Constipação intestinal funcional: como diferenciar e manejar?

Resumo:

A Constipação Intestinal Funcional ou Constipação Intestinal Crônica (CIC) é uma desordem do trato gastrointestinal (TGI) baixo que pode estar associada a sintomas como evacuação infrequente e incompleta, afetando entre 15-20% dos adultos e contando com um grupo de sintomas que vão além do número de evacuações por semana. Suas causas são divididas em primária e secundária. A investigação diagnóstica inicia com uma anamnese direcionada ao hábito alimentar e intestinal, uso de medicamentos e sintomas de trânsito lento ou obstrução de saída. O manejo clínico deve ser iniciado antes mesmo da utilização da propedêutica armada, que tem maior utilidade quando se pensa em intervenções terapêuticas dirigidas, como a fisioterapia ou mesmo a cirurgia. Neste capítulo abordaremos a CIC desde sua etiologia até o manejo apropriado. Se quiser conferir nossa **live** discutindo esse assunto **clique aqui**.

Introdução

A Constipação Intestinal Crônica (CIC) é uma desordem do trato gastrointestinal (TGI) baixo do eixo intestino-cérebro e pode estar associada a sintomas como evacuação infrequente e incompleta, na ausência de anormalidades estruturais.

A CIC é um problema de alta prevalência, afetando entre 15-20% dos adultos, dentre os quais 33% possuem idade maior que 60 anos, com predominância no sexo feminino.

A definição de CIC envolve não apenas a redução do número de evacuações por semana, mas um conjunto de sintomas como esforço evacuatório, sensação de evacuação incompleta, incapacidade de evacuar, uso de manobras digitais para eliminar as fezes, fezes endurecidas ou "*bloating*" e distensão abdominal.

Etiologia

Causas de CIC podem ser dívidas nas seguintes categorias:

Primária ou Idiopática:

Pacientes com esta condição geralmente não possuem uma causa identificada na história e no exame físico. Geralmente diagnosticada após exclusão de causas orgânicas, podendo ser classificadas da seguinte forma:

- **Tempo de Trânsito Normal: a**pesar do trânsito do bolo fecal pelo cólon ser normal, pacientes apresentam dificuldades de evacuar. Corresponde a cerca de 60-65% dos casos.
- **Disfunção do Assoalho Pélvico/ Obstrução de Saída (ODS):** ocorre por prejuízo na musculatura do assoalho pélvico e pacientes frequentemente relatam sensação de evacuação incompleta, esforço evacuatório prolongado ou excessivo, uso de manobras/pressão perineal durante evacuação. Ocorre em aproximadamente 20-25% dos portadores de CIC.
- **Tempo de Trânsito Lento / Inércia Cólica (IC):** caracterizado por movimentos intestinais infrequentes, pouca urgência fecal ou esforço evacuatório. Corresponde a cerca de 5% dos casos
- **Mistas:** IC associada a ODS, sendo observada em 2-3% dos pacientes portadores de CIC

Causas Secundárias:

A avaliação clínica deve buscar investigar causas intestinais e extraintestinais, anormalidades metabólicas/hormonais e uso de medicamentos (quadro 1).

Intestinais Tumores obstrutivos, estenose anal, atrasia anal, fissura anal, ânus imperfurado, estenoses inflamatórias ou pós-operatórias, volvo, endometriose
Causas Neurológicas Doença de Hirchsprung, pseudo-obstrução intestinal, displasia neuronal, lesões medulares, espinha bífida, acidente vascular encefálico, doença de Parkinson, Esclerose Multipla, doença de Chagas, disautonomia familiar
Medicamentos Anticolinérgicos, narcóticos, antidepressivos, sulfato ferroso, bloqueadores dos canais de cálcio, anti-inflamatórios não esteroides (AINES), drogas psicotrópicas, intoxicação por vitamina D
Causas Metabólicas e Endócrinas Hipocalemia, hipercalcemia, hipotiroidismo, diabetes mellitus (DM) e diabetes insipidus
Miscelânea Doença celíaca, alergia à proteína do leite, Fibrose Cística, Doença inflamatória intestinal (DII) e esclerodermia, Síndrome de Down, Gastrosquise, síndrome de Prune Belly.

Quadro 1- Causas secundárias de constipação

Avaliação Clínica

A investigação da Constipação Intestinal Crônica inicia-se com uma avaliação detalhada do hábito intestinal, incluindo ingestão de fibras e líquidos, história familiar de doenças gastrointestinais, neurológicas e sistêmicas e exame físico completo, não devendo ser menosprezado o exame proctológico,

particularmente a força de propulsão retal e o relaxamento ou não do músculo puborretal (Figura 1).

Figura 1: Ação do músculo puborretal na contração paradoxal à esquerda, dificultando a evacuação e relaxando normalmente à direita.

Também é importante na anamnese interrogar possíveis causas secundárias de constipação (vide quadro 1) e descartar sinais de alarme para câncer colorretal, como perda de peso não intencional, sangramento via retal, história familiar de câncer ou doença inflamatória intestinal, pois se presentes, uma colonoscopia deve ser indicada.

A utilização de **critérios objetivos** para o diagnóstico de CIC é fundamental não só com esse objetivo, mas também para o seguimento e reavaliação do tratamento efetuado.

Dentre eles citam-se:

– Critérios de Roma IV: sintomas presentes nos últimos três meses (não necessariamente consecutivos) e por um mínimo de seis meses (quadro 2).

– Escala da consistência das fezes de Bristol (Figura 2)

Figura 2: escala de consistência das fezes

– Critérios de gravidade da CIC: *Constipation Score System Cleveland Clinic Florida*– critérios de Agachan, que conta com 8 questões referentes à hábito intestinal e dificuldade evacuatória e a frequência de ocorrência, variando de 0 a 30 pontos.

– Avaliação da **qualidade de vida** a partir de **questionários** específicos.

Constipação Funcional
1. Deve incluir 2 ou mais dos seguintes sintomas, presentes em >25% das defecações: **a.** Esforço **b.** Fezes endurecidas ou grumosas (Bristol 1-2) **c.** Sensação de evacuação incompleta **d.** Sensação de bloqueio retal/obstrução **e.** Manobras manuais para facilitar (manobras digitais, suporte para o assoalho pélvico) **f.** <3 movimentos intestinais espontâneos por semana **2**. Fezes macias raramente presentes sem o uso de laxativos **3**. Critérios insuficientes para SII-c

Quadro 2 – Critérios de Roma IV para diagnóstico de CIC

Exames Complementares

A investigação armada deve ser realizada em casos de CIC refratários ao tratamento medicamentoso, de acordo com o fluxograma sugerido na Figura 3.

1. Manometria Anorretal

Fornece informações importantes como presença do reflexo inibitório retoanal (RIRA), tônus dos esfíncteres interno e externo do ânus, sinais sugestivos de contração paradoxal ou não relaxamento adequado do músculo puborretal, além da sensibilidade, capacidade e complacência retais.

Ao final do exame, preconiza-se a realização do teste de expulsão do balão retal, em que solicita-se ao paciente a eliminação do mesmo, preferencialmente na posição sentada no vaso sanitário, em uma de três tentativas com duração de 60 segundos cada. Saiba mais sobre manometria anorretal **neste artigo**.

2. Exame dinâmico da evacuação: Videodefecografia, Ressonância Magnética dinâmica do assoalho pélvico ou Ecodefecografia

Fornecem informações úteis sobre alterações anatômicas, como retocele, prolapso retal, enterocele, sigmoidocele, intussuscepção intrarretal, descenso perineal e dissinergia pélvica (contração paradoxal do músculo puborretal e anismos).

3. Tempo de Trânsito Cólico (TTC)

O TTC é realizado com a ingestão de uma cápsula contendo 24 marcadores radiopacos, com realização de Raios X de abdome e pelve no primeiro, terceiro e quinto dia após a ingestão. Considera-se normal a retenção de menos de 5 marcadores (20% do ingerido) ao final do 5º dia. Caso haja retenção de mais marcadores pode-se encontrar 2 padrões distintos de alteração: inércia cólica onde os marcadores ficam distribuídos aleatoriamente pelo cólon e reto; e obstrução de saída onde os marcadores concentram-se no retossigmóide.

Figura 3: Fluxograma de investigação da constipação intestinal crônica

Manejo da Constipação Intestinal Crônica

Tratamento Não-Farmacológico

Mudanças no estilo de vida auxiliam no controle intestinal, com aumento da atividade física, ingestão de líquidos e carboidratos complexos ricos em fibras. Alteração na dieta costuma ser o manejo de primeira linha eficaz, sendo

recomendado o aumento do consumo de fibras em aproximadamente 25-30g por dia.

Tratamento Farmacológico

Pacientes que não obtiveram resposta com mudanças no estilo de vida devem seguir o tratamento com formadores de bolo fecal e, a seguir tem-se uma gama de laxantes, como os osmóticos – polietilenoglicol (PEG) e lactulose, estimulantes – bisacodil, sena e picossulfato de sódio, agentes pró-cinéticos como a prucaloprida, lubiprostona e linaclotida. Enemas ou supositórios devem ser utilizados em casos selecionados e por períodos curtos, assim como os medicamentos laxativos, principalmente os estimulantes.

Tratamento da disfunção do assoalho pélvico (Biofeedback)

Pacientes com obstrução de saída (anismus, contração paradoxal do músculo puborretal ou síndrome da espasticidade do assoalho pélvico) devem ser encaminhados a fisioterapia pélvica e biofeedback para reeducação do relaxamento da musculatura pélvica durante o ato evacuatório.

Tratamento Cirúrgico

Constipação por inércia cólica

Pacientes refratários ao tratamento conservador, após exclusão de obstrução de saída, podem se beneficiar de uma colectomia total com anastomose ileorretal minimamente invasiva□□□. Antes de indicar o tratamento cirúrgico, é importante na investigação descartar dismotilidade do TGI superior (gastroparesia e pseudo-obstrução intestinal), doenças psiquiátricas graves e doenças neurológicas sistêmicas como diabetes mellitus e esclerose sistêmica□□□.

Obstrução de Saída

As principais indicações de cirurgia no tratamento da

constipação por obstrução de saída são retoceles, enteroceles, sigmoidoceles e prolapsos, e a técnica cirúrgica utilizada deve ser individualizada, dentre as correções transanal, transvaginal, transperineal ou abdominal minimamente invasiva□□□.

Conheça nosso curso **Gastroenterologia do Consultório** e saiba como lidar com as queixas mais comuns que encontramos no dia a dia

Referências

1. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. Dis Colon Rectum. 1996; 39:681-5.
2. Chang L, Chey WD, Imdad A, Almario CV, Bharucha AE, Diem S, et al. American Gastroenterological Association – American College of Gastroenterology clinical practice guideline: pharmacological management of chronic idiopathic constipation. The American Journal of Gastroenterology. 2023;118(6):936-54.
3. Sobrado CW, Corrêa Neto IJF, Pinto RA, Sobrado LF, Nahas SC, Cecconello I. Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria. Journal of Coloproctology. 2018; 38:137-44.
4. Costilla VC, Foxx-Orenstein AE. Constipation in adults: diagnosis and management. Current Treatment Options in Gastroenterology. 2014;12(3):310-21.
5. Pannemans J, Masuy I, Tack J. Functional constipation: individualising assessment and treatment. Drugs. 2020;80(10):947-63.
6. Soh JS, Lee HJ, Jung KW, Yoon IJ, Koo HS, Seo SY, et al. The diagnostic value of a digital rectal examination compared with high-resolution anorectal manometry in patients with chronic constipation and fecal

incontinence. The American Journal of Gastroenterology. 2015;110(8):1197-204.
7. Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. Clinical Gastroenterology and Hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association. 2010;8(11):955-60

Como citar este artigo

Pinto RA, Correa Neto IJ, Lima AP, Marques CFS. Constipação intestinal funcional: como diferenciar e manejar? Gastropedia 2023, vol 2. Disponível em: https://gastropedia.com.br/cirurgia/colorretal/constipacao-intestinal-funcional-como-diferenciar-e-manejar/