

## DISMORFOFOBIA OU COMPLEXO DE QUASÍMODO

*Body dysmorphophobia or Quasimodo Complex*EVALDO A. D'ASSUMPÇÃO<sup>1</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Demonstrar uma doença psiquiátrica (dismorfofobia) pouco conhecida fora do campo da psiquiatria, à qual o autor dá o nome de Complexo de Quasimodo (CQ) e que está muito ligada à cirurgia plástica. Demonstrar alguns de seus aspectos mais importantes, para que o cirurgião plástico possa reconhecê-lo e tomar atitude correta frente a um paciente portador desta doença. **Método:** Utilizando conhecimentos da biotanatologia e pela revisão da bibliografia mais recente, busca-se uma definição atualizada desta doença, assim como métodos propedêuticos que possam ser utilizados por cirurgiões plásticos, para o seu reconhecimento. Estabelece condutas para que esses especialistas possam lidar com pacientes portadores de CQ, sem causar-lhes danos, ajudando-os de maneira apropriada. **Resultados:** O CQ recebe este nome tendo em vista o personagem de Victor Hugo, conhecido como Corcunda de Notre Dame, cujo aspecto causava repugnância em quantos o viam. Sendo de difícil reconhecimento e tendo uma incidência que pode chegar a 15% dos pacientes que procuram a cirurgia plástica, é causador de graves problemas médicos e jurídicos para o especialista. Quando operados, independentemente do resultado, apresentam taxas de insatisfação que chegam a 91%, o que contra-indica seu tratamento cirúrgico isolado. **Conclusões:** Os cirurgiões plásticos necessitam conhecer bem esta doença e os métodos para diagnosticá-la. Na suspeição de CQ, devem encaminhar o paciente para consulta e possível tratamento psiquiátrico, nunca indicando uma cirurgia para eles, sem esta avaliação, mesmo existindo defeitos físicos evidentes.

**Descritores:** Transtornos somatoformes. Imagem corporal. Cirurgia plástica, psicologia.

## SUMMARY

**Objective:** To present a psychiatric pathology (dysmorphophobia), an under-recognized disorder when out of psychiatric field, quite linked to plastic surgery, to which the author gives the name of Quasimodo Complex (QC). Some relevant aspects are presented to allow plastic surgeons to recognize and to have right behavior with these patients. **Methods:** Using biothanatology knowledges and the review of currently available literature, an up-to-date definition for this pathology and diagnostic methods are searched so they can be well used by plastic surgeons. Appropriate behaviors are pointed so plastic surgeons can use it to help these patients with QC, avoiding upsetting them. **Results:** The QC receives this name because of the Hunchback of Notre Dame, character of Victor Hugo whose image caused repulsion to any one who looked at him. Being of difficult recognition and with an incidence around 15% among patients presenting for plastic surgery, it may cause medical and legal problems. When surgically treated, despite the result it has around 91% of dissatisfaction. So, these patients must not have surgical procedures, without previous psychiatric support. **Conclusions:** Plastic surgeons must know quite well this pathology and the ways to identify it. If there is any suspicion of QC, patient must be first referred to a psychiatrist, never for surgical procedure, even if there are some evident physical deformities.

**Descriptors:** Somatoform disorders. Body image. Plastic surgery, psychology.

1. Membro Titular Sênior da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e da International Society of Plastic Surgery; Member of ADEC-Association for Death Education and Counseling, USA; membro e Presidente (2006-2008) da Academia Mineira de Medicina. Membro da SOTAMIG-Sociedade de Tanatologia de Minas Gerais, Membro do Instituto Mineiro de História da Medicina, Sociedade Brasileira de Médicos Escritores e Academia Campo-belense de Letras. Ex-Professor de Ética da PUCMG.

**Correspondência para:** Evaldo A. D'Assumpção  
Cirplast -Clínica de Cirurgia Plástica e Biotanatologia  
Rua Marquês de Maricá, 284 - Belo Horizonte, MG, Brasil - CEP 30350-070  
Tel.: 0xx31 3296-7420 - Fax 0xx31 3296-2988 - E-mail: biotanatos@terra.com.br

## INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica vem tomando rumos preocupantes diante de sua ampla exposição na mídia, quase sempre cercada do *glamour* que caracteriza o mundo da beleza e do sucesso financeiro e social.

Mesmo levando-se em conta que a cirurgia plástica é uma só, ou seja, o labor do *plastikós*, que significa "dar forma", na década de 60, com o crescimento da previdência social, cristalizou-se sua divisão em estética e reparadora, ficando a primeira completamente fora da cobertura previdenciária, numa espécie de reserva de mercado para a clínica particular. E os procedimentos definidos como estéticos passaram a dar o tom para a orquestração da sofisticada cirurgia plástica.

Mercê dessa mística, perdeu-se progressivamente sua visão essencialmente médica, menosprezando-se aspectos psicológicos fundamentais que podem comprometer gravemente o resultado de cirurgias, prejudicando o paciente e trazendo repercussões negativas para a especialidade e para o cirurgião. Este trabalho tem por finalidade mostrar uma doença psiquiátrica, quase totalmente desconhecida pelos cirurgiões plásticos, mas que está bastante ligada a essa especialidade, constituindo-se num risco a mais para o paciente e para o cirurgião, inclusive judiciais.

Em 1886, Morselli<sup>1</sup> descreveu uma síndrome que denominou dismorfofobia, caracterizada por uma insatisfação acentuada do paciente com seu corpo, associada a um profundo sentimento de vergonha quando se sentia observado por outras pessoas, pois se julgava muito feio ou deformado. Essa insatisfação ocorre mesmo na ausência de qualquer justificativa para ela. Contudo, somente um século depois de sua descrição, a dismorfofobia foi incorporada à classificação de diagnósticos psiquiátricos americana, como uma desordem somatoforme atípica. Na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R), de 1987, passou a constar com o status de diagnóstico independente, denominada Transtorno dismórfico corporal (TDC).

Segundo Crerand et al.<sup>2</sup>, somente em 2005 foram realizados mais de 10 milhões de procedimentos estéticos, cirúrgicos e os chamados minimamente invasivos, o que nos leva a sérias preocupações, pois os pacientes com distúrbios psiquiátricos não são bons candidatos a esses procedimentos.

A TDC, que denominamos de Complexo de Quasímodo (CQ), lembrando o personagem da obra de Victor Hugo, "O Corcunda de Notre Dame", é uma desordem pouco reconhecida, caracterizada pela preocupação extrema com a própria aparência e com intensa insatisfação por ela, podendo ou não existir razões estéticas para isso.

No Brasil, a primeira referência a esta doença surgiu num trabalho publicado, em 1976, por Pitanguy et al.<sup>3</sup>, que teve o mérito de levantar a importância das questões psicológicas e psiquiátricas em cirurgia plástica. Porém, não fez dela uma análise mais profunda e nem lhe deu o destaque merecido, certamente pelo pouco conhecimento que se tinha da dismorfofobia.

Segundo alguns autores<sup>4,5</sup>, cerca de 0,7% da população é portador de CQ, sendo que Mackley<sup>6</sup> considera esse percentual maior, variando de 1 a 2%. Entre os que procuram a cirurgia plástica, Aouizerate<sup>7</sup> considera que 9,1% são portadores de CQ, enquanto Mackley<sup>6</sup> considera este percentual entre 2 e 7%. Contudo, Crerand et al.<sup>2</sup>, Phillips<sup>8</sup> e Hodgkinson<sup>9</sup> relatam percentual maior, entre 6 a 15%. Em nosso meio, não existe um estudo epidemiológico a este respeito, sendo o CQ, mesmo com a sua antiga denominação de dismorfofobia, quase totalmente desconhecido da grande maioria dos cirurgiões plásticos, conforme constatamos em alguns eventos científicos em que a ele nos referimos.

Geralmente, seus portadores não se dão conta da doença e, por isso mesmo, não procuram tratamento psicológico ou psiquiátrico, substituindo-os pela cirurgia plástica, uma vez que o seu incômodo é supostamente da aparência física.

## CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA

O CQ tem suas primeiras manifestações no período da adolescência, ocorrendo, porém, em todas as fases da vida. Sua incidência é igual em homens e mulheres, apesar da mulher apresentar, naturalmente, uma maior preocupação com sua imagem corporal do que o homem. Por isso mesmo, costuma ser mais exigente com sua aparência<sup>8,10,11</sup>, procurando com maior frequência a cirurgia plástica e dela exigindo melhores resultados.

A face é a parte mais focalizada pelos portadores de CQ, e nela, o nariz e os cabelos constituem o foco principal de suas preocupações. Entre as pessoas com queixas sobre o seu formato nasal, cerca de 35% dos pacientes são portadores de neuroses graves<sup>12</sup>, sendo que o número de homens com esta preocupação é três vezes maior do que o de mulheres<sup>9</sup>. Contudo, as outras partes do corpo também são objetivo de preocupações para os portadores de CQ<sup>8,10</sup>. As rinoplastias, lipoaspiração e colocação de próteses mamárias são os procedimentos mais procurados pelos portadores de CQ<sup>2</sup>.

Neste ponto reside uma das dificuldades do seu diagnóstico, pois se torna muito difícil, num exame rotineiro, diferenciar o que é uma queixa patológica, fruto do CQ, da queixa natural, quando existe realmente uma imperfeição estética no paciente<sup>8,10</sup>.

Isso se agrava quando é sabido que a grande maioria de pacientes candidatos à cirurgia plástica, dita estética, apresenta algum grau de alteração psicológica<sup>13</sup>.

O portador de CQ, geralmente, apresenta-se em quadro depressivo, com baixa produtividade nas atividades cotidianas e no trabalho, o que, muitas vezes, os leva à condição de desempregados. Também apresentam fobia social e transtornos psicóticos<sup>4,5,14,15</sup>. Uma sua característica, certamente a mais grave, é a ideação suicida, que segundo alguns autores pode ser encontrada em 78 a 81% desses pacientes. E entre 22 e 28% apresentaram tentativas de suicídio<sup>8</sup>. Por isso, diante de um paciente que faz qualquer referência à vontade de se matar,

o médico jamais deverá menosprezar esta afirmação, pois ela poderá ser concretizada.

A violência também está presente nos portadores deste complexo e existem referências na literatura ao assassinato de cirurgiões plásticos e dermatologistas, em consequência à insatisfação de pacientes com o resultado do tratamento a que se submeteram<sup>8,16</sup>.

Mühlbauer et al.<sup>17</sup> citam um estudo feito por Perugi, com portadores de CQ, no qual encontrou cerca de 70% deles evitando relações sociais, certamente devido à sua insatisfação com a própria imagem. Mais de 30% se caracterizava pela agressividade e 40% pela ideação suicida, confirmando estudos já existentes na área psiquiátrica.

Uma provável forma de CQ é a anorexia, bastante comum em modelos que nunca se sentem satisfeitas com o corpo que possuem, sempre se julgando gordas e necessitadas de grandes emagrecimentos<sup>2,6,8,10</sup>.

## ETIOLOGIA

A causa deste distúrbio ainda não é bem conhecida. Alguns psiquiatras o consideram como um subtipo do distúrbio obsessivo-compulsivo (DOC). Isso porque seus portadores apresentam uma obsessiva necessidade de avaliar seus defeitos, reais ou imaginários, gerando um comportamento que é característico dos portadores de DOC. Contudo, o DSM-IV, o mais atual, caracteriza o CQ como uma desordem somato-morfológica. Segundo Mackley<sup>6</sup>, o CQ estaria relacionado com a imagem corporal psicológica, que é o modelo interno que uma pessoa conserva de si mesma. Esta imagem é formada desde tenra idade e constantemente alterada por influências externas, durante o seu desenvolvimento. Também pode ser chamada de "auto-imagem", quase sempre uma destruidora da auto-estima<sup>18,19</sup>. Outra hipótese seria a natureza estética do indivíduo, que a tendo muito exacerbada lhe dá um agudo senso crítico de imperfeições<sup>5</sup>. O CQ é também explicado como consequências de doenças e alterações funcionais da serotonina e da dopamina<sup>2,5,6,9</sup>.

Com todas estas explicações, pode-se concluir que a exata etiologia do CQ é ainda pouco conhecida.

## DIAGNÓSTICO

Diante da intensa relação entre portadores de CQ e a cirurgia plástica, serão abordadas as formas possíveis de diagnóstico pelo cirurgião plástico, sem entrar no campo específico da psiquiatria. O portador de CQ é de difícil diagnóstico na consulta rotineira do cirurgião plástico, uma vez que este está, quase sempre, voltado para a alteração corporal que o paciente quer tratar. Com isso, ele dá pouca ou nenhuma ênfase ao exame clínico e psicológico, deixando-o a cargo do cardiologista, que fará a avaliação de risco cirúrgico. Talvez seja este um dos maiores erros do cirurgião plástico, pois antes de ser um especialista ele deve ser médico. Uma boa anamnese, com

certeza, irá lhe proporcionar uma suspeita de CQ, especialmente levando-se em conta que quase todo paciente de cirurgia plástica apresenta algum grau de dismorfia, mascarando o diagnóstico da dismorfofobia. Para facilitar este exame, existe um questionário com dez tópicos que pode proporcionar informações seguras para este fim. É a chamada Escala de Pisa, modificada<sup>17</sup>, apresentada na Tabela 1, com algumas modificações nossas.

**Tabela 1 – Escala de Pisa modificada, para complexo de Quasimodo.**

- 1) Você está realmente convicto de que alguma parte do seu corpo não é esteticamente satisfatória?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 2) Você se observa detalhada e demoradamente, analisando cuidadosamente a parte do seu corpo que não lhe agrada?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 3) Você evita radicalmente se ver no espelho e observar esta parte que lhe desagrada?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 4) Você acredita que as pessoas lhe observam, especialmente a parte do seu corpo que não lhe agrada?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 5) Você tenta esconder a parte do seu corpo que lhe incomoda, usando maquiagem, roupas ou outros recursos?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 6) Você acredita que uma cirurgia plástica poderá mudar radicalmente a sua vida, corrigindo o defeito que lhe incomoda?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 7) Você tem negligenciado ou se sentido desanimado para realizar suas atividades rotineiras, por causa do defeito que lhe incomoda?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 8) Você já fez outros tratamentos ou cirurgias para corrigir este defeito, sem obter resultado satisfatório?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 9) Este defeito lhe causa raiva, impaciência, agressividade, principalmente no relacionamento com parentes, amigos ou colegas de trabalho?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 10) Há momentos em que você se sente tão aborrecido com este defeito, que você não vê sentido em sua vida e pensa inclusive em morrer?  
( ) SIM ( ) NÃO

**RESULTADO:** Quanto mais respostas positivas para as sete primeiras, mais deve o cirurgião ficar atento para a possibilidade de estar lidando com um portador de CQ, portanto, um mau candidato para a cirurgia plástica. Se além delas, também as três últimas obtiverem resposta positiva, de forma alguma o paciente deverá ser operado e, sim, encaminhado a uma avaliação psiquiátrica e possível tratamento.

## TRATAMENTO

O CQ exige um tratamento psiquiátrico adequado, sendo uma importante contra-indicação para a cirurgia plástica. Na Tabela 2, são mostradas as principais contra-indicações para uma cirurgia plástica em pacientes com CQ.

**Tabela 2 – Contra-indicações para cirurgia plástica em pacientes com provável complexo de Quasimodo.**

- 1) Ausência de deformidades significativas e reais.
- 2) Insatisfação do paciente com o seu corpo como um todo.
- 3) Expectativa excessiva e irreal de resultados da cirurgia plástica.
- 4) Cirurgias plásticas anteriores, com constante insatisfação do paciente.
- 5) Comportamento agressivo.
- 6) Estado depressivo acentuado ou sinais de psicoses.
- 7) Falta de vontade de continuar vivendo.

O tratamento psicoterápico geralmente é realizado por meio de terapia cognitiva-comportamental, associada à medicação com inibidores da recaptção da serotonina<sup>2,6,8</sup>.

Ao cirurgião plástico compete tão somente o encaminhamento destes pacientes ao tratamento especializado, necessitando para isso muita habilidade no seu trato. Deve ser explicada previamente a razão da contra-indicação da cirurgia, mostrando a eles que a percepção exagerada de deformidades necessita ser corrigida por meio de psicoterapia, para que se possam obter melhores resultados de uma cirurgia plástica. Do mesmo modo, expectativas irreais e exageradas devem ser cuidadosamente desfeitas, pois são elas as maiores causadoras do insucesso geral das cirurgias plásticas. Existirão casos em que, após cuidadosa avaliação psiquiátrica, este profissional poderá solicitar ao cirurgião plástico a correção de deformidades reais e passíveis de tratamento cirúrgico, como complementação do tratamento psiquiátrico<sup>6</sup>. A associação dos dois tratamentos, quando bem conduzida, pode proporcionar resultados bastante gratificantes. Mas nunca pensar que a cirurgia plástica, isoladamente, poderá trazer benefícios para esses pacientes, pois tal não acontecerá.

## CONCLUSÃO

Pessoas portadoras de CQ são péssimos pacientes para o cirurgião plástico. Mesmo com a correção de defeitos existentes, seguida de ótimos resultados, o paciente continuará insatisfeito, pois seu problema não é a deformidade que possuía, mas a insatisfação patológica com aspectos do seu próprio corpo. Segundo Mackley<sup>6</sup>, 61,4% dos pacientes portadores de CQ operados não vêm nenhuma melhora com as cirurgias realizadas. Crerand et al.<sup>2</sup> já apontam um percentual de 91% dos

portadores de CQ como totalmente insatisfeitos com suas cirurgias. Sabe-se que pacientes perfeccionistas, mesmo sem CQ, cobram detalhes de modo exagerado, porém o dismorfofóbico tem insatisfação compulsiva. Nada o satisfaz<sup>20</sup>.

Tanto o paciente portador de uma deformidade congênita ou pós-traumática, como o portador de uma deformidade evolutiva – em outras palavras, os que procuram a chamada cirurgia reparadora e os que procuram a chamada cirurgia estética – podem igualmente ser portadores de CQ<sup>15</sup>.

É necessário que os cirurgiões plásticos estejam sempre atentos a essa psicopatologia, pois afinal quase todos os pacientes que nos procuram apresentam insatisfação com deformidades, maiores ou menores, que lhes incomodam e que podem ser corrigidas.

A dificuldade está no diagnóstico diferencial entre o paciente naturalmente insatisfeito e o portador do CQ, sendo vital esta diferenciação<sup>17</sup>.

Outro aspecto que evidencia a gravidade deste diagnóstico diferencial reside na possibilidade do paciente estar procurando a cirurgia plástica para um suicídio endógeno, já descrito anteriormente<sup>21</sup>. O desconhecimento deste comportamento autodestrutivo, associado à não identificação do CQ, pode trazer sérias conseqüências para o cirurgião plástico.

A exigência de assinatura prévia do termo de Consentimento Informado é fundamental em todas as cirurgias plásticas. Contudo, pacientes comprovadamente portadores de CQ não são considerados psicologicamente aptos para firmar tal documento<sup>2,6</sup>, tampouco para serem submetidos a cirurgias plásticas, sujeitando o cirurgião que as realiza a punições legais.

Por essa razão, a possibilidade de um processo judicial contra o médico que se arrisca a operá-los, ou que o faz por desconhecer a existência do CQ, é bastante elevada.

Deve-se ressaltar, também, a agressividade de alguns desses pacientes, inclusive envolvendo a agressão e até o assassinato de médicos, como já foi visto.

Por todas essas razões, o cirurgião plástico deve estar sempre atento e apto para diagnosticar o Complexo de Quasimodo ou Distúrbio dismorfofóbico corporal, pois isso será o diferencial entre a satisfação de uma bem sucedida cirurgia plástica e de muitos aborrecimentos, riscos de processo judicial e até de morte.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. Bolletino Della R Accademia Di Genova. 1891;6:110-9.
2. Crerand CE, Franklin ME, Sarwer DB. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(7):167e-80e.
3. Pitanguy I, Jaimovich CA, Schvartz S. Avaliação de aspectos psicológicos e psiquiátricos em cirurgia plástica. *Rev Bras Cir.* 1976;66(3/4):115-25.
4. 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.
5. Kalaf J, Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Miotto RR, Versiani

- M. Obsessão ou delírio? Descrição fenomenológica de uma paciente com transtorno dismórfico corporal. *J Bras Psiquiatr.* 2004;53(5):281-5.
6. Mackley CL. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Surg.* 2005;31(5):553-8.
  7. 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 Psychiatry.* 2003;18(7):365-8.
  8. Phillips KA. What physicians need to know about body dysmorphic disorder. *Med Health R I.* 2006;89(5):175-7.
  9. Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 2005;29(6):503-9.
  10. Savoia MG. Diagnóstico diferencial entre fobia social e transtorno dismórfico corporal. *Rev Psiquiatr Clin.* 2000;27(6):316-8.
  11. Pertschuk MJ, Sarwer DB, Wadden TA, Whitaker LA. Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg.* 1998;22(1):20-4.
  12. Hay GG. Psychiatric aspects of cosmetic nasal operations. *Br J Psychiatry.* 1970;116(530):85-97.
  13. Sarwer DB, Crerand CE. Psychological issues in patient outcomes. *Facial Plast Surg.* 2002;18(2):125-33.
  14. Kisely S, Morkell D, Allbrook B, Briggs P, Jovanovic J. Factors associated with dysmorphic concern and psychiatric morbidity in plastic surgery outpatients. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002;36(1):121-6.
  15. Sarwer DB, Whitaker LA, Pertschuk MJ, Wadden TA. Body image concerns of reconstructive surgery patients: an underrecognized problem. *Ann Plast Surg.* 1998;40(4):403-7.
  16. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin.* 1996;14(3):457-63.
  17. Mühlbauer W, Holm C, Wood DL. The Thersites complex in plastic surgical patients. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(2):319-26.
  18. D'Assumpção EA. Convivendo com perdas e ganhos. Belo Horizonte:Fumarc;2004.
  19. D'Assumpção EA. Auto-imagem & auto-estima. Belo Horizonte:Fumarc;2006.
  20. Glaser DA, Kaminer MS. Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. *Dermatol Surg.* 2005;31(5):559-61.
  21. D'Assumpção EA. Suicídio endógeno: uma possível explicação para algumas mortes em cirurgia plástica. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2006;21(2):125-6.

---

Trabalho realizado na Cirplast –Clínica de Cirurgia Plástica e Biotanatologia, Belo Horizonte, MG.

Artigo recebido: 03/02/2007

Artigo aprovado: 19/07/2007