sup>12</sup>.

Estes episódios são muitas vezes precipitados por estados emocionais e muitos destes indivíduos têm antecedentes de depressão, o que levou a colocar a hipótese da depressão poder gerar vulnerabilidade para o desenvolvimento desta patologia<sup>7</sup>.

A Perturbação de Ingestão Compulsiva de Alimentos predomina no sexo feminino (65% dos casos) e afecta 2-5% da população. Nas amostras recolhidas na comunidade, apenas 50% dos indivíduos com esta patologia são obesos. No entanto, estudos efectuados com indivíduos em programas de emagrecimento revelaram prevalências de Perturbação de Ingestão Compulsiva de Alimentos em cerca de 30%.

Os indivíduos com Perturbação de Ingestão Compulsiva e Obesidade têm um início mais precoce de Obesidade e de dietas de emagrecimento, apresentam flutuações mais marcadas de peso ao longo da vida e têm uma tendência a aumento de peso ao longo de 20 anos. Estes dados parecem sugerir que a Perturbação de Ingestão Compulsiva de Alimentos pode constituir um factor de agravamento da Obesidade<sup>7</sup>.

Relativamente à cirurgia bariátrica, a Perturbação de Ingestão Compulsiva de Alimentos muitas vezes melhora ou mesmo remite com a intervenção e não parece interferir negativamente ao nível da perda de peso. Contudo, verificam-se mais complicações pós-cirúrgicas e mais reajustes de Banda Gástrica quando esta patologia está presente<sup>5,8,9,10</sup>.

A Perturbação de Ingestão Compulsiva que é diagnosticada após a cirurgia bariátrica tem sido associada a uma menor redução de peso e a casos de insucesso com recuperação do peso perdido aos 18-24 meses<sup>4,8,9,10</sup>. Num estudo recente verificou-se que a maioria dos casos com Perturbação de Ingestão Compulsiva após a cirurgia eram indivíduos que já tinham tido estes episódios no seu passado, isto é, constituíam casos de recaída de uma patologia préexistente<sup>10</sup>.

Consequentemente, é de particular relevância a sinalização e a instituição de tratamento nos casos de Perturbação de Ingestão Compulsiva de Alimentos<sup>7</sup> antes de realizar a cirurgia bariátrica e a vigilância continuada dos indivíduos após o procedimento<sup>4</sup>.

## **Outros factores de selecção**

Características como a manifestação de desconforto significativo com o excesso de peso e a assiduidade nas consultas e exames marcados fornecem indirectamente informações quanto ao grau de motivação dos indivíduos e ao prognóstico para a cirurgia bariátrica<sup>1</sup>.

Na avaliação é importante prestar atenção à envolvente familiar, pois um familiar próximo que discorde da cirurgia bariátrica pode interferir negativamente nos resultados do tratamento. Com efeito, muitos centros privilegiam no processo de selecção a existência de concordância e apoio conjugal ou familiar<sup>11</sup>.

Devem-se também despistar situações de crise relacional aguda, em que o emagrecimento é procurado como solução rápida para problemas pessoais e conjugais<sup>4</sup>.

Pelo contrário, uma vida afectiva, social e profissional estável, com regularidade de horários e sem factores de *stress* são factores facilitadores da adopção de dietas alimentares e de estilos de vida mais saudáveis<sup>5</sup>.

Os indivíduos com doença psiquiátrica deverão ter acesso a acompanhamento psiquiátrico continuado para o controlo da sintomatologia, de forma a evitar que esta prejudique o sucesso do tratamento bariátrico.

## Bibliografia

1. Mechanick JI, Kushner RF et al. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric patient. *Surg Obes Relat Dis* 2008; 4(5):S109-S184
2. Rosenberger PH, Henderson KE, Grilo CM. Psychiatric disorder comorbidity and association with eating disorders in bariatric surgery patients: a cross-sectional study using structured interview-based diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1080-1085
3. Kalarchian MA, Marcus MD et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007; 164:328-334
4. Marcus MD, Kalarchian MA et al. Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *Am J Psychiatry* 2009; 166(3):285-292
5. Norris L. Psychiatric issues in bariatric surgery. *Psychiatr Clin N Am* 2007; 30:717-738
6. Berkowitz RI, Anthony N, Fabricatore. Obesity, Psychiatric Status, and Psychiatric Medications. *Psychiatr Clin N Am* 2005; 28: 39-54
7. Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes* 2001; 25(Suppl 1):S51-S55
8. Busetto L, Segato G et al. Weight loss and postoperative complications in morbidly obese patients with binge eating disorder treated by laparoscopic adjustable gastric banding. *Obes Surg* 2005; 15:195-201
9. Puglisi F, Antonucci N et al. Intra-gastric balloon and binge eating. *Obes Surg* 2007; 17:504-509
10. Niego SH, Kofman MD et al. Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007; 40:349-359
11. Choban PS, Jackson B et al. Bariatric surgery for morbid obesity: Why, who, when, how, where and then what? *Cleve Clin J Med* 2002;69(11):897-903
12. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock'S Synopsis of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2003