

Constipação intestinal

JOSÉ GALVÃO-ALVES

Chefe da 18ª Enfermaria do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro — Serviço de Clínica Médica. Professor titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques. Professor titular de Pós-graduação em Gastroenterologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Membro titular da Academia Nacional de Medicina. Presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia (2010-2012). Professor de Clínica Médica da Uni-FOA — Universidade da Fundação Oswaldo Aranha.

Resumo

A constipação intestinal acomete cerca de 20% da população mundial e constitui um dos sintomas mais frequentes de procura ao médico. É mais comum em mulheres e idosos e se encontra entre as doenças funcionais do intestino. Pode ser referida pelo paciente como fezes endurecidas, esforço excessivo no ato evacuatório, evacuações infrequentes ou sensação de evacuação incompleta. Subdivide-se em primária e secundária, tendo essa última causa bem definida, como doenças endócrinas e neurológicas ou uso inadvertido de substâncias obstipantes. É importante orientarmos nossos pacientes para a necessidade de uma dieta rica em fibras e de uma hidratação adequada. O manejo farmacológico pode incluir suplementação de fibras, laxativos osmóticos, emolientes e laxativos irritativos.

Summary

Constipation occurs in about 20% of the world population and it is a common reason for seeking medical attention. It is more common in women and in the elderly and may be part of a generalized gastrointestinal dysmotility syndrome. Patients may define constipation as hard stools, excessive straining, infrequent stools, or a sense of incomplete evacuation. There are two main types of constipation — primary or secondary, the latter caused by systemic disorders such as endocrine disorders, neurologic dysfunction, or as a side effect of medications. Proper dietary fiber and fluid intake should be emphasized. Pharmacologic management of constipation may include fiber laxatives, osmotic laxatives, stool surfactants, or stimulant laxatives.

Introdução

O presente artigo inicia-se com um quadro elucidativo das doenças funcionais neurogastroenterológicas, segundo a classificação de Roma III (Quadro 1).

A constipação intestinal encontra-se entre as doenças funcionais do intestino. Constitui um dos sintomas mais frequentes de procura ao clínico geral e gastroenterologista, acometendo cerca de 20% da população mundial. É mais comum nas mulheres e nos idosos, representando para estes um problema terapêutico muito preocupante.

Constituem fatores desencadeantes e agravantes a baixa atividade física, baixo nível socioeconômico e educacional, alimentação inadequada, história de abuso sexual e os estados depressivos. A constipação intestinal

consiste em condição clínica comum que depende de uma inter-relação médico-paciente de qualidade para o sucesso terapêutico.

Definição

Não existe uma definição de abrangência universal para constipação. Fundamentando-se nas queixas dos pacientes, ela pode ser referida como fezes endurecidas, esforço excessivo no ato evacuatório, evacuações infrequentes, sensação de evacuação incompleta e até mesmo demora excessiva no toalete.

Considera-se normal a frequência de evacuação de, no mínimo, três vezes por semana.

O último Consenso de Roma, no qual se definiram os critérios de constipação funcional, ocorreu em 2006 (Quadro 2).

Unitermos: Constipação; doenças funcionais do intestino; suplementação de fibras; laxativos.

Keywords: Constipation; gastrointestinal dysmotility syndrome; fiber; laxatives.

QUADRO 1: Classificação — ROMA III — doenças funcionais

- A. Alterações funcionais do esôfago
 - A1. Pirose funcional (é preciso haver evidência de ausência de refluxo)
 - A2. Dor torácica funcional de presumível origem esofágica
 - A3. Disfagia funcional
 - A4. *Globus*

- B. Alterações funcionais gastroduodenais
 - B1. Dispepsia funcional (representa mais de 50% dos doentes com queixas dispépticas)
 - B1a. Síndrome do desconforto pós-prandial
 - B1b. Síndrome da dor epigástrica
 - B2. Eructação (só deve ser considerada alteração quando se torna desagradável)
 - B2a. Aerofagia
 - B2b. Eructação excessiva
 - B3. Náusea e vômito
 - B3a. Náusea crônica idiopática
 - B3b. Vômito funcional
 - B3c. Síndrome do vômito cíclico (menos de uma semana de duração — três ou mais episódios no ano anterior)
 - B4. Síndrome da ruminação (situação muito rara no adulto)

- C. Alterações funcionais do intestino
 - C1. Síndrome do intestino irritável (afecção mais frequente do trato digestório)
 - C2. Distensão abdominal
 - C3. Obstipação funcional
 - C4. Diarreia funcional
 - C5. Alteração funcional não especificada

- D. Síndrome da dor abdominal funcional (na maior parte dos casos, a dor abdominal faz parte da dispepsia funcional ou da síndrome do intestino irritável. Em 0,5% a 2% dos casos, a dor aparece isolada, não podendo ser enquadrada em outra síndrome)

- E. Alterações funcionais da vesícula e do esfíncter de Oddi
 - E1. Alteração funcional da vesícula (situação pouco frequente e de difícil diagnóstico)
 - E2. Alteração funcional do esfíncter de Oddi da via biliar
 - E3. Alteração funcional do esfíncter de Oddi do pâncreas

- F. Alterações funcionais anorretais
 - F1. Incontinência fecal funcional
 - F2. Dor anorretal funcional
 - F2a. Proctalgia crônica (o episódio doloroso dura pelo menos 20 minutos)
 - F2a1. Síndrome do elevador do ânus
 - F2a2. Dor anorretal funcional não especificada
 - F2b. Proctalgia *fugax* (o episódio doloroso dura segundos ou minutos. Afeta cerca de 5% da população adulta)
 - F3. Alterações funcionais da defecação
 - F3a. Defecação dissinérgica
 - F3b. Propulsão defecatória inadequada

QUADRO 2: Critérios — ROMA III — de constipação funcional

1. Dois ou mais dos seguintes achados
 - Esforço ao menos em 25% das evacuações
 - Fezes ressecadas ou duras ao menos em 25% das evacuações
 - Sensação de evacuação incompleta ao menos em 25% das vezes
 - Sensação de bloqueio anorretal ao menos em 25% das evacuações
 - Manobra manual de facilitação da evacuação ao menos em 25% das vezes
 - Menos de três evacuações por semana
 - Distúrbios de evacuação que não preencham os critérios de síndrome do intestino irritável
2. Fezes amolecidas presentes raramente com o uso de laxativos
3. Critério insuficiente para síndrome do intestino irritável

Fisiopatologia

A constipação intestinal é uma condição multifatorial, sendo na maioria das vezes decorrente da ingesta inadequada de fibras e água. Subdivide-se em primária e secundária, tendo esta última causa bem definida, como doenças endócrinas e neurológicas ou uso inadvertido de substâncias obstipantes (Quadro 3).

Em termos fisiopatológicos, divide-se em três categorias: 1. constipação de trânsito normal; 2. constipação de trânsito lento; e 3. doenças do ato evacuatório.

Em estudo avaliando mais de mil pacientes constipados, Nyan *et al.* observaram que 59% apresentavam trânsito intestinal normal; 25%, defeitos defecatórios; 13%, trânsito intestinal lento; e 3%, associação de trânsito lento e distúrbio da defecação.

Constipação de trânsito intestinal normal (funcional)

Também denominada funcional, é a forma mais comum de apresentação. Embora o tempo de passagem pelo cólon seja normal, o paciente refere ser constipado, queixando-se de fezes endurecidas ou insatisfação com a evacuação. São indivíduos com distúrbios psicossociais frequentes, e queixam-se também de desconforto abdominal e flatulência.

Geralmente respondem à adição de fibras à dieta e à melhor hidratação. Algumas vezes se beneficiam de laxativos osmóticos, como o polietilenoglicol.

A falta de resposta adequada a esta conduta induz-nos a avaliação etiológica mais criteriosa.

Distúrbios da defecação

Ocorrem em virtude da disfunção do assoalho pélvico ou do esfíncter anal. Também são conhecidos como “anismos”, dissinergia do assoalho pélvico, contração paradoxal do assoalho pélvico, constipação obstrutiva, obstrução funcional do retossigmoide, síndrome espástica do assoalho pélvico e retenção fecal funcional na infância.

Medo da dor ao defecar (fezes volumosas e endurecidas), fissura anal e hemorroidas podem estar associados a distúrbios da defecação, assim como abuso físico ou sexual ou distúrbios alimentares. Causas menos comuns incluem anormalidades estruturais: intussuscepção retal, retocele, sigmoidecele obstrutiva e deiscência perineal extrema.

O não preenchimento total do reto pode levar à falta de coordenação dos músculos abdominais, reto-anais e do assoalho pélvico durante a defecação.

Ignorar ou suprimir a urgência de evacuação pode contribuir para uma evolução mais grave.

Constipação de trânsito lento

É de ocorrência mais comum em mulheres jovens que evacuam até uma vez por semana, comumente iniciando-se na puberdade. Clinicamente, apresenta-se como dor abdominal ou desconforto, flatulência e urgência fecal, essa menos frequente. Os quadros leves respondem bem a tratamento dietético com aumento de fibras, o que não ocorre nos casos mais graves.

O trânsito colônico lento, associado à falta de incremento na atividade motora após ingesta de carnes, ou administração de substâncias, caracteriza a *inércia colônica*.

Pontos-chave:

- > A constipação de trânsito intestinal é a forma mais comum de apresentação;
- > São indivíduos com distúrbios psicossociais frequentes, e queixam-se também de desconforto abdominal e flatulência;
- > Geralmente respondem à adição de fibras à dieta e à melhor hidratação.

QUADRO 3: Etiologia da constipação intestinal

1. Primária — funcional
2. Secundária — orgânica
 - Doenças endócrinas (p. ex., hipotireoidismo)
 - Doenças metabólicas (p. ex., diabetes melito)
 - Doença neurológica (p. ex., doença de Parkinson)
 - Medicamentosa (p. ex., analgésicos, anti-hipertensivos, neurolépticos, etc.)

O exame histopatológico mostra um número diminuído de neurônios do plexo mioentérico, bem como outras anormalidades que alterariam a motilidade gastrointestinal. A doença de Hirschsprung é uma forma extrema de constipação de trânsito lento, em que as células ganglionares do intestino distal são inexistentes.

Avaliação clínica

O primeiro e mais importante cuidado na avaliação do paciente constipado é excluir a presença de causas secundárias (Quadro 3). Mediante anamnese, devem-se investigar cuidadosamente sinais de “alarme” ou “alerta” (Quadro 4), como emagrecimento, hemorragia, febre, anorexia e anemia, que podem nos orientar para uma causa anatômica. Em pacientes com mais de 50 anos, ou que se tornaram constipados recentemente, sugere-se a pesquisa de sangue oculto nas fezes, bem como a dosagem sanguínea de eletrólitos (incluindo cálcio, glicemia, hormônio tireoestimulante [TSH] e hemograma completo). Àqueles que não responderam à orientação inicial e/ou apresentam anemia ou sangue oculto nas fezes indica-se a colonoscopia.

Nos pacientes com menos de 50 anos sem sinais de alerta e história longa de constipação, opta-se por uma terapêutica progressiva, conforme o algoritmo da Figura 2.

QUADRO 4: Sintomas de alarme

Hemorragia retal
Dor abdominal intensa
Perda de peso
Anorexia
Tenesmo
Febre

Avaliação diagnóstica da urgência**Tempo de trânsito colônico (TTC)**

O tempo de trânsito normal é inferior a 72 horas. Uma radiografia abdominal deve ser realizada 120 horas após marcadores radiopacos serem deglutidos em uma cápsula de gelatina. Previamente, deve-se fazer dieta rica em fibras, e laxativos/enemas e medicamentos que afetem a função intestinal não devem ser utilizados. Caso haja retenção de mais de 20% dos marcadores, o trânsito é considerado prolongado, e se for predominantemente em cólon esquerdo e reto, é sugestiva de distúrbio defecatório (Figura 1 — A, B e C).

Temos utilizado, com muito sucesso, a avaliação do TTC pela medicina nuclear, após ingestão de alimento sólido radiomarcado com 2mCi ^{99m}Tc-enxofre coloidal (Figura 2 — A e B).

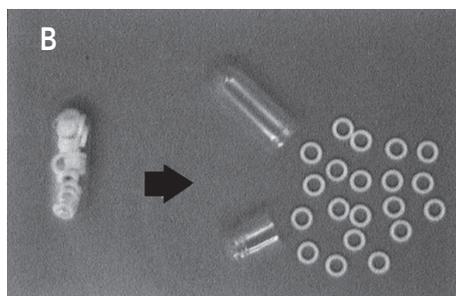
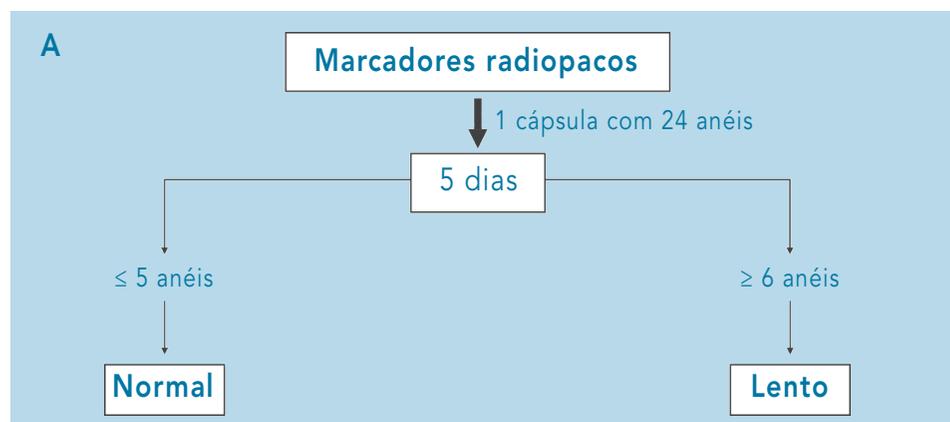


Figura 1: A. Avaliação do trânsito intestinal. B. Tempo de trânsito colônico. C. Diagnóstico do tempo de trânsito colônico.

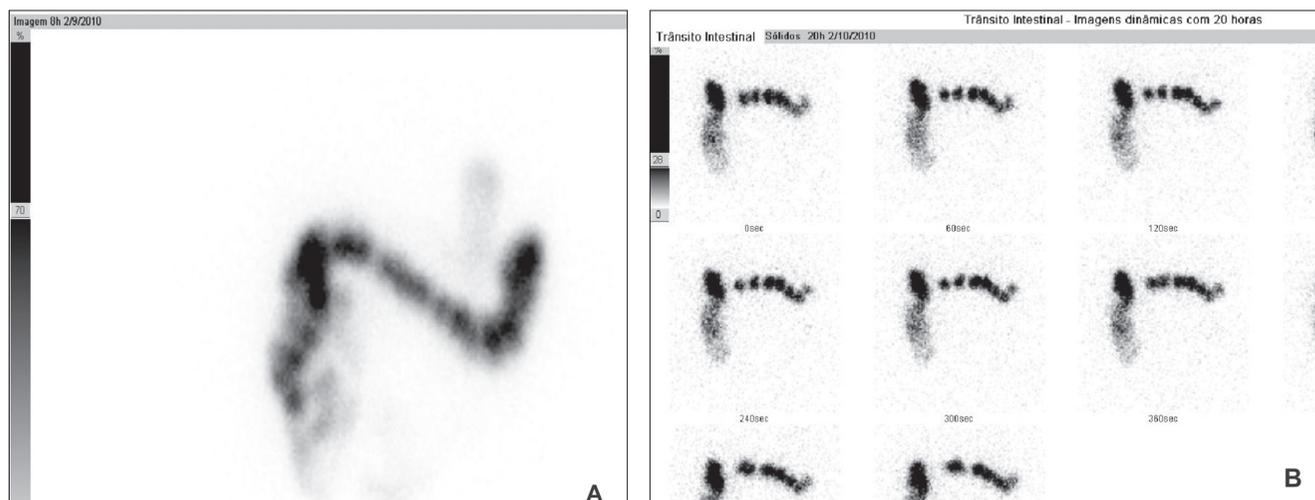


Figura 2: A e B. Exame cintilográfico sugestivo de trânsito do intestino grosso lentificado, com retenção em cólon transverso.

Manometria anorretal

A contração inapropriada do esfíncter anal sugere distúrbio defecatório. A ausência de reflexo inibitório anorretal ocorre na doença de Hirschsprung. Aumento de pressão anal e dor no reto são indicativos de fissura anal ou *animus*. Em distúrbios neurológicos ou nos casos de aumento da capacidade retal mediante retenção prolongada de fezes observa-se hipersensibilidade retal.

Balão de expulsão

O paciente é solicitado a expulsar um balão de látex, inserido no reto e preenchido com 50mL de água ou ar. A incapacidade de expulsar o balão dentro de dois minutos sugere distúrbio de defecação.

Defecografia

É usada para determinar o completo preenchimento do reto, do ângulo anorretal, da deiscência perineal e as anormalidades estruturais (retoccele, prolapso da mucosa interna ou intussuscepção). Estes métodos complementares devem ser indicados na suspeita de constipação de trânsito lento e nos casos de distúrbios de defecação.

Terapêutica

A adesão ao tratamento repousa na perfeita relação do médico com seu paciente. Para isso, faz-se necessário uma abordagem mais do indivíduo do que de seu sintoma. A constipação crônica traz com o paciente uma história de inúmeros médicos, exames complementares e medicamentos. O primeiro passo na

terapêutica é entender que a expectativa em sua consulta pode ser imensa, havendo com ela uma cobrança ainda maior. Saber ouvir parece primário, mas tem se tornado raro.

Orientação higieno-dietética

É importante orientarmos nossos pacientes para a necessidade de uma dieta rica em fibras, em especial vegetais os mais variados, e de uma hidratação adequada (30 a 50mL/kg/dia), dependente de sua atividade e do clima onde reside.

Estas são recomendações que devem conter um grau de exigência significativa, sem o que o paciente não as cumpram. Caso ele não consiga aumentar a ingesta de fibra natural, devem ser utilizados suplementos comerciais.

Um ponto relevante na terapêutica da constipação intestinal é a reeducação dos hábitos de evacuação, estimulando-se a disciplina de horário e a obediência ao reflexo evacuatório. É bastante comum, especialmente entre mulheres e homens por demais apressados, não responder ao estímulo evacuatório imediatamente, o que causa a perda progressiva desse reflexo.

Deve-se também estimular o exercício físico, em especial a natação e a deambulação.

Terapêutica farmacológica

Incrementadores do bolo fecal

Com a ingestão suplementar de fibras aumenta-se o volume fecal, diminui-se a consistência das fezes e estimula-se fisiologicamente a evacuação. As fibras retêm água em sua estrutura e, por isso, os pacientes devem ingerir volume hídrico adequado.

A adesão ao tratamento repousa na perfeita relação do médico com seu paciente. Para isso, faz-se necessário uma abordagem mais do indivíduo do que de seu sintoma. A constipação crônica traz com o paciente uma história de inúmeros médicos, exames complementares e medicamentos.

No Quadro 5 estão relacionados os principais incrementadores do bolo fecal. Salienta-se que as fibras sintéticas, por não serem degradadas pelas enzimas digestivas e não serem metabolizadas pelas bactérias do cólon, são eliminadas de maneira intacta e não produzem gás.

QUADRO 5: Incrementadores do bolo fecal

Fibras sintéticas (policarbofila cálcica)
Metilcelulose
Psyllium
Ágar-ágar

Laxativos osmóticos

Agem fluidificando as fezes por meio de substâncias osmoticamente ativas, que “roubam” água do organismo humano através da mucosa digestiva. Correspondem a um grupo heterogêneo no qual se destacam o polietilenoglicol (PEG), os osmóticos salinos (sal de sódio ou magnésio) e os sacarídeos (lactulose) (Quadro 6).

QUADRO 6: Laxativos osmóticos

Polietilenoglicol* (PEG 3350)
Lactulose
Sais de sódio e magnésio

* Uso recomendado na gravidez.

A experiência mundial aponta o PEG como o laxativo de eleição, pois é eficaz, isento de parafenóis, tem absorção desprezível, não é metabolizado, não é calórico e nem teratogênico, podendo ser utilizado, inclusive, para a constipação da gravidez. Ao aumentar a concentração de água no cólon, o PEG lubrifica e amolece as fezes, tornando a evacuação mais confortável.

Amaciantes (emolientes, lubrificantes)

Esses laxativos agem facilitando o deslizamento das fezes. São substâncias oleosas que podem, em médio prazo, diminuir a absorção das vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K).

Riscos especiais em pacientes disfágicos, principalmente idosos, consistem na broncoaspiração e na pneumonia lipídica. Em

situações agudas recomenda-se a utilização de medicamentos de apresentação oral e retal (Quadro 7).

QUADRO 7: Agentes amaciantes

Docusato de sódio
Óleo mineral

Laxativos irritativos

Agem provocando aumento da contração da musculatura lisa intestinal por meio de estímulo ao plexo mioentérico (Quadro 8). A grande vantagem é a ação rápida, em torno de seis a 12 horas; no entanto, seu uso crônico pode provocar lesão no plexo mioentérico, levando à dismotilidade colônica. São contraindicados na gravidez e na amamentação. Em nossa opinião, devem constituir medicamentos de exceção.

QUADRO 8: Laxantes estimulantes

Antraquinonas
Sene
Cáscara sagrada
Óleo de ricino

Difenilmetanos
Bisacodil
Fenoltaleína
Picossulfato de sódio

Laxativos procinéticos

Por fim, merecem menção os laxativos procinéticos, que agem aumentando o trânsito intestinal de maneira mais fisiológica.

Dentre estes se destacam a cisaprida, que, por sua cardiotoxicidade, se encontra fora de uso comercial em todo o mundo; a domperidona, pouco efetiva; o tegaserode, com indicação mais bem definida na constipação da síndrome do intestino irritável; a lubiproston e a prucaloprida. A lubiproston é um estimulador seletivo dos canais de cloro tipo 2, localizados na membrana apical do epitélio gastrointestinal. Como resultado, há um aumento na secreção de fluido intestinal rico em cloro, o que estimula os movimentos intestinais e facilita a passagem de fezes amolecidas (hidratadas) através do intestino, com consequente alívio dos sintomas de constipação intestinal.

Pontos-chave:

- > Os laxativos procinéticos agem aumentando o trânsito intestinal de maneira mais fisiológica;
- > O tegaserode tem indicação bem definida na constipação da síndrome do intestino irritável;
- > A lubiproston é um estimulador seletivo dos canais de cloro tipo 2.

Na dose de 24µg duas vezes ao dia, a lubiproston acelera significativamente o trânsito do intestino delgado e cólon, quando comparada ao uso de placebo em estudos randomizados, duplo-cegos, utilizando a cintigrafia para mensurar o tempo de trânsito intestinal. Os efeitos adversos mais frequentes foram náuseas, diarreia e cefaleia, sendo que aproximadamente 8,7% dos pacientes suspenderam o uso em razão de náusea intensa. Pode-se observar, em menor frequência (5%), dor, flatulência e distensão abdominal.

As drogas que agem nos receptores de serotonina (5HT) podem reduzir a sensibilidade visceral, bem como aumentar a motilidade do trato intestinal. Através deste

último mecanismo a prucaloprida, agonista serotoninérgico do receptor 5HT4, estimula os neurônios intrínsecos e a musculatura lisa e, com isto, o tempo e capacidade da droga evacuatória do trato intestinal. Soma-se a esta ação a capacidade da droga em aumentar a secreção da mucosa intestinal.

No momento, este medicamento se encontra liberado em nosso meio apenas para uso em mulheres acima de 18 anos e deve ser droga de exceção após o incremento do bolo fecal, uma adequada hidratação e uso de laxativos osmóticos.

Finalizando, apresentamos um algoritmo utilizado por nós, com resultados bastante estimulantes (Figura 3).

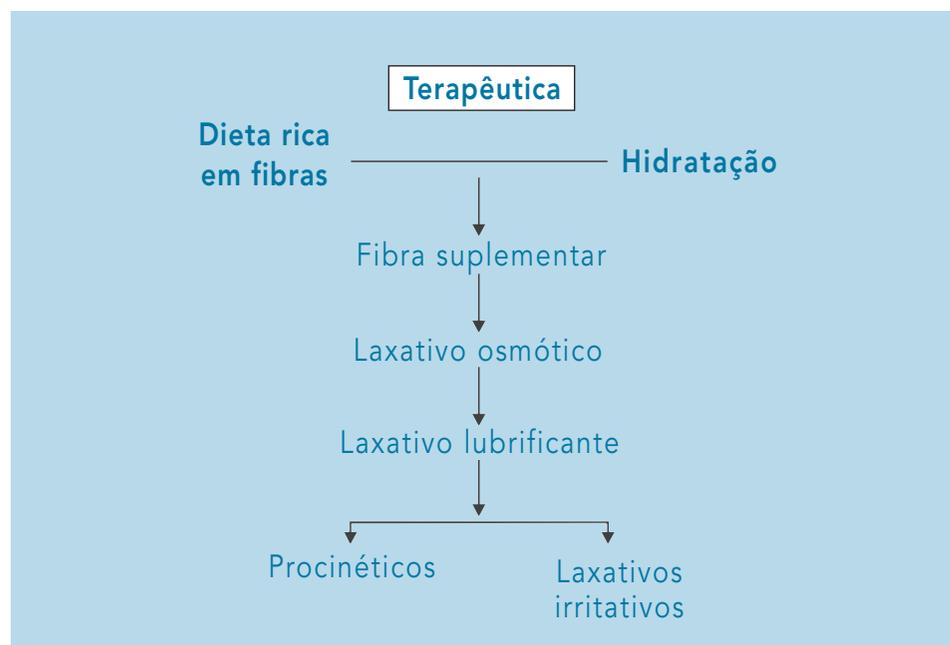


Figura 3: Algoritmo — Constipação intestinal funcional.

Referências

1. BOURAS, E.P. et al. — Chronic constipation in the elderly. *Gastroenterol. Clin. North Am.*, 38(3): 463-80, 2009.
2. CAMILLERI, M.; BHARUCHA, A.E. et al. — Effect of a selective chloride channel activator, Lubiprostone on gastrointestinal transit, gastric sensory, and motor functions in healthy volunteers. *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.*, 290(5): 942-7, 2006.
3. DOSH, S.A. — Evaluation and treatment of constipation. *J. Fam. Pract.*, 51: 555-9, 2002.
4. EVERHART, J.E.; GO, V.L. & JOHANNES, R.S. — A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Dig. Dis. Sci.*, 34: 1153-62, 1989.
5. HIGGINS, P.D. et al. — Epidemiology of constipation in North America: A systematic review. *Am. J. Gastroenterol.*, 99: 750, 2004 [PMID: 15089911].
6. JOHANSON, J.F. et al. — Effect of tegaserod on chronic constipation: A randomized, double-blind, controlled trial. *Clin. Gastroenterol. Hep.*, 2: 796, 2004 [PMID 15354280].
7. LEMBO, A. & CAMILLERI, M. — Chronic constipation. *N. Engl. J. Med.*, 349: 1360-8, 2003.
8. LONGSTRETH, G.F.; THOMPSON, W.G. et al. — Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 130: 1480-91, 2006.
9. MC CALLUM, I.K. — Chronic constipation in adults. *BMJ*, 338: b 831, 2009.
10. MC KEAGE, K.; PLOSKER, G.L. & SIDDIGUI, M.A.A. — Lubiprostone. *Drugs*, 66(6): 873-9, 2006.

Obs.: As sete referências restantes que compõem este artigo se encontram na Redação à disposição dos interessados.

Endereço para correspondência:

José Galvão-Alves
Rua Real Grandeza,
108/Sala 123 — Botafogo
22281-034
Rio de Janeiro-RJ
jgalvaorj@terra.com.br