



Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva do cirurgião plástico

Body dysmorphic disorder from the perspective of the plastic surgeon

MARILHO TADEU DORNELAS^{1,2*}
MARÍLIA DE PÁDUA DORNELAS CORRÊA^{1,2}
LÍVIA DORNELAS CORRÊA^{3,4}
GABRIEL VICTOR DORNELAS^{3,4}
ALICE ASSUMPCÃO SOARES^{3,4}
LARISSA VITÓRIA DORNELAS^{3,4}
LAURA DORNELAS CORRÊA^{3,4}
YURI MIRANDA DE-OLIVEIRA¹

Instituição: Hospital Universitário,
Universidade Federal de Juiz de Fora
Clínica Plastic Center.

Artigo submetido: 21/2/2018.
Artigo aceito: 10/2/2019.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0016

■ RESUMO

O transtorno dismórfico corporal é encontrado com uma certa frequência nos atendimentos relacionados à estética. Entretanto, permanece subdiagnosticado devido à dificuldade de diferenciar uma insatisfação pessoal natural com a imagem corporal de uma queixa patológica. Para os pacientes com TDC, o incômodo gerado pelo seu “defeito” costuma ser desproporcional ao que observamos no exame físico. Além disso, na tentativa de corrigir aquilo que não lhe agrada, ele se submete a diversos procedimentos cirúrgicos que, em grande parte das vezes, considerará insuficiente para a resolução do seu problema. Nesse sentido, buscamos, com este trabalho, ampliar as discussões já existentes na literatura especializada. Assim, assumindo a escassa bibliografia, tencionamos, além de construir discussões acerca dessa afecção, o que pode contribuir para a identificação dos traços desse transtorno, evitando, por conseguinte, a realização de procedimentos cirúrgicos desnecessários e nortear as ações do especialista no que diz respeito à possibilidade de uma disputa judicial.

Descritores: Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Psiquiatria; Imagem corporal; Transtornos dismórficos corporais; Estética.

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

³ Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁴ SUPREMA Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, Juiz de Fora, MG, Brasil.

■ **ABSTRACT**

Body dysmorphic disorder (BDD) is found with a certain frequency in aesthetic-related care. However, it is underdiagnosed due to the difficulty in differentiating a personal dissatisfaction with body image of a pathological complaint. For BDD patients, the discomfort generated by their “defect” is often disproportionate to that observed on physical examination. In addition, in an attempt to correct their “defect”, the patients undergoes various surgical procedures, which are often considered insufficient by the patients to solve their problem. Hence, this study aimed to expand the already existing discussions in the specialized literature. Since there are only a few studies on the topic, we plan to discuss this condition so as to contribute towards identification of the characteristics of this disorder, thus, avoiding unnecessary surgical procedures and guiding the specialist’s actions in case of a legal dispute.

Keywords: Reconstructive surgical procedures; Psychiatry; Body image; Body dysmorphic disorders; Aesthetics.

INTRODUÇÃO

A procura pela beleza ou pela aparência atrativa ao outro parece ser objeto de fascínio da humanidade. Embora envolva estereótipos que variam de acordo com padrões culturais, a noção de beleza, um conceito dinâmico de busca pela perfeição, pode, em algum momento, como já descrito por estudos conduzidos pela área da psiquiatria, aproximar-se do que se tem denominado por transtorno psíquico.

Ao realizarmos uma incursão histórica, percebemos que, enquanto doenças endêmicas e pestes dizimavam um grande número de pessoas, a obesidade prevalecia, contudo, como sinônimo de saúde e de bem-estar. Atualmente, o que observamos é um movimento contrário a essa percepção, cujos pressupostos evidenciam a supremacia da ditadura da magreza, em que ser belo é ser esguio. Nesse novo contexto, delimitar a tênue linha que separa desejo pessoal, na busca por uma melhoria estética, de dismorfia corporal pode ser uma tarefa difícil¹.

No âmbito da literatura especializada, o primeiro registro de dismorfofobia aparece em 1886, descrito por Morsellini². No entanto, nos estudos brasileiros, somente em 1976 Pitanguy et al.³ fazem referência a esse termo. Conhecida, ainda, como epônimo de Complexo de Quasímodo⁴, e, mais recentemente, como transtorno dismórfico corporal (TDC), a dismorfofobia foi estabelecida como doença, no volume III do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de 1987 (DSM-III-R) e permanece, no atual DSM V, publicado em 2013, como “*Body Dysmorphic Disorder*”⁵.

Na prática clínica, observamos que os pacientes acometidos pelo TDC apresentam insatisfação extrema com sua aparência, o que se traduz em sofrimento intenso. Encontramos, também, relatos de prejuízos funcionais na vida social e no trabalho, elevado grau de estresse e comorbidades. Tais fatores contribuem para a constante procura por procedimentos estéticos, que culminam em resultados majoritariamente pobres^{4,6,7}.

Assim, no que diz respeito ao papel do especialista, entendemos que ao proceder o exame físico, notamos, muitas vezes, alteração mínima ou inexistente. Por esse ângulo, cabe ao cirurgião a busca pelo reconhecimento do tipo de transtorno de seu paciente com intuito de referenciá-lo, se necessário, ao psiquiatra. Frisamos, contudo, que, em grande parte dos casos, o diagnóstico desse tipo de psicopatologia pode passar despercebido, devendo, então, o profissional buscar meios de se proteger judicialmente contra possíveis litígios judiciais⁸. É nesse sentido que este texto encontra sua razão de ser.

Assim, apoiados em uma vasta investigação teórica e em nossa experiência clínica, nas próximas seções buscaremos desenvolver as ideias aqui apresentadas, com o intuito de colaborar com o mosaico de estudos realizados no âmbito das pesquisas em cirurgia plástica.

OBJETIVO

Neste texto, pretendemos demonstrar a relevância do TDC em pacientes que procuram serviços de Cirurgia Plástica e reforçar a atenção do médico quanto a este diagnóstico, muitas vezes esquecido. Buscamos,

ainda, reiterar a importância do rastreamento correto para que a equipe possa encaminhar os pacientes ao tratamento adequado, evitando que sejam submetidos a procedimentos de cunho estético desnecessários. Propomos, também, no caso de incerteza diagnóstica do TDC, sugerir caminhos possíveis para que o cirurgião possa se resguardar, mediante a possibilidade de futuros problemas legais.

MÉTODOS

Com o objetivo de construir este trabalho, realizamos uma investigação de cunho qualitativo e quantitativo, na qual buscamos artigos, dissertações, capítulos de livros e teses, que enfocam o transtorno dismórfico corporal, dismorfofobia e síndrome de Quasimodo. Com o intuito de ampliar nosso escopo teórico, no que diz respeito, mais especificamente, às bases de dados, destacamos: PubMed, SciELO, Lilacs e Bireme.

DISCUSSÃO

Tendo como ponto de partida a atual expansão de procedimentos cirúrgicos estéticos, que ultrapassaram 10 milhões, em 2005, segundo Crerand et al.⁹, e atingiram 629 mil só no Brasil, em 2009¹⁰, fica evidente o culto exagerado à forma física. Entre os fatores que motivam a busca pelos procedimentos encontra-se o senso comum de que, para atingir sucesso profissional e interpessoal, é necessário um corpo escultural. De forma análoga, a preocupação estética, cada vez mais precoce entre os jovens, a busca infundável pela perfeição (facilitada pelas vastas ferramentas da Cirurgia Plástica), as constantes discussões sobre dieta, exercícios e moda, que corroboram certos padrões de beleza, podem alimentar, entre outros fatores, a experiência vivenciada no TDC. Tal cenário tende a propiciar um ambiente favorável ao desenvolvimento dessa afecção, tornando-a, assim, mais evidente.

Em seu estudo, Bellino et al.¹¹ apontam que 0,7% da população geral sofre da doença, podendo chegar até 1 a 2%, segundo Macley¹². Entre as pessoas que procuram cirurgia cosmética, encontramos dados que podem chegar a um percentual de 9,1%, de acordo com Aouizerate et al.¹³. Embora existam vários fatores sociais envolvidos, a etiologia, no entanto, ainda não é completamente esclarecida. Acredita-se que ela poderia estar vinculada a um modelo psicológico próprio de sua imagem, construído desde a infância e que sofre influências do meio externo, durante o desenvolvimento^{14,15}. Além disso, aqueles pacientes que apresentam uma autocrítica exagerada com sua aparência estética podem ter maiores chances de evoluir para esse quadro patológico¹⁶.

Estudos mais recentes sugerem a participação de anormalidades neurobiológicas. Pela ressonância magnética funcional, por exemplo, é possível detectar alterações de neurotransmissores. Ademais, apontam, ainda, para ativações anormais de áreas especializadas em processamento visual analítico e detalhista nestes pacientes, mais intensa naqueles com sintomas severos⁷.

Para além disso, vale ressaltar também as situações em que o indivíduo se identifica com a imagem de determinada pessoa ou personagem, levando-o a buscar formas que o façam parecer em imagem e semelhança com a figura com a qual se identifica. Essa identificação de personalidade pode estar relacionada com aquilo que se produz como um ideal de beleza, muitas vezes corporificado em pessoas famosas, familiares, ou até mesmo em figuras inanimadas, como bonecas e bonecos¹⁷.

Frequentemente, o aparecimento do transtorno dismórfico corporal situa-se na adolescência, de evolução paulatina, com preocupações iniciais consideradas “normais”, degenerando-se para patológicas, no decorrer do tempo (meses a anos). Não obstante, encontramos casos subitamente desencadeados por eventos emocionais importantes. Nesse ponto, entendemos ser relevante destacar que o grau de *insight* envolvido, isto é, a autopercepção da doença, é variável. Assim, o nível percepção do paciente acerca da existência da sua doença não é nada se comparado ao incômodo gerado pelo defeito. Deste modo, em termos objetivos, os locais envolvidos nas queixas são semelhantes àqueles de quadros não patológicos. Entretanto, pontuamos que o nível de sofrimento gerado é intensificado, o que pode conduzir a um grau de estresse extremo, obsessão e tortura emocional.

Nesse contexto patológico, a presença de outra comorbidade, como a fobia social, torna-se menos importante do que era no passado, quando se sabia muito pouco sobre a doença¹⁸.

Os estudos especializados indicam que uma parcela significativa, de 12 a 15% dos pacientes, apresenta correlação com o transtorno obsessivo compulsivo (TOC)⁶, marcado pela presença de estereótipos do comportamento compulsivo e repetitivo como, por exemplo, o ato de olhar-se demoradamente no espelho ou maquiarse em demasia, fator, inclusive, que pode levar a uma confusão na distinção entre o TDC e o TOC. Ressalta-se, ainda, depressão, ansiedade, uso abusivo de substâncias psicoativas e até idealização suicida, em 22 a 28% dos casos¹⁹.

Não raros, associados ao transtorno obsessivo compulsivo e a outras afecções psiquiátricas, observamos relatos de distúrbios alimentares, como anorexia e bulimia, que também estão associados ao

quadro de dismorfofobia¹⁷. No que concerne aos graus de severidade, podemos dizer que variam da quase normalidade, em formas leves, até prejuízo severo da funcionalidade, em pacientes que só saem de casa à noite para evitar exposições públicas.

Em casos graves, já descritos pela literatura, estão eventos de violência contra o médico, incluindo assassinatos, frutos do “insucesso” alcançado^{6,8,13}. Portanto, devemos desconfiar de TDC em pacientes que procuram atendimento de cunho estético e trazem histórias de diversos procedimentos realizados, sendo esses insatisfatórios ou desnecessários.

Dessa forma, mesmo naqueles que tenham realizado pouca ou nenhuma cirurgia prévia, cabe ao especialista realizar uma anamnese cuidadosa, com o objetivo de suscitar o diagnóstico, pelas queixas infundadas dos defeitos mínimos ou inaparentes, do exame físico refinado e até da aplicação de questionário²⁰, investigando o grau de incômodo gerado pela “deformidade”. Se assim achar necessário, o médico pode entrar em contato com cirurgiões que realizaram atendimentos prévios, ou até mesmo buscar o histórico médico⁸.

No que tange ao tratamento, propomos que ele seja conduzido majoritariamente pelo psiquiatra e pelo psicólogo, envolvendo medidas cognitivo-comportamentais e mudança do estilo de vida, inclinando-se à vida mais ativa. Entendemos, também, que se pode usar de medicação como, por exemplo, inibidores seletivos da recaptção de serotonina e antidepressivos tricíclicos, que podem produzir resultados satisfatórios. Após esse acompanhamento, o paciente pode retornar ao ambulatório de cirurgia plástica para ser reavaliado²¹.

Frente ao que discutimos até aqui, interpretamos que, do ponto de vista legal, o cirurgião plástico precisa se resguardar de possíveis litígios judiciais. Nessa perspectiva, o uso de documentações pré-operatórias é de grande valia no caso do TDC. Frisamos, também, a possibilidade de um questionário como, por exemplo, o COPS²².

Outra forma de se resguardar seria pela assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual o paciente pode autorizar que o seu atual médico contate outros especialistas já procurados, permitindo a busca por informações valiosas que poderão revelar a existência do transtorno. Por fim, cremos que o paciente deverá concordar que o resultado final da cirurgia poderá não ser exatamente como ele espera, estando o processo sujeito a variações biológicas e intercorrências inerentes ao cirurgião⁸.

No que toca ao último objeto de discussão deste trabalho, isto é, a possibilidade de uma disputa

jurídica, pontuamos que não encontramos na literatura especializada referências que orientam os caminhos que um cirurgião plástico deve percorrer. No entanto, assumindo a existência de casos já descritos, entendemos que esses podem servir de referência para que o especialista possa se orientar em sua conjuntura.

Em casos de disputa judicial, entendemos, ainda, que o advogado de um paciente poderia questionar em juízo a validade do TCLE assinado, embasado no transtorno dismórfico, o que, à luz da legalidade, comprometeria o juízo do seu cliente. Não obstante, acreditamos que tal argumento poderia ser invalidado, uma vez que não há, na história médica desse paciente, um diagnóstico fechado de transtorno dismórfico corporal. Assim, embora este documento seja uma prática legal para garantir que o paciente esteja ciente de todos os riscos envolvidos em um procedimento cirúrgico, defendemos que o médico tem o dever de informar os possíveis riscos materiais, as possíveis complicações, esclarecendo que o resultado final sofre interferência por motivos não relacionados à conduta médica, evitando, pois, o questionamento da validade do documento e a possível alegação de negligência⁸.

CONCLUSÃO

Considerando a importante prevalência do TDC e a sua relevância entre pacientes que procuram cirurgias estéticas, salientamos essa possibilidade diagnóstica nos casos de queixas infundadas e distorcidas. Pelo caráter desafiador da doença, a abordagem por parte do cirurgião precisa ser cuidadosa, incluindo anamnese adequada e observação cautelosa. Acreditamos que demonstrar receptividade e compreensão seja fundamental, mais do que meramente encaminhar o paciente ao psiquiatra.

Reiteramos que a cirurgia nestes casos frequentemente acarretará resultados insatisfatórios para ambas as partes, podendo, inclusive, gerar desfechos judiciais.

No que tange aos tratamentos adequados, estão indicados os inibidores da recaptção de serotonina e terapia cognitivo comportamental, de acordo com a gravidade do quadro.

Como outras considerações, defendemos que mais estudos sejam necessários com o objetivo de facilitar o diagnóstico e padronizar as condutas. Além disso, acreditamos que seja necessário estimar a real prevalência da psicopatologia na população, o que poderia implicar redução de procedimentos cirúrgicos desnecessários, bem como redução dos desfechos judiciais.

Finalmente, do ponto de vista legal, cabe ao médico se resguardar de possíveis problemas envolvendo o resultado de sua cirurgia e da insatisfação de um paciente com TDC. Para tanto, deverá lançar mão dos mais variados recursos, considerando que não há leis e nem condutas bem definidas que orientam uma disputa judicial entre o paciente com TDC e seu médico.

COLABORAÇÕES

- MTD** Análise e/ou interpretação dos dados, aprovação final do manuscrito, conceitualização, redação - preparação do original, redação - revisão e edição.
- MPDC** Análise e/ou interpretação dos dados, aprovação final do manuscrito, gerenciamento do projeto, redação - preparação do original, redação - revisão e edição.
- LDC** Redação - preparação do original, redação - revisão e edição.
- GVD** Redação - preparação do original, redação - revisão e edição.
- AAS** Redação - preparação do original, redação - revisão e edição.
- LVD** Redação - preparação do original, redação - revisão e edição.
- LDC** Redação - preparação do original, redação - revisão e edição.
- YMO** Redação - preparação do original, redação - revisão e edição.

REFERÊNCIAS

- Renshaw DC. Body dysmorphia, the plastic surgeon and the psychiatrist. *Psychiatr Times*. 2003;20(7):64-6.
- Morsellini E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Boll Accad Sci Med Genova*. 1886;6:110-9.
- Pitanguy I, Jaimovich CA, Schwartz S. Avaliação de aspectos psicológicos e psiquiátricos em cirurgia plástica. *Rev Bras Cir*. 1976;66(3/4):115-25.
- D'Assumpção EA. Dismorfofobia ou Complexo de Quasímodo. *Rev Bras Cir Plást*. 2007;22(3):183-7.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013. PMID: 29261891
- Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg*. 2007;119(6):1924-30. PMID: 17440376 DOI: <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000259205.01300.8b>
- Crerand CE, Menard W, Phillips KA. Surgically minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Ann Plast Surg*. 2010;65(1):11-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP0b013e3181bba08f>
- Sweis IE, Spitz J, Barry DR Jr, Cohen M. A Review of Body Dysmorphic Disorder in Aesthetic Surgery Patients and the Legal Implications. *Aesthetic Plast Surg*. 2017;41(4):949-54. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0819-x>
- Crerand CE, Franklin ME, Sarwer BD. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(7):167e-80e.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. *Cirurgia Plástica no Brasil* [Internet] [acesso 2014 Jun 29]. Disponível em: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/wp-content/uploads/2012/11/pesquisa2009.pdf>
- Bellino S, Zizza M, Paradiso E, Rivarossa A, Fulcheri M, Bogetto F. Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Res*. 2006;144(1):73-8. PMID: 16914206 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.06.010>
- Mackley CL. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Surg*. 2005;31(5):553-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/00042728-200505000-00011>
- Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *Eur Psychiatric*. 2003;18(7):365-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.02.001>
- D'Assumpção EA. Convivendo com perdas e ganhos. Belo Horizonte: Fumarc; 2004.
- D'Assumpção EA. Auto-imagem & auto-estima. Belo Horizonte: Fumarc; 2006.
- Kalaf J, Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Miotto RR, Versiani M. Obsessão ou delírio? Descrição fenomenológica de um paciente com transtorno dismórfico corporal. *J Bras Psiquiatr*. 2004;53(5):281-5.
- Gruber M, Jahn R, Stolba K, Ossege M. "Das Barbie Syndrom". Ein Fallbericht über die Körperdysmorphie Störung. *Neuropsychiatrie*. 2018;32(1):44-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40211-017-0241-2>
- Savoia MG. Diagnóstico diferencial entre fobia social e transtorno dismórfico corporal. *Rev Psiq Clín*. 2000;27(6):[aproximadamente 4 p.].
- Phillips KA. What a physicians need to know about body dysmorphic disorder. *Med Health R I*. 2006;89(5):175-7.
- Veale D, Ellison N, Werner TG, Dodhia R, Serfaty MA, Clarke A. Development of a Cosmetic Procedure Screening Questionnaire (COPS) for Body Dysmorphic Disorder. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012;65(4):530-2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2011.09.007>
- Amâncio EJ, Magalhães CCP, Santos ACG, Peluso CM, Pires MFC, Peña-Dias AP. Tratamento do transtorno dismórfico corporal com venlafaxina: relato de caso. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(3):141-3. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000300008>

*Autor correspondente:

Marilho Tadeu Dornelas

Rua Dom Viçoso, nº 20 - Alto dos Passos, Juiz de Fora, MG, Brasil

CEP 36026-390

E-mail: marilho.dornelas@ufjf.edu.br