

Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff após Cirurgia para Tratamento da Obesidade Mórbida

Wernicke's Encephalopathy after Surgery for the Treatment of Morbid Obesity

Luís Augusto Mello Sinisgalli ¹, Marcos Nougalli Salmeron ², Eli Leiser Nagiel Chervin ³,
Roberto Gomes Nogueira ⁴, Paulo Fagundes Altenfelder Silva ⁵

Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Nossa Senhora de Lourdes - São Paulo - SP - Brasil

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Wernicke-Korsakoff (W.K.) é um quadro grave resultante da deficiência aguda de Vitamina B1 que pode se instalar após a Cirurgia Bariátrica. Caracteriza-se por ataxia, oftalmoplegia e confusão mental. Quando diagnosticada na fase inicial, deve ser tratada com Tiamina (100 mg/dia) e tem boa evolução, mas quando não reconhecida, pode até levar ao óbito. **RELATO DE CASO:** Nós relatamos um caso de paciente com 38 anos, do sexo masculino que apresentou o quadro no pós-operatório tardio de divisão bilio-pancreática videolaparoscópica com boa evolução após o início da terapêutica.

Palavras-chave: SÍNDROME DE WERNICKE-KORSAKOFF/etiologia/diagnóstico, ENCEFALOPATIA DE WERNICKE, POLIOENCEFALITE DE WERNICKE, CIRURGIA BARIÁTRICA/cirurgia/efeitos adversos; BYPASS GÁSTRICO/cirurgia/efeitos adversos.

SINISGALLI LAM, SALMERON MN, CHERVIN ELN, NOGUEIRA RG, SILVA PFA. Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff após Cirurgia para Tratamento da Obesidade Mórbida. Rev bras videocir 2004;2(1):23-27.

Em 1881 CARL WERNICKE relatou a síndrome caracterizada por oftalmoplegia, ataxia e confusão mental, que chamou de “Polioencefalite Hemorrágica Superior”, em dois pacientes alcoólatras e numa jovem mulher com vômitos persistentes após ingestão de ácido sulfúrico. Em ambos os casos a autópsia mostrou pontos hemorrágicos na região periventricular e periaqueducal nos corpos mamilares da substância cinzenta. Alguns anos depois, BONHOEFFER considerou que a encefalopatia de WERNICKE e a *Psichose* Polineurítica descrita por KORSAKOFF representavam duas manifestações clínicas do mesmo processo patológico.

Desde então, a Síndrome de Wernicke-Korsakoff (W.K.) tem sido relatada frequentemente em alcoólatras, podendo estar associada a doenças que causam desnutrição com deficiência de Tiamina, à hiperemese gravídica, à nutrição parenteral prolongada, ao carcinoma gástrico, à obstrução pilórica, além de ser encontrada nos pacientes que fazem hemodiálise por tempo prolongado² e nos gastrectomizados por câncer gástrico¹¹.

Em 1982, HAID e cols.⁵ relataram 02 casos de síndrome de W.K. como complicação da cirurgia bariátrica. Um dos pacientes morreu e o diagnóstico foi feito na autópsia.

Ainda em 1982, FEIT e cols.⁴ reportaram o desenvolvimento de uma severa polineuropatia em 02

pacientes que haviam sido submetidos a gastroplastia, durante o processo de emagrecimento. Um deles evoluiu para óbito. Ambos os pacientes tinham perdido de 35 a 45 kg num período de 03 meses.

Em 1985, OCZKOWSKI e cols.⁸ relataram o caso de uma jovem mulher que desenvolveu a encefalopatia de Wernicke após cirurgia para tratamento da obesidade. Foi descrito um quadro clínico caracterizado por nistagno, má acomodação visual, além de ataxia e neuropatia sensiomotora. Iniciou-se 14 semanas após a cirurgia, sendo que a paciente vomitou seguidamente durante 3 a 4 semanas. Após o início da terapêutica com Tiamina 100 mg/dia houve melhora progressiva do quadro. Os autores ressaltaram a importância do diagnóstico precoce.

Em 1996, SEEHRA e cols.¹⁰ relataram 02 casos de pacientes submetidos a gastroplastia vertical com bandagem, ambos apresentando vômitos, cuja endoscopia apresentou estenose. Estes pacientes apresentavam o quadro de W.K. e evoluíram bem após o tratamento com suplementação vitamínica intravenosa.

Em 1985, PAULSON e cols.⁹ relataram a ocorrência de severas e complexas alterações neurológicas em pacientes após cirurgia bariátrica. Observou-se que todos ocorreram após vômitos incoercíveis. ABARBANEL e cols.¹, em 1987, relataram a ocorrência de complicações neurológicas analisando um grupo de 500 pacientes submetidos a Cirurgias Bariátricas restritivas. Observaram a ocorrência de 2 casos de W.K., sendo que ambos os pacientes evoluíram bem após a terapia inicial.

Em 1998 MASON⁷ - depois de cuidadosa revisão da literatura, escreveu em seu trabalho algumas observações importantes sobre a ocorrência de W.K. após a cirurgia bariátrica. Referiu que ela ocorre 2 a 3 meses após o início do quadro de vômitos e que ocorre em função da impossibilidade do paciente para tomar vitaminas. Geralmente o diagnóstico é retardado pela ocorrência infreqüente da doença. Quando não se reconhece a síndrome, progride para um quadro dramático.

Ele alerta os cirurgiões bariátricos, para a história de vômitos incontroláveis que é o sinal que abre a janela para a oportunidade da prevenção da doença com a administração de Tiamina e outras vitaminas pela via endovenosa, podendo mesmo chegar a indicar hiperalimentação parenteral. Ressalta que nestes pacientes a re-hidratação não é suficiente.

RELATO DE CASO

Paciente de 38 anos, do sexo masculino, obeso mórbido com IMC = 46, foi submetido à Cirurgia de Scopinaro (divisão bilio-pancreática com colecistectomia por vídeo laparoscopia). Evoluiu bem, recebendo alta no 2º dia de pós-operatório. Começou a apresentar vômitos pós-prandiais na 5ª semana pós-cirúrgica. Na 6ª semana, como não houvesse controle dos vômitos, foi solicitada endoscopia digestiva alta cujo resultado foi:

- gastrectomia parcial,
- esofagite crônica com erosão distal e
- anastomose gastroentérica estreitada.

No mesmo ato foi realizada dilatação com sonda de Savarri n.º 15.

Continuou vomitando e 2 dias após foi realizada seriografia contrastada, onde se evidenciou estenose gastroileal discreta e boa passagem do contraste que, em 90 minutos, atingia a ampola retal.

Insistiu-se no tratamento clínico com Ondansetron e como o paciente continuasse vomitando após 2 semanas, foi realizada nova endoscopia com dilatação, desta vez com balão hidrostático. Após este procedimento, o paciente apresentou hemorragia digestiva caracterizada por hematêmese, causada por laceração da mucosa gástrica. Foi internado, recebeu hemotransfusão evoluindo com parada da hemorragia e 03 dias após apresentou quadro neurológico caracterizado por nistagno e desequilíbrio.

O quadro evoluiu rapidamente para diplopia, marcha atáxica, confusão mental, com rebaixamento de nível de consciência e posteriormente coma vigil.

A tomografia de crânio foi normal e houve agravamento do quadro neurológico, instalando-se então o coma profundo. A ressonância magnética realizada no 4º dia do início do quadro neurológico mostrou parênquima cerebral com imagens de hipersinal em Flair e T2 envolvendo a região hipotalâmica, corpos mamilares, núcleos mediais dos tálamos bilateralmente e no tronco cerebral comprometendo fossa rombóide, substância periaqueductal e mesencefálico sem que se observassem alterações após a injeção endovenosa do meio de contraste paramagnético.

Iniciou-se imediatamente a terapêutica com Tiamina 100 mg EV 6/6 horas no 1º dia e posteriormente 100 mg EV/dia.

A evolução foi para a rápida melhora do quadro neurológico, saindo do coma em 6 horas, sendo realizada extubação orotraqueal após 12 horas do início da medicação, com evolução gradual para recuperação diária da condição física e intelectual. Permaneceu com diplopia, ataxia, sonolência até a alta que ocorreu 20 dias após o início da terapêutica.

Após 10 semanas do início da terapêutica, apresentava-se com recuperação intelectual completa, retornando às suas atividades profissionais como advogado, embora havendo ainda discreto nistagno e ataxia, que o impediam de deambular sem auxílio e de dirigir automóvel.

Recuperou totalmente a audição e a visão. A perda de peso até a 20ª semana foi de 56 kg, estando naquela ocasião com IMC de 27.

DISCUSSÃO

Analisando-se a Tabela 1 podemos concluir que a síndrome de W.K. após cirurgia bariátrica é rara, ocorre entre 1 e 5 meses após a cirurgia, tendo sido observada possivelmente em um único caso após 12 meses decorridos da cirurgia.

Até o momento, tem sido mais freqüente nos pacientes submetidos aos diversos tipos de gastroplastia, sendo o nosso, o único caso de que temos conhecimento após divisão bilio-pancreática. Em quatro pacientes havia estenose do *pouch* ou de anastomose, o que favoreceu a ocorrência de vômitos.

O diagnóstico atualmente é dado pela suspeita clínica e confirmada pela ressonância magnética de crânio. O tratamento consiste em administração venosa de Tiamina 100 mg/dia e suporte nutricional.

A mortalidade é alta e varia, unicamente, dependendo do tempo de início da medicação. A morbidade é significativa, dos 19 pacientes que encontramos na literatura, 3 foram a óbito, 10 tiveram recuperação incompleta, 4 tiveram recuperação completa e nos outros 2 não houve referência à qualidade da recuperação (Tabela 1).

Por esta amostragem, podemos concluir que se trata de patologia grave, de evolução rápida, levando ao óbito rapidamente se o diagnóstico for retardado. Entretanto, quando se faz o diagnóstico precocemente, o tratamento é eficaz e o prognóstico torna-se bom caso não haja lesões neurológicas irreversíveis.

CONCLUSÕES

- 1) A síndrome de W. K. é uma ocorrência possível, embora muito rara, em pacientes submetidos a cirurgias restritivas ou desabsortivas que apresentem vômitos no pós-operatório;
- 2) Na maioria dos casos relatados na literatura, ocorreu após cirurgia restritiva, mas no nosso paciente ocorreu após divisão bilio-pancreática de Scopinaro;
- 3) Quando o paciente vomitar, a reposição de vitaminas, em especial a Tiamina, deve ser feita pela via intramuscular ou endovenosa até resolução dos vômitos;
- 4) Diante da suspeita do quadro, o diagnóstico deve ser firmado através do exame de ressonância magnética cerebral que é hoje “padrão ouro” para elucidação diagnóstica;
- 5) Quanto mais cedo for iniciada a terapêutica, melhor será o prognóstico;
- 6) Na revisão da literatura, verificou-se que esse quadro é mais freqüente em pacientes jovens que tiveram perda de peso muito rápida e sempre acompanhada de vômitos. Este é o típico paciente que deve “alertar” o cirurgião bariátrico.

ABSTRACT

BACKGROUND: Wernicke-Korsakoff (W.K.) Syndrome is a severe disease caused by acute nutritional deficiency in vitamin B1, which can occur after bariatric surgery. It is characterized by ataxia, ophthalmoplegia and mental confusion. When diagnosed in its early stages, the condition can be successfully treated with thiamine (100 mg/day); however, when it is not recognized in time, it can be fatal. **CASE REPORT:** We report the case of a patient male, 38 year old, who presented the condition during the late postoperative stage of laparoscopy biliopancreatic diversion and whose evolution was good.

Key words: WERNICKE-KORSAKOFF SYNDROME/etiology, WERNICKE ENCEPHALOPATY, WERNICKE POLIOENCEPHALITIS, BARIATRIC SURGERY/surgery/adverse effects, GASTRIC BYPASS/surgery/adverse effects.

Tabela 1 - Síndrome de W.K. após cirurgia, na literatura.

Ano	Autor	N	Idade	Tempo decorrido da cirurgia	Cirurgia	Perda de peso (em kg) até o início do quadro	Vômito	Estenose	Diagnóstico	Tratamento	Evolução	Mortalidade	Recuperação
1982	FEIT	2	25	3m e 10d	N.R.	80	Sim	Sim	Laboratorial Autopsia	Dieta	Melhorou Óbito	50%	N.R.
			29	2m e 26d	N.R.	80	sim						
1982	HAID	1	24	3 m	Gastroplastia	N.R.	Sim	N.R.	Clínico	Tiamina	Boa	0%	Incompleta
1982	HAID	2	33	5 m	Gastroplastia	23	Sim	Não	Autópsia	Tiamina	Óbito		
			32	3 m	"	30	Sim		Clínico		Boa	50%	Incompleta
1983	FAWCET	1	45	2 m	N. R.	30	Sim	N.R.	Clínico	Tiamina	Boa	0%	Incompleta
1985	OCZKOWSKI	1	25	4 m	Gastroplastia	34	Sim	N.R.	Clínico	Tiamina	Boa	0%	Boa
1984	PAULSON	6	37	2 m	Gastroplastia	31	Sim						Incomp.18m
			30	3 m	"	22.6	Sim						Incomp. 1 a
			53	2 m	"	22.6	Sim						Incompleta
			42	4 m	"	13.6	Sim						Óbito
			20	1 m	"	6 inc.	Sim	N.R.	N.R.	N. R.	óbito	16.6%	Incompleta
			25	1.5 m	"	22.6	Sim						Incompleta
1987	ABARBANEL	2	39	12 m	Gastroplastia	47	NR	N.R.	N.R.	Tiamina		0%	Boa
			26	3 m	Gastroplastia	26	NR	N.R.	N.R.	Tiamina			
1996	SEHIRA	2	55	4m	Gastroplastia	25	Sim	Sim	Clínico	Vitamina		0%	Boa
			44	3m	Ventic c/ band	30	Sim		Clínico	Vitamina	Boa		
2000	CIRIGNOTTA	1	36	3 m	Gastroplastia c/band.	23	Sim	N.R.	R.M.	Tiamina	Boa	0 %	Incompleta
2003	SINISGALLI	1	38	2.5 m	DBP	35	Sim	Sim	R.M.	Tiamina	Boa	0 %	Incompleta

Referências Bibliográficas

1. Abarbanel JM, Berginer VM, Osimani A, Solomon H, Charuzi I. Neurologic complications after gastric restriction surgery for morbid obesity. *Neurology* 1987;37:196-200.
2. Cirignotta F, Manconi M, Mondini S, Buzzi G, Ambrosetto P. Wernicke-Korsakoff encephalopathy and polyneuropathy after gastroplasty for morbid obesity. *Arch Neurol* 2000;57:1356-1359.
3. Fawcett S, Young GB, Holliday RL. Wernicke's encephalopathy after gastric partitioning for morbid obesity. *Can J Surg* 1984;27:169-170.
4. Feit H, Glasberg M, Ireton C, Rosenberg RN, Thal E. Peripheral neuropathy and starvation after gastric partitioning for morbid obesity. *Ann Intern Med* 1982;96:453-455.
5. Haid RW, Gutmann L, Crosby TW. Wernicke-Korsakoff encephalopathy after gastric plication. *JAMA* 1982;247:2566-2567.
6. Haid RW, Gutmann L, Crosby TW. Wernicke-Korsakoff encephalopathy after gastric plication. *JAMA* 1982;248:1311.
7. Mason EE. Starvation injury after gastric reduction for obesity. *World J Surg* 1998;22:1002-1007.
8. Oczkowski WJ, Kertesz A. Wernicke's encephalopathy after gastroplasty for morbid obesity. *Neurology* 1985;35:99-101.
9. Paulson GW, Martin EW, Mojzisek C, Carey LC. Neurologic complications of gastric partitioning. *Arch Neurol* 1985;42:675-677.
10. Seehra H, MacDermott N, Lascelles RG, Taylor TV. Wernicke's encephalopathy after vertical banded gastroplasty for morbid obesity. *BMJ* 1996;312:434.
11. Shimomura T, Mori E, Hirono N, Imamura T, Yamashita H. Development of Wernicke-Korsakoff syndrome after long intervals following gastrectomy. *Arch Neurol* 1998;55:1242-1245.

Recebido em 01/09/2003
Aceito para publicação em 01/03/2004

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE-KORSAKOFF APÓS CIRURGIA PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRBIDA

*Luís Augusto Mello Sinisgalli*¹, *Marcos Nougalli Salmeron*², *Eli Leiser Nagiel Chervin*³, *Roberto Gomes Nogueira*⁴,
*Paulo Fagundes Altenfelder Silva*⁵

¹Chefe do Serviço de Cirurgia do aparelho Digestivo do Hospital Nossa Senhora de Lourdes (HNSL),

²Residente do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HNSL,

³Cirurgião do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HNSL,

⁴Radiologista responsável pelo Depto. de Ressonância Magnética do HNSL,

⁵Chefe do Serviço de Cirurgia do HNSL.

Endereço para Correspondência

LUÍS AUGUSTO MELLO SINISGALLI

Rua dos Narcisos, n.º 37 – Mirandópolis

São Paulo, SP - Brasil

CEP: 04048-040

E-mail: luisaugusto.dir@nsl.com.br