

# Educação Médica

## Pediatria



o que há de novo?



tema do mês



temas apresentados



links



[fale com o especialista](#)



procurar

Faculdade de Medicina - UFMG

página 1 de 1

## Constipação Intestinal

### Maria do Carmo Barros de Melo

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da UFMG  
Doutora e membro do Setor de Gastroenterologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da UFMG

### Elizabet Vilar Guimarães

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina UFMG  
Doutora e membro do Setor de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG

### Márcia Regina Fantoni Torres

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da UFMG  
Doutora e Membro do Setor de Gastroenterologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da UFMG

### Sílvia Aparecida Steiner

Acadêmica do décimo período da Faculdade de Medicina da UFMG  
Participante do Grupo de Constipação Intestinal Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG

### Ricardo Castanheira Pimenta Figueiredo

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da UFMG  
Doutor e Membro do Setor de Gastroenterologia Pediátrica do Departamento da UFMG

### Francisco José Penna

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG  
Doutor e coordenador do Setor de Gastroenterologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da UFMG

A constipação intestinal (CI) é um dos motivos mais freqüentes de consulta no ambulatório de Gastroenterologia do Departamento de Pediatria da UFMG.

Consideramos constipadas crianças que apresentam queixas de eliminação de fezes endurecidas, freqüência evacuatória menor do que três vezes por semana e/ou sensação de esvaziamento incompleto do reto, quando for possível obter esta informação. Em crianças menores, que ainda não conseguem relatar seus sintomas, a constipação pode ser considerada na presença de movimentos intestinais dolorosos, acompanhados de desconforto, gritos e manobras para não eliminar as fezes. A eliminação de fezes endurecidas, às vezes em cíbalos, com freqüência normal para a idade, é também considerada como constipação. Nunca esquecer, que em lactantes em amamentação, a eliminação de fezes sem dor, mas com intervalos que se prolongam até 7 dias, não é considerada constipação.

Alguns indivíduos, embora evacuem, algumas vezes, mais que 3 vezes por semana, eliminam fezes em quantidade muito pequena, ou apresentam somente queixa de dor abdominal recorrente. Nestes casos, a constipação é definida como oculta.

A constipação intestinal pode ser acompanhada de escape fecal e encoprese. Encoprese é a passagem voluntária ou involuntária de grande quantidade de fezes na roupa ou em locais diferentes do usual, depois que a criança já obteve o controle do esfíncter anal. Na maioria dos casos não está associado à causa orgânica. Deste modo, encoprese é definida com base em um sinal clínico e

pode ocorrer na presença ou não de constipação intestinal. Já o escape fecal é definido como um escape de pequena quantidade de fezes, que ocorre de forma involuntária, freqüentemente associado à impactação fecal.

A presença de escape fecal e massa abdominal palpável indica forma grave de constipação. Uma criança com estes sintomas tem muitas vezes, problemas de comportamento em casa e na escola, podendo mostrar queda no rendimento escolar, associada à ansiedade crônica. Infecção do trato urinário deve ser pesquisado.

### **FISIOPATOLOGIA:**

As principais funções do cólon são absorver água e eletrólitos, conduzir as fezes a partir do intestino delgado e armazenar as fezes, especialmente no sigmóide, antes das evacuações. Após as refeições podem ocorrer contrações colônicas de grande amplitude, denominadas reflexo gastro-cólico, que se propagam a partir do sigmóide proximal em direção a sua porção terminal, empurrando a massa fecal para o interior do reto. O reflexo evacuatório inicia -se com a chegada do bolo fecal na ampola retal. Com a dilatação retal, os receptores sensíveis ao estiramento determinam o relaxamento do esfíncter interno do ânus (reflexo reto anal), permitindo que o conteúdo retal seja percebido de modo discriminado para gases, líquidos ou fezes pastosas. Neste momento, o indivíduo pode decidir pela eliminação de flatos ou pela contração voluntária do esfíncter externo até chegar ao local apropriados para defecar. Nas crianças que ainda não adquiriram o treinamento esfínteriano, a evacuação ocorrerá logo após a chegada do bolo fecal no reto e dilatação do esfíncter anal interno.

A continência fecal depende do perfeito funcionamento do esfíncter anal externo, do músculo puborretal, do esfíncter anal interno e do reto. Para a defecação, a posição ideal é equivalente ao agachado, com contração da musculatura abdominal durante inspiração, relaxamento do esfíncter externo do ânus e contração do músculo elevador do ânus.

A retenção fecal ocorre quando as fezes não são eliminadas. Quando essa retenção persiste por tempo prolongado, o reto passa a conter fezes, progressivamente mais ressecadas e em maior volume. A parede retal fica cronicamente dilatada e a sensibilidade retal diminui. A criança retém massa fecal, que geralmente acarreta em dilatação do cólon (megacólon funcional). Um círculo vicioso se instala quando a criança apresenta eliminação dolorosa de fezes endurecidas e calibrosas, fazendo com que continue a inibir a defecação, através de contração anormal do esfíncter anal externo e, também freqüentemente, por contração paradoxal do assoalho pélvico (anismos). Estas fezes retidas são difíceis de serem eliminadas e podem deixar o esfíncter anal interno cronicamente distendido, assim a criança torna incapaz de perceber o escape fecal. De fato, na manometria anorretal, essas crianças podem apresentar o reflexo retoanal apenas após a insuflação do balão retal com volumes maiores que o necessário, em relação a crianças que não apresentam megarreto.

Considerava-se no passado que o comportamento retentivo fosse distúrbio emocional ou psicológico, porém observou-se que intercorrências tais como: nascimento de irmão mais novo, nova residência, problemas familiares, entre outros, geralmente são apenas fatores contribuintes.

Na presença de escape fecal os problemas emocionais são conseqüência e tendem a desaparecer com o tratamento.

Outro fator contribuinte para a constipação é a dieta pobre em fibras alimentares. As fibras podem ser solúveis ou insolúveis, sendo que as insolúveis têm menor capacidade de incorporação de água que as fibras solúveis e são difíceis de serem degradadas pelas bactérias sendo por isso eliminadas praticamente intactas. Atuam nas porções distais por serem pouco digeridas no cólon, mantendo o volume líquido até a evacuação.

Existem estudos demonstrando a relação entre ingestão de leite de vaca e constipação intestinal.

O ânus ectópico anteriorizado (AEA) tem sido reconhecido como causa de constipação intestinal na infância. Os artigos que citam o AEA como causa de CI são na grande maioria de cirurgias pediátricas, alguns utilizam o IAG como uma forma de identificar o ânus anteriorizado. Deve ser determinado com o paciente em posição genupeitoral. Mede-se com fita adesiva da fúrcula vaginal posterior ou da base de implantação da bolsa escrotal até o centro do ânus, e do primeiro local citado até local de palpação do cóccix. Divide-se o primeiro resultado pelo segundo. No nosso serviço determinamos como limite inferior para o IAG no sexo feminino 0,33 na faixa etária de

lactente, 0,36 no pré-escolar e 0,31 nos escolares e na mesma seqüência de faixa etária no masculino 0,44, 0,48 e 0,45 (MELO et al., 1996).

### CLASSIFICAÇÃO:

A constipação intestinal pode ser aguda ou crônica.

A constipação intestinal aguda ocorre, geralmente, durante ou após mudanças do hábito alimentar, pelo uso de drogas, redução da atividade física, pela presença de um estado mórbido, ou até mesmo durante uma viagem, com mudança do ambiente de costume. Após a correção dos fatores desencadeantes a constipação se resolve espontaneamente.

A constipação intestinal crônica era classificada em funcional simples (CICFS) e funcional idiopática (CICFI) e também em orgânica (PENNA & TORRES, 1991).

Em 1999 surgiram critérios para classificação de doenças funcionais - Roma II - na parte que se refere às desordens da defecação são detalhados 4 itens: (a) disquezia do lactente: lactente menor que 6 meses com choro prévio à defecação; (b) Constipação funcional: fezes endurecidas na maioria das evacuações ou freqüência menor que 2 vezes por semana, na ausência de doenças orgânicas; (c) Retenção fecal funcional: lactente de 1 a 16 anos de idade com eliminação de fezes calibrosas, menos que 2 vezes por semana, com postura retentiva, podendo ocorrer escape fecal; (d) Sem retenção fecal: idade superior à 4 anos, evacuação em local e horário inapropriado (encoprese).

As doenças orgânicas (que podem ser intestinal ou extra-intestinal) mais freqüentes são: Doença de Hirschsprung, malformação anorretal (estenose anal ou retal), Doença de Chagas, Pseudo obstrução intestinal, tumores, hipotireoidismo, hipocalcemia, hipercalcemia, espinha bífida, trauma, mielomeningocele, paralisia cerebral, doença celíaca, fibrose cística, etc. É importante relatar, que a maioria dos casos de CI crônica são devido a alterações funcionais. Algumas drogas freqüentemente causam constipação, como fenitoína, imipramina, fenotiazinas, preparações contendo ferro, xaropes contendo codeína, vincristina, etc.

Quadro 1- diagnóstico diferencial entre constipação intestinal crônica funcional idiopática (CICFI) e Doença de Hirschsprung.

	<b>CICFI</b>	<b>Hirschsprung</b>
Início dos sintomas	Comum após desmame	Ao nascimento
Distúrbios emocionais	Sim	Sim/não
Escape fecal	Sim	Raro
Calibre das fezes	Muito calibrosas	Finas ou em fita
Enterocolite	Não	Comum
Dor abdominal	Comum	Comum
Estado nutricional	Preservado	Alterado
Distensão abdominal	Comum	Muito comum
Massa abdominal palpável	Comum	Comum
Fezes no reto	Muito comum	Raro
Reflexo reto anal (manometria)	Presente	Ausente
Enema opaco	Megacolon funcional	Megacolon com zona de transição
Biópsia retal	Normal	Segmento agangliônico

### EXAMES COMPLEMENTARES:

A propedêutica e o tratamento da constipação intestinal vão depender do quadro clínico e do diagnóstico etiológico. Na anamnese é importante abordar o início, a dieta, a presença de outros sintomas e sinais, outras doenças orgânicas associadas e o uso de medicamentos. Ao exame físico é importante verificar a presença de distensão abdominal e de massas fecais, fazer a inspeção da região perineal (verificar a presença de fissuras, estenose anal, etc), o toque retal e as medidas para o cálculo do índice anogenital.

A manometria anorretal deve ser realizada em casos graves de constipação intestinal, ou quando a

doença persiste mesmo após adesão do tratamento, ou quando existe algum dado da anamnese ou do exame físico que faça pensar em megacólon agangliônico. Ao exame, podemos observar nas crianças com constipação intestinal funcional, uma diminuição da sensibilidade da mucosa anal à distensão e diminuição da contratilidade retal.

O enema baritado pela técnica de Neuhauser, é indicado para confirmar a suspeita clínica ou manométrica da doença de Hirschsprung; a presença de zona de transição reforça a suspeita clínica de megacólon agangliônico, mas sua ausência não exclui o diagnóstico - nestes casos é necessária a realização da biópsia retal do segmento suspeito.

Alguns sinais são sugestivos de causa orgânica: déficit de crescimento, distensão abdominal importante, flacidez das nádegas, estenose anal, reto vazio ao toque retal, alterações neurológicas e motoras. Nestes casos é recomendável realizar os seguintes exames, de acordo com a clínica: dosagem de tiroxina (T4), TSH, anticorpos antiendométrio e antigliandina das classes IgG e IgA, sorologia para doença de Chagas, manometria anorretal, enema opaco e biópsia retal.

O tempo que resíduos alimentares levam para progredir através do trato digestivo já foi medido através de diversas técnicas. O método que vem sendo mais utilizado é o que usa marcadores radiopacos. Este método permite identificar grupos de pacientes constipados caracterizados por diferentes padrões de tempo de trânsito. De maneira geral, os padrões identificados são agrupados em quatro grupos: tempo de trânsito colônico total e segmentar normal, tempo de trânsito colônico prolongado no colo direito, independente do trânsito nos outros segmentos, tempo de trânsito prolongado no colo esquerdo e normal no colo direito, independente do tempo de trânsito no retossigmóide e tempo de trânsito prolongado no retossigmóide isoladamente. Em estudo realizado no grupo de constipação da Gastroped, os padrões mais encontrados foram tempo de trânsito colônico total e segmentar normal, em 39,1% dos pacientes e lentificação distal do tempo de trânsito, compreendendo os pacientes com prolongamento do trânsito colo esquerdo e retossigmóide, associados ou isoladamente, em 52,2% dos pacientes. Através de uma análise multivariada, identificamos três características clínicas que a partir da presença ou ausência delas nos permitem prever se o paciente apresenta tempo de trânsito colônico total e segmentar normal ou prolongado. Estas características clínicas são sexo, presença de massa fecal ao exame físico e frequência evacuatória. Sexo demonstrou ser a característica mais importante para esta predição, o sexo feminino demonstrou forte correlação com tempo de trânsito colônico total e segmentar normal. O modelo criado permite identificar pacientes com grande probabilidade de apresentar um dos padrões de tempo de trânsito prolongado, sendo útil, assim, na indicação do exame.

## **TRATAMENTO:**

Na maioria dos casos a correção da dieta ou do fator desencadeante é suficiente.

Se existe massa fecal palpável ao exame, a lavagem intestinal está indicada (clister glicerinado a 12%) por 3-7 dias e a medicação laxativa deve ser iniciada.

O laxativo que mais usamos é o óleo mineral na dose de 3-5 ml/kg/dia e o hidróxido de magnésio na dose de 1-3 ml/kg/dia. O óleo mineral não deve ser prescrito para pacientes com quadros neurológicos, crianças menores de 1 ano, crianças com história de vômitos devido ao risco de aspiração pulmonar. Outros laxativos como a lactulose também podem ser usados com segurança, mas são mais caros.

No caso de má aceitação de suplementos de fibras à base de farelo de trigo, indicamos o uso da metilcelulose, na dose de meio a um envelope três vezes por semana. Outras formas de medicamento de fibra vegetal podem ser usados.

Laxantes contendo componentes antraquiônicos (sene, cascara ou ruibarbo) devem ser reservados para casos excepcionais e muito graves, e apenas temporariamente, pois podem causar o cólon catártico (lesão dos plexos mioentéricos, devido sua estimulação excessiva). Os estimulantes químicos são derivados do polifenol e incluem a fenoftaleína e o bisacodyl. Estes frequentemente causam cólicas abdominais e não devem ser usados, além disto a fenoftaleína tem sido associada a fotossensibilidade, dermatites e síndrome de Stevens-Johnson, não sendo mais comercializada nos Estados Unidos.

Após resposta satisfatória ao tratamento anterior, com melhora do escape fecal e diminuição da

tensão emocional, a criança deve ser encorajada a sentar-se no toalete após as refeições. Nos casos com pouca resposta ao tratamento, pode ser realizado o teste terapêutico com dieta de exclusão do leite de vaca.

Orientações gerais como sobre a cronicidade da constipação intestinal, as informações para o conforto no toalete (os pés da criança devem estar apoiados no chão ou na banquetela), maior ingestão de líquido e de fibra são essenciais. A criança deve ser encorajada também a realizar exercícios físicos e os pais orientados a evitarem posturas coercivas e punitivas. Nos casos de comprometimento psicológico acentuado é indispensável a colaboração do profissional especializado.

Em 25-50% dos pacientes constipados encontramos alterações da defecação, como contração anormal do esfíncter anal externo e/ou contração paradoxal dos músculos do assoalho pélvico. Tem-se preconizado o uso do treinamento de biofeedback, onde o paciente aprende a controlar esta musculatura.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

GUIMARÃES, E.V. *Constipação intestinal crônica funcional na criança: aspectos clínicos, ingestão de fibra alimentar e estudo do tempo de trânsito colônico*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 2000.213p. (Tese, Doutorado em Medicina, Área de concentração em Pediatria)

MELO, M.C.B. *Índice anogenital em crianças com e sem constipação intestinal*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 1999.137p.(Tese, Doutorado em Medicina. Área de Concentração em Gastroenterologia).

MORAIS, M.B., MAFFEI, H.V.L. *Constipação intestinal*. *Jornal de Pediatria*, v.76, supl.2, p.147-156, 2000.

PENNA, F.J., TORRES, M.R.F. Constipação intestinal. In: PENNA, F.J.; WEHBA, J., FAGUNDES NETO, U. *Gastroenterologia Pediátrica*, Rio de Janeiro; Médsi, 2 ed., p.341-8, 1991.

WHITEHEAD, W.E., WALD, A., DIAMANT, N.E., ENCK, P., PEMBERTON, J.H., RAO, S.S.C. *Functional disorders of the anus and rectum*. *Guts*. V.45, supl. II. p.1155-1159, 1999.

**Faculdade de Medicina | Educação Médica**