



World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: **Constipação**

Seções:

1. Definição
2. Patogênese
3. Fatores de Risco
4. Diagnóstico & Diagnóstico Diferencial
5. Estratégias de Tratamento
6. Referências de Literatura
7. Links para Websites Úteis
8. Questões e Sugestões

Tradução:

- S.G. Jorge

1. Definição

Constipação é um sintoma, não uma doença.

A visão do paciente:

Pacientes diferentes têm diferentes percepções dos sintomas. Alguns vêem a constipação como necessidade de esforço para evacuar (52%), para outros significa fezes arredondadas e endurecidas (44%), a incapacidade de defecar quando desejado (34%) ou a defecação infreqüente (33%).

A visão clínica:

Há constipação se pacientes que não tomam laxantes queixam-se de pelo menos dois dos seguintes critérios em um período de 12 semanas nos últimos 12 meses (critério Roma-II):

- a. menos que 3 movimentos intestinais (MI) por semana
- b. fezes endurecidas em mais que 25% dos MIs
- c. sensação de evacuação incompleta em mais que 25% dos MIs
- d. esforço excessivo em mais que 25% dos MIs
- e. necessidade de manipulação digital para facilitar a evacuação

2. Patogênese

São muitas as causas de constipação e a maioria é pouco compreendida. A literatura mostra várias sobreposições e algumas vezes listas conflitantes de causas.

Uma revisão das possíveis causas é fornecida abaixo. Ajuda distinguir entre dismotilidade e doença do assoalho pélvico. Observe que a causa de longe mais comum de constipação é a falta de fibras na alimentação.

Distúrbios de motilidade:

Distúrbios de motilidade podem ser associados com:

- Fatores psiquiátricos
 - depressão
 - abuso sexual
 - atitudes incomuns aos alimentos e função intestinal
- Nutrição inadequada
 - ingestão inadequada de fibras
 - desidratação causada pela baixa ingestão de líquidos
- Drogas
- Inertia coli ou constipação por trânsito lento
- Síndrome do intestino irritável
- Miopatia intestinal
- Síndrome de Ogilvy
- Causas neurológicas (raras)
 - lesão medular
 - doença de Parkinson
 - esclerose múltipla

Distúrbios do assoalho pélvico:

- Disfunção do assoalho pélvico e/ou do esfíncter externo (síndrome do assoalho pélvico espástico, anismo, discinergia)
- Obstrução do assoalho pélvico
 - prolapso retal
 - enterocele
 - retocele
 - intussuscepção retal

Observe que as condições acima também podem ser **conseqüências** da constipação e do esforço excessivo repetitivo para evacuar.

As causas mais comuns de constipação são:

- constipação funcional ou trânsito colônico lento
- síndrome do intestino irritável (SII)
- obstrução do trânsito

Conseguir diferenciar entre essas causas ajudará a planejar o tratamento para circunstâncias individuais.

Estudos mostram que as funções colorretais não são significativamente afetadas pelo envelhecimento. Portanto, a constipação em idosos geralmente não é causada pela idade, mas pelo acúmulo de fatores promotores de constipação, como doenças crônicas, neurológicas e psiquiátricas, imobilidade, medicamentos, nutrição inadequada, etc.

Na infância, a maioria das constipações é funcional, não orgânica. No entanto, quando não há resposta ao tratamento ou quando há uma evacuação tardia de mecônio ou outros sinais de alarme, há o risco de doença de Hirschsprung.

A constipação em crianças também pode ser associada a causas específicas como educação coercitiva, abuso sexual ou medo de evacuar.

Tabela 1: Causas de Constipação

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Extrínsecas <ul style="list-style-type: none"> ○ Fibras e fluidos insuficientes na dieta ○ Ignorar necessidade de defecar • Estruturais <ul style="list-style-type: none"> ○ Colorretais: neoplasias, estenoses, isquemia, volvo, doença diverticular ○ Anorretais: inflamação, prolapso, retocele, fissura, estenose • Sistêmicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipocalemia ○ Hipercalcemia ○ Hiperparatireoidismo ○ Hipotireoidismo ○ Hipertireoidismo ○ Diabetes mellitus ○ Panhipopituitarismo ○ Doença de Addison ○ Feocromocitoma ○ Porfíria ○ Uremia ○ Amiloidose ○ Esclerodermia, polimiosite ○ Gravidez | <ul style="list-style-type: none"> • Neurológicas <ul style="list-style-type: none"> ○ SNC: Doença de Parkinson, esclerose múltipla, trauma, isquemia, tumor ○ Nervos sacrais: trauma, tumor ○ Neuropatia autonômica ○ Aganglionose (doença de Hirschsprung) • Drogas <ul style="list-style-type: none"> ○ Analgésicas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opiáceos, anti-inflamatórios não-esteroidais ○ Anticolinérgicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atropínicos, antidepressivos, neurolépticos, antipsicóticos, antiparkinsonianos ○ Anticonvulsivantes ○ Antihistamínicos ○ Antihipertensivos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antagonistas do canal de cálcio, clonidina, hidralazina, bloqueadores ganglionares, inibidores da MAO, metildopa ○ Quimioterápicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Derivados da vinca ○ Diuréticos ○ Íons metálicos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alumínio (antiácidos, sucralfato), sulfato de bário, bismuto, cálcio, ferro, metais pesados (arsênico, chumbo, mercúrio) ○ Resinas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colestiramina, poliestireno • Fisiopatologia incerta • Síndrome do intestino irritável (SII) • Constipação de trânsito lento (CTL) • Disfunção do assoalho pélvico (DAP) |
|--|---|

3. Fatores de Risco

Situações, grupos e fatores de risco:

- bebês e crianças
- idade superior a 55 anos
- cirurgia abdominal ou perianal/pélvica recente
- gestação tardia

- mobilidade reduzida
- dieta inadequada (fibras ou fluidos)
- uso de muitas medicações, especialmente em idosos
- abuso de laxantes
- comorbidades conhecidas (veja tabela 1)
- pacientes terminais
- viagem
- história de constipação crônica

Idosos têm risco 5 vezes maior que adultos jovens de desenvolver constipação. Isso ocorre principalmente por fatores dietéticos, falta de exercícios, uso de medicações e maus hábitos intestinais. A constipação também pode ser imaginada e a percepção dos sintomas varia.

A constipação em bebês e crianças apresenta problemas especiais. Geralmente é funcional, não orgânica, e causada por maus hábitos intestinais.

A CTL idiopática ou inércia colônica se desenvolve quase que exclusivamente em mulheres jovens. A constipação também pode ocorrer em mulheres na gravidez tardia.

4. Diagnóstico & Diagnóstico Diferencial

Há muitas causas diferentes de constipação. Alguns pacientes não tem uma causa identificável; eles são freqüentemente diagnosticados como portadores da síndrome do intestino irritável (SII) ou constipação crônica idiopática (incluindo CTL e DAP).

Como não há um padrão ouro, queixas e sintomas descritos são essenciais, mas pouco confiáveis.

Não há consenso por exemplo sobre o que seria considerado um hábito intestinal "normal". Estudos vem sendo feitos para definir o hábito intestinal com base em escalas de formato de fezes como um guia útil para avaliar o tempo de trânsito intestinal.

É importante ser sistemático:

- **Anamnese**
- **Exame físico**
- **Técnicas diagnósticas**

Anamnese

- conferir critérios de Roma-II
- conferir distúrbios neurológicos
 - lesão medular
 - doença de Parkinson
 - esclerose múltipla
- conferir condições psiquiátricas
 - abuso sexual, violência, trauma
 - comportamento e atitudes incomuns em relação aos MIs
 - depressão / somatização
 - distúrbios alimentares
- conferir idade de início (súbito ou gradual)

- aparecimento súbito pode indicar obstrução
- conferir a presença de necessidade de evacuar
 - sim: obstrução ?
 - não: inércia colônica ?
- conferir história familiar de constipação

Exame físico

- percussão (avaliar distensão gasosa)
- fezes palpáveis ('cólon carregado')
 - palpação retal
 - impactação / consistência das fezes
 - presença de massas não fecais ou anormalidades (tumores, hemorróidas, fissuras, fístulas, prolapso, neoplasias)
 - presença de sangue
 - tônus esfinteriano

Técnicas diagnósticas

- Análise das fezes (avaliar gravidade)
 - peso em 3 dias; < 100 g em média indica constipação
 - radiografia abdominal (avaliar gravidade)
 - investigação radiológica ou endoscópica (avaliar ou excluir obstruções):
 - megacólon
 - cólon sigmóide redundante
 - padrão das pregas haustrais
 - SII $\hat{=}$ cólon haustral normal
 - Inércia colônica $\hat{=}$ aumento da extensão
 - testes funcionais anorretais (indicados apenas em casos selecionados)
 - manometria (ausência de reflexo inibitório reto-anal na doença de Hirschsprung)
 - electromiografia; DAP espástica ?
 - biópsia de mucosa retal
 - coloração para acetilcolinesterase para excluir a doença de Hirschsprung. Pigmentação marrom escura da mucosa colônica
 - Tempo de trânsito colônico (marcadores radiopacos).

Doenças orgânicas, metabólicas e endócrinas devem ser excluídas com pesquisa de sangue oculto nas fezes, hemograma, função tireoidiana e dosagem de cálcio. Um raio-X simples pode sugerir megacólon e o clister opaco é útil para excluir megacólon, megarreto e qualquer obstrução colorretal. Sigmoidoscopia e colonoscopia são úteis para excluir doenças estruturais (fissuras, estenoses e tumores).

Não há um consenso claro sobre quais testes e em que ordem eles devem ser realizados na avaliação do paciente constipado. A SII, por exemplo, permanece uma das condições mais difíceis de diagnosticar devido à sua fisiopatogenia ainda incerta e pela falta de testes diagnósticos específicos. Manometria anorretal, defecografia, eletromiografia e radiografia de tempo de trânsito colônico são complexos, demandam tempo e requerem recursos nem sempre disponíveis fora de centros acadêmicos bem equipados.

Principais sintomas de alarme (especialmente em pacientes acima de 50 anos)

- constipação de início recente
- anemia
- perda de peso
- perda anal de sangue
- pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo
- mudança súbita no padrão de defecação e aparência das fezes

5. Estratégias de Tratamento

O tratamento da constipação é sintomático. Os estudos disponíveis estão concentrados em uso de fibras e laxantes. Apesar desses tratamentos terem algum efeito benéfico na melhora da quantidade e qualidade das evacuações, não está claro qual deve ser selecionado.

O tratamento deve ser escalonado e iniciar com orientações sobre estilo de vida e hábitos alimentares. Os próximos passos incluem o uso de agentes formadores de massa, laxativos osmóticos e possivelmente fisioterapia do assoalho pélvico. Se estes falham, podem ser utilizados laxantes de contato, enemas e procinéticos. A cirurgia, como por exemplo na síndrome de Ogilvy, somente é indicada em circunstâncias excepcionais quando todos os outros tratamentos foram ineficazes ou quando há risco de perfuração do ceco.

Tabela 2: Tratamento Escalonado da Constipação



Fibras e laxantes

Tabela 3: Laxantes

- **Formadores de massa**
 - Psyllium
 - Policarbofil

- Metilcelulose
 - **Agentes lubrificantes**
 - Óleo mineral
 - **Estimulantes**
 - Agentes de superfície
 - Ducusato
 - Ácidos biliares
 - Derivados de difenilmetano
 - Fenolftaleína
 - Bisacodil
 - Picossulfato de sódio
 - Ácido ricinoleico
 - Óleo de rícino
 - Antraquinonas
 - Sena
 - Cáscara sagrada
 - Aloe
 - Ruibarbo
 - **Agentes osmóticos**
 - Sais de magnésio e fosfato
 - Lactulose
 - Sorbitol
 - Polietilenoglicol
 - **Supositórios de glicerina**
-

Laxantes formadores de massa

Devem ser utilizados apenas quando o aumento nas fibras da dieta não funcionar. A ação é pela retenção de líquidos e aumento da massa fecal. Podem ocorrer flatulência e distensão, mas o uso prolongado é seguro. A ingestão adequada de líquidos é fundamental para a eficácia do tratamento.

Laxantes estimulantes

O mecanismo de ação é pela estimulação direta dos nervos colônicos. O efeito ocorre em 8 a 12 horas, mas supositórios agem mais rapidamente, entre 20 a 60 minutos. O uso rotineiro de dantron (antraquinona, agarol) é desencorajado pelo potencial carcinogênico.

Laxantes osmóticos

Agem retendo fluidos no intestino por osmose, mudando a distribuição de água nas fezes.

Situações específicas:

1. Idosos
2. Gravidez
3. Crianças
4. Diabéticos
5. Pacientes terminais
6. Viagem

7. Constipação pós-histerectomia

1. Idosos

Os principais problemas são a falta de mobilidade e o uso de diversos medicamentos. O tratamento é o mesmo recomendado para os mais jovens, com ênfase na mudança de hábitos e dieta. Para idosos acamados, é melhor utilizar laxantes osmóticos no lugar dos formadores de massa. Combinações com sena são mais eficazes que lactulose isolada. É importante tentar interromper o uso de medicações potencialmente constipantes.

2. Gravidez

Utilize fibras dietéticas, aumento de ingestão hídrica e exercícios como opções principais. Laxantes podem ser utilizados apenas se as opções anteriores falharem. Utilize drogas apenas por curtos períodos, pois a segurança é a principal preocupação durante a gestação. Acredita-se que formadores de massa sejam mais seguros que estimulantes. Sena é considerada segura em doses usuais mas cuidado é necessário se usado próximo ao parto ou se a gravidez é instável. Agentes formadores de massa e lactulose não são encontrados no leite materno.. Sena, em altas doses, é excretada junto com o leite materno e pode causar diarreia e cólicas no bebê.

3. Crianças

A dieta rica em fibras e líquidos deve ser a primeira opção. Evite o consumo excessivo de leite. Laxantes (preferencialmente por via oral) podem ser oferecidos se as medidas dietéticas não surtirem efeito. Não há evidências sobre qual classe de laxantes é superior. O início precoce do tratamento é importante, uma vez que a constipação crônica pode levar ao megarreto, impactação e perda fecal. O uso de laxante a longo prazo pode ser prescrito para evitar a recorrência de impactação, pois o uso intermitente pode causar recidivas.

4. Diabéticos

Formadores de massa são seguros e úteis naqueles incapazes ou resistentes ao aumento de fibras na dieta. Diabéticos devem evitar laxantes como lactulose e sorbitol, uma vez que seus metabólitos podem influenciar os níveis séricos de glicose - especialmente nos portadores de diabetes tipo 1.

5. Pacientes terminais

A prevenção da constipação é de grande importância nos doentes terminais, com o uso de laxativos profiláticos e de hidratação adequada. Se o reto está cheio e as fezes estão endurecidas, fluidos com dantron (antraquinona, agarol), supositórios de glicerina ou docusato são recomendados. Se as fezes estão amolecidas, laxativos estimulantes como sena ou bisacodil podem ser utilizados. Se o cólon está repleto e há cólicas, um amaciante das fezes como o docusato pode ser utilizado. O dantron é recomendado se não há cólicas. Outra opção é o polietilenoglicol. A lactulose é uma alternativa ao docusato, apesar de levar à formação de gases e possivelmente hipotensão postural, pelo deslocamento de líquidos para o intestino).

6. Viagem

Muitos indivíduos, particularmente mulheres, desenvolvem constipação quando uma viagem interrompe seus hábitos de alimentação e defecação. Antecipação com refeições regulares

e quantidade extra de frutas e vegetais pode ajudar a prevenir a constipação. Se necessário, laxantes osmóticos (lactulose, polietilenoglicol, etc.), podem ser utilizados.

7. Constipação pós-histerectomia

A constipação também pode ser uma conseqüência da cirurgia pélvica. A formação de adesões no assoalho pélvico e talvez a lesão de nervos pélvicos pela histerectomia podem ser as causas da constipação após esse procedimento. Estudos prospectivos são necessários para determinar se novas técnicas cirúrgicas "poupadoras de nervos" podem reduzir significativamente essa forma de constipação.

Conclusões

As evidências da eficácia das opções terapêuticas atuais é limitada. Formadores de massa não são sempre efetivos e podem até mesmo causar impactação fecal. Soluções de polietilenoglicol vêm sendo cada vez mais utilizadas. Amaciadores de fezes geralmente são eficazes. A segurança de um grupo de laxativos estimulantes, os antranóides (sena, aloe e dantron) ainda é controversa. Novas opções farmacológicas em foco são os estimulantes neurais com agonistas seletivos para receptores 5-HT4. A estratégia principal, no entanto, é a de sempre iniciar com mudanças dietéticas e de hábitos antes do uso de laxantes.

Prevenção

- Conheça o que é normal e não dependa desnecessariamente de laxantes
- Coma uma dieta balanceada que inclua grãos, frutas frescas e vegetais
- Beba líquido suficiente
- Exercite-se regularmente
- Tenha tempo livre para utilizar o banheiro sem interrupções
- Não ignore a necessidade de evacuar

6. Referências de Literatura

- NASPGN diretriz para neonatos e crianças

7. Links para Websites Úteis

O PUBMED Medline da National Library of Medicine é o melhor ponto de partida para pesquisas médicas em geral:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

The US National Guidelines Clearing House also publishes a short summary on the Management of Constipation:

<http://www.guideline.gov>

O US National Guidelines Clearing House também publica um curto resumo sobre o manuseio da constipação:

http://www.wellnessweb.com/masterindex/bowel/about_constipation.htm

A American Gastroenterological Association tem uma diretriz útil sobre constipação, um bom ponto de partida para informação aos pacientes:

<http://www.gastro.org/public/constipation.html>

8. Questões e Sugestões

Convite para Comentários

O Comitê de Diretrizes Práticas agradece quaisquer comentários, dúvidas e sugestões. Por favor não hesite em clicar no botão abaixo e compartilhar conosco suas opiniões e experiência com essa condição. Juntos, podemos fazer melhor !

guidelines@worldgastroenterology.org