

World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines

Constipação: uma perspectiva mundial

Novembro de 2010



Equipe de revisão

Greger Lindberg (Presidente)

Saeed Hamid (Paquistão)

Peter Malfertheiner (Alemanha)

Ole Thomsen (Dinamarca)

Luis Bustos Fernandez (Argentina)

James Garisch (África do Sul)

Alan Thomson (Canadá)

Khean-Lee Goh (Malásia)

Rakesh Tandon (Índia)

Suliman Fedail (Sudão)

Benjamin Wong (China)

Aamir Khan (Paquistão)

Justus Krabshuis (França)

Anton Le Mair (Países Baixos)

Conteúdo

Conteúdo	2
Lista de tabelas	2
Figura	3
1 Introdução	4
1.1 Cascatas—uma abordagem sensível aos recursos	4
<p>Nas regiões e países que dispõem de todo o leque de testes diagnósticos e opções de tratamento médico para o manejo de todos os tipos e subtipos de constipação, é fatível utilizar um enfoque de padrão ouro. Error! Bookmark not defined.</p>	
2 Definição e patogênese	4
2.1 Patogênese e fatores de risco	5
2.2 Condições e medicamentos associados	6
3 Diagnóstico	7
3.1 Critérios diagnósticos para a constipação funcional	7
3.2 Avaliação dos pacientes	8
3.3 Sintomas de alarme	9
3.4 Indicações para os testes de triagem	9
3.5 Medida do tempo de trânsito	10
3.6 Avaliação clínica	10
3.7 Opções em cascata para investigar a constipação severa e refratária ao tratamento	11
4 Tratamento	11
4.1 Esquema para o manejo geral da constipação	11
4.2 Abordagem sintomática	12
4.3 Dieta e suplementos	12
4.4 Medicação	13
4.5 Cirurgia	13
4.6 Resumo baseado em evidências	13
4.7 Opções em cascata para o tratamento da constipação crônica	14
4.8 Opções em cascata para o tratamento dos transtornos da evacuação	15

Lista de tabelas

Tabela 1	Fisiopatologia da constipação funcional	5
Tabela 2	Possíveis causas e condições associadas à constipação	6
Tabela 3	Medicamentos associados à constipação	7
Tabela 4	Critérios de Roma III para constipação funcional	7
Tabela 5	Sintomas de alarme na constipação	9
Tabela 6	Testes fisiológicos para a constipação crônica	9
Tabela 7	Categorias de constipação com base na avaliação clínica	10

Tabela 8 Manejo geral da constipação 11

Tabela 9 Resumo: Base de evidências para o tratamento da constipação 13

Figura

Fig. 1 A Escala Bristol da Forma das Fezes: uma classificação visual que ajuda os pacientes a relatar a consistência das fezes

1 Introdução

A constipação é um problema crônico que acomete muitos pacientes no mundo. Em alguns grupos de pacientes, como os idosos, a constipação constitui um problema sanitário importante; no entanto, na maioria dos casos a constipação crônica é um motivo para consulta que provoca moléstia mas não ameaça a vida nem debilita o indivíduo. Habitualmente, pode ser manejada em nível de atenção primária com controle custo-efetivo dos sintomas.

A terminologia relacionada à constipação é problemática. Existem duas fisiopatologias que, em princípio, diferem mas que se superpõem: os transtornos do trânsito e os transtornos da evacuação. Os primeiros podem surgir secundariamente aos segundos, e os segundos em ocasiões podem apresentar-se após os primeiros.

Este guia refere-se aos pacientes adultos e não analisa especificamente nem crianças nem grupos especiais de pacientes (por exemplo, aqueles apresentando lesão raquidiana).

1.1 Cascatas—uma abordagem sensível aos recursos

Nas regiões e países que dispõem de todo o leque de testes diagnósticos e opções de tratamento médico para o manejo de todos os tipos e subtipos de constipação, é factível utilizar um enfoque de padrão ouro.

Cascata: conjunto hierárquico de opções diagnósticas, terapêuticas e de tratamento para manejar o risco e a doença, catalogados segundo os recursos disponíveis.

2 Definição e patogênese

A palavra “constipação” tem vários significados e a maneira como é utilizada pode diferir não só entre os pacientes mas também entre as diferentes culturas e religiões. Em estudo populacional sueco, encontrou-se que o conceito mais comum de constipação era a necessidade de ingerir laxantes (para 57% dos que responderam). No mesmo estudo, as mulheres (41%) tiveram duas vezes de probabilidades que os homens (21%) de considerar os movimentos intestinais infreqüentes como representativos de constipação, enquanto igual proporção de homens e mulheres entendiam por constipação às fezes endurecidas (43%), o esforço ao evacuar (24%), e a dor ao evacuar (23%). Dependendo de diversos fatores -a definição diagnóstica, fatores demográficos, e a amostragem dos grupos- as pesquisas sobre constipação mostram uma prevalência que vai de 1% até mais de 20% nas populações ocidentais. Em estudos de populações idosas, até 20% dos indivíduos que habitam uma comunidade e 50% das pessoas idosas institucionalizadas relataram sintomas.

Habitualmente, define-se a constipação funcional como um transtorno caracterizado por uma dificuldade persistente para evacuar ou uma sensação de evacuação incompleta e/ou movimentos intestinais infreqüentes (a cada 3–4 dias ou com menor freqüência), em ausência de sintomas de alarme ou causas secundárias. As diferenças

na definição médica e as variações entre os sintomas relatados dificultam a obtenção de dados epidemiológicos confiáveis.

2.1 Patogênese e fatores de risco

A constipação funcional pode ter diferentes causas, que vão desde mudanças na dieta, atividade física ou estilo de vida, até disfunções motoras primárias produzidas por miopatia ou neuropatia colônica. A constipação também pode ser secundária a um transtorno de evacuação. O transtorno de evacuação pode estar associado a uma contração paradoxal ou espasmo involuntário do esfíncter anal, que pode resultar de um transtorno adquirido do comportamento defecatório que ocorre em dois terços dos pacientes.

Tabela 1 Fisiopatologia da constipação funcional

Subtipo fisiopatológico	Característica principal, na ausência de sintomas de alarme ou causas secundárias
1 Constipação por trânsito lento (CTL) <ul style="list-style-type: none"> • Inércia colônica • Hiper-reatividade colônica 	Trânsito lento das fezes pelo cólon por: <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da atividade colônica • Aumento, ou descoordenação da atividade colônica
2 Transtorno da evacuação	O trânsito colônico pode ser normal ou prolongado mas há uma evacuação inadequada ou difícil das fezes
3 Síndrome do intestino irritável (SII) com predomínio da constipação	<ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal, distensão abdominal, hábito intestinal alterado • Pode aparecer em combinação com 1 ou 2

Embora o exercício físico e a dieta rica em fibras tenham um efeito protetor, os seguintes fatores aumentam o risco de constipação (a associação pode não ser causal):

- Envelhecimento (mas a constipação não é consequência fisiológica do envelhecimento normal)
- Depressão
- Inatividade
- Baixa ingestão calórica
- Baixa renda e baixo nível educativo
- Quantidade de medicação recebida (independentemente dos perfis de efeitos colaterais)
- Abuso físico e sexual
- Sexo feminino— as mulheres relatam uma maior incidência de constipação do que os homens

2.2 Condições e medicamentos associados

Tabela 2 Possíveis causas e condições associadas à constipação

<p>Obstrução mecânica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumor colo-retal • Diverticulose • Estenose • Compressão externa por tumor/outra causa • Grande retocele • Megacólon • Anomalias pós-cirúrgicas • Fissura anal
<p>Transtornos neurológicos/neuropatia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatia autonômica • Doença cerebrovascular • Deterioração cognitiva/demência • Depressão • Esclerose múltipla • Doença de Parkinson • Patologia raquidiana
<p>Condições endócrinas/metabólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência renal crônica • Desidratação • Diabetes mellitus • Intoxicação por metais pesados • Hipercalcemia • Hiper magnesemia • Hiperparatireoidismo • Hipopotassemia • Hipomagnesemia • Hipotireoidismo • Neoplasia endócrina múltipla tipo 2 • Porfiria • Uremia
<p>Transtornos gastrointestinais e afecções locais dolorosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome do intestino irritável • Abscessos • Fissura anal • Fístula • Hemorróidas • Síndrome do elevador do ânus • Megacólon • Proctalgia fugaz • Prolapso retal • Retocele • Vólvulo
<p>Miopatia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amiloidose • Dermatomiosite • Esclerodermia • Esclerose sistêmica
<p>Dietéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dietas • Depleção de líquidos • Pouca fibra • Anorexia, demência, depressão

Miscelâneas

- Doença cardíaca
- Doença articular degenerativa
- Imobilidade

Tabela 3 Medicamentos associados à constipação**Medicamentos de receita**

- Antidepressivos
- Antiepilépticos
- Anti-histamínicos
- Medicamentos antiparkinsonianos
- Antipsicóticos
- Antiespasmódicos
- Bloqueadores dos canais de cálcio
- Diuréticos
- Inibidores da monoamino-oxidase
- Opiáceos
- Simpatomiméticos
- Antidepressivos tricíclicos

Automedicação, medicamentos de venda livre

- Antiácidos (contendo alumínio, cálcio)
- Agentes antidiarréicos
- Suplementos de cálcio e de ferro
- Agentes anti-inflamatórios não-esteróides

3 Diagnóstico

A constipação é uma afecção comum e, apesar dos indivíduos que consultam constituírem uma minoria, nos Estados Unidos esta afecção é responsável por vários milhões de consultas médicas por ano. No Reino Unido, em 2006, os médicos gerais emitiram mais de 13 milhões de receitas para laxantes. A ajuda de um especialista gastroenterologista deveria concentrar-se em aplicar os recursos sanitários de maneira eficiente, identificando aqueles pacientes que têm probabilidades de se beneficiar de avaliações diagnósticas e tratamentos especializados.

3.1 Critérios diagnósticos para a constipação funcional

Um painel de especialistas internacionais elaborou critérios uniformes no diagnóstico de constipação—os critérios de Roma III.

Tabela 4 Critérios de Roma III para constipação funcional**Critérios gerais**

- Presença durante pelo menos 3 meses durante um período de 6 meses
- Pelo menos uma de cada quatro evacuações cumpre com critérios específicos
- Critérios para síndrome do intestino irritável (SII) são insuficientes
- Ausência de fezes, ou, rara vez, fezes de consistência diminuída

Critérios específicos: presença de dois ou mais

- Esforço para evacuar








- Fezes fragmentadas ou endurecidas
- Sensação de evacuação incompleta
- Sensação de obstrução anorretal ou bloqueio
- Necessidade de manobra manual ou digital para facilitar a evacuação
- Menos de três movimentos intestinais por semana

3.2 Avaliação dos pacientes

O histórico médico e o exame físico nos pacientes com constipação devem focar-se na identificação das possíveis condições causais e sintomas de alarme.

- Consistência das fezes. Considerado melhor indicador do tempo de trânsito colônico que a frequência das fezes (Figura. 1).

Figura. 1 A Escala Bristol da Forma das Fezes é uma medida desenhada para ajudar os pacientes a descrever a consistência do bolo fecal (reproduzido com licença de Lewis SJ e Heaton KW, et al, Scandinavian Journal of Gastroenterology 1997;32:920–4). ©1997 Informa Healthcare

Tipo 1		Bolinhas separadas e duras, como amendoim (difíceis de passar)
Tipo 2		Forma de salsicha, mas segmentada
Tipo 3		Forma de salsicha, mas com fendas na superfície
Tipo 4		Forma de salsicha ou cobra, lisa e macia
Tipo 5		Pedacos moles, contornos nítidos e fáceis de passar
Tipo 6		Pedacos aerados, contornos esgarçados
Tipo 7		Aquosa, sem peças sólidas

- Descrição dos sintomas de constipação do paciente; diário de sintomas:
 - Distensão abdominal, dor, desconforto
 - Natureza das fezes
 - Movimentos intestinais
 - Esforço defecatório prolongado/excessivo
 - Defecação insatisfatória
- Uso de laxantes, passado e presente; frequência e dosagem
- Condições atuais, histórico médico, cirurgia recente, doença psiquiátrica
- Estilo de vida do paciente, fibra na dieta e ingestão de líquidos
- Uso de supositórios ou enemas, outras medicações (de receita o de venda livre)
- Exame físico:
 - Tumoração gastrointestinal
 - Inspeção anorretal:
 - Impactação fecal
 - Estenose, prolapso retal, retocele

Atividade paradoxal ou não relaxante do músculo puborretal

Tumoração retal

- Se estiver indicado: exames de sangue—perfil bioquímico, hemograma completo, cálcio, glicose, e função tireóidea

3.3 Sintomas de alarme

Tabela 5 Sintomas de alarme na constipação

Sintomas ou situações de alarme

- Alteração no calibre das fezes
- Fezes heme-positivas
- Anemia ferropênica
- Sintomas obstrutivos
- Pacientes maiores de 50 anos não submetidos a triagem prévia para câncer de cólon
- Constipação de recente instalação
- Sangramento retal
- Prolapso retal
- Emagrecimento

Exame recomendado: colonoscopia

3.4 Indicações para os testes de triagem

Está indicado realizar estudos de laboratório, imagenologia ou endoscopia e testes funcionais somente nos pacientes apresentando constipação crônica severa ou sintomas de alarme.

Tabela 6 Testes fisiológicos para constipação crônica (reproduzido com licença de Rao SS, Gastrointest Endosc Clin N Am 2009; 19:117–39)

Teste	Fortaleza	Debilidade	Comentário
Estudo do tempo do trânsito colônico com marcadores radiopacos	Avalia a presença de trânsito colônico lento, normal, ou rápido; barato e facilmente disponível	Metodologia inconsistente; sua validade é questionada	Útil para classificar os pacientes segundo os subtipos fisiopatológicos
Manometria anorretal	Identifica transtornos da evacuação, hipossensibilidade retal, hipersensibilidade retal, alteração da complacência, doença de Hirschsprung	Falta de normalização	Útil para estabelecer diagnósticos de doença de Hirschsprung, transtornos da evacuação, e hipossensibilidade ou hipersensibilidade retal
Teste de expulsão do balão	Avaliação simples e econômica da capacidade do paciente de expulsar fezes simuladas; identifica transtornos da evacuação	Falta de normalização	O teste de expulsão com um valor normal não exclui dissinergia; deve ser interpretado junto com os resultados de outros testes anorretais

3.5 Medição do trânsito

O estudo de retenção de marcadores de 5 dias é um método simples para medir o trânsito colônico que requer a ingestão de marcadores de uma só vez. A realização de uma radiografia simples de abdômen 120 horas após, é suficiente para avaliar o tempo de trânsito colônico através da quantificação dos marcadores presentes. Se persistirem mais de 20% dos marcadores no cólon, significa que o trânsito está retardado. O acúmulo distal dos marcadores pode indicar um transtorno da evacuação e, nos casos típicos de constipação por trânsito lento, quase todos os marcadores se mantêm e se observam tanto no cólon direito como no esquerdo.

Várias companhias produzem marcadores, mas estes também podem ser obtidos a partir do corte de um tubo radiopaco, em pequenos pedaços de 2–3 mm de longitude, não apresentando riscos para o paciente. Um número adequado de marcadores (20–24) podem ser incluídos em uma cápsula de gelatina para facilitar sua ingestão.

3.6 Avaliação clínica

A classificação da constipação dos pacientes deveria ser possível com base no histórico médico e um correto exame e valoração de laboratório.

Tabela 7 Categorias de constipação com base na avaliação clínica

Tipo de constipação	Achados típicos
Constipação de trânsito normal, SII no qual predomina a constipação	<ul style="list-style-type: none"> História do paciente, nada patológico no teste ou inspeção física Dor e distensão Sensação de evacuação incompleta
Constipação por trânsito lento	<ul style="list-style-type: none"> Trânsito colônico lento Função normal do assoalho pélvico
Transtorno da evacuação	<ul style="list-style-type: none"> Esforço defecatório prolongado/excessivo Defecação difícil ainda com fezes moles O/a paciente aplica pressão perineal/vaginal para defecar Manobras manuais para ajudar à defecação Alta pressão basal do esfíncter (manometria anorretal)
Constipação idiopática/orgânica/secundária	<ul style="list-style-type: none"> Efeitos colaterais conhecidos de medicamentos Medicação que contribui Obstrução mecânica provada — transtornos metabólicos Exames de sangue anormais

3.7 Opções em cascata para investigar a constipação severa e refratária ao tratamento

Nível 1—Recursos limitados

- Anamnese e exame físico geral
- Exame anorretal. Diário com registro dos movimentos intestinais durante 1 semana
- Estudo do trânsito usando marcadores radiopacos
- Teste de expulsão do balão

Nível 2—Recursos intermédios

- Anamnese e exame físico geral
- Exame anorretal. Diário com registro dos movimentos intestinais durante 1 semana
- Estudo do trânsito usando marcadores radiopacos
- Teste de expulsão do balão ou defecografia

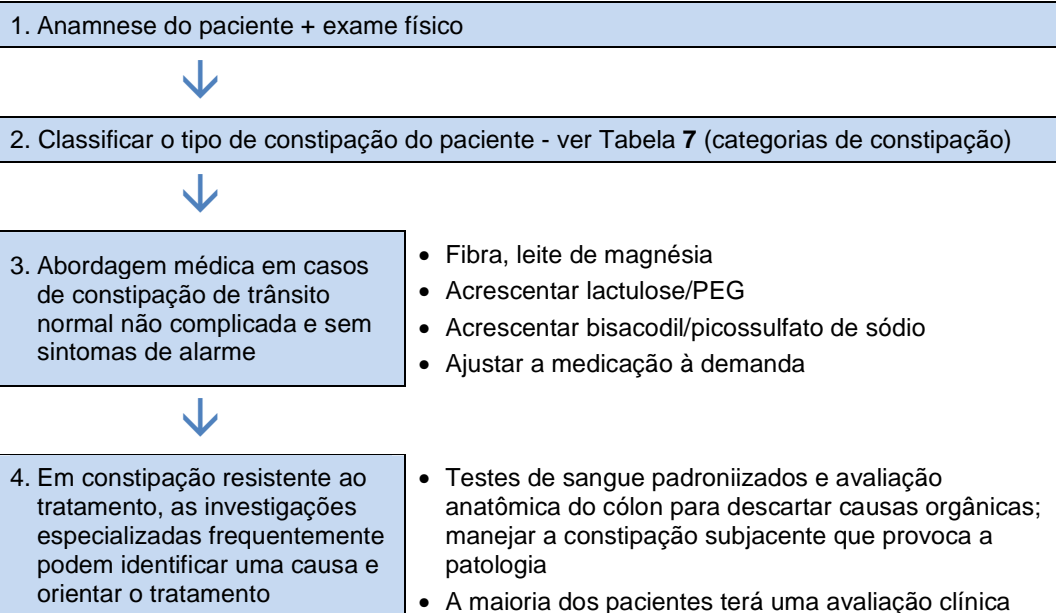
Nível 3—Recursos amplos

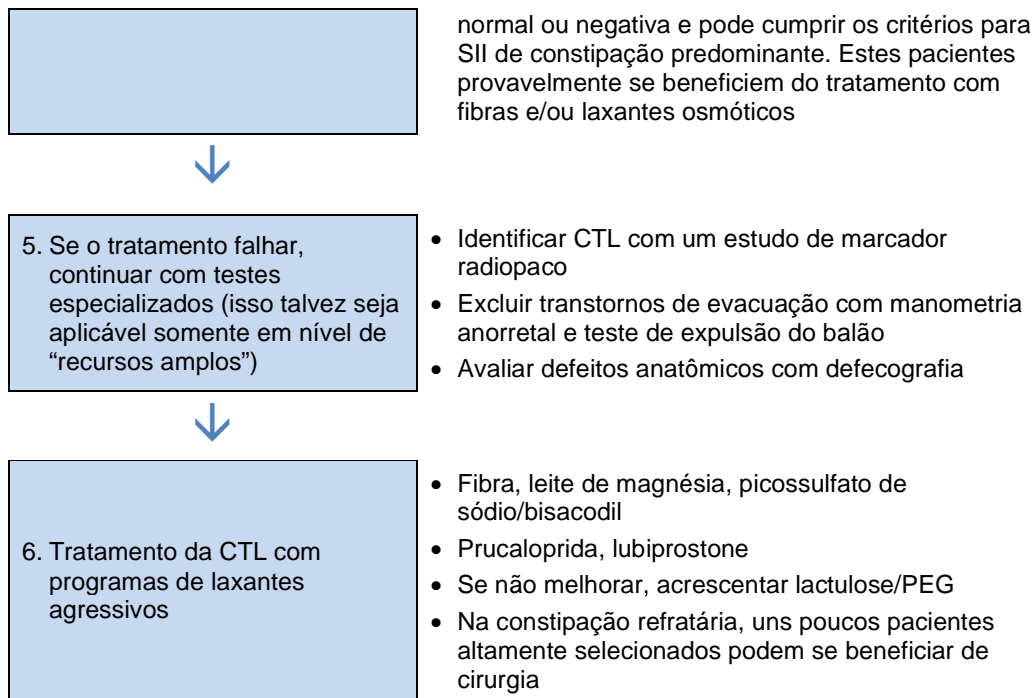
- Anamnese e exame físico geral
- Exame anorretal. Diário com registro dos movimentos intestinais durante 1 semana
- Estudo do trânsito usando marcadores radiopacos
- Defecografia ou proctografia -ressonância magnética (RMN)
- Manometria anorretal
- Eletromiografia (EMG) do esfíncter

4 Tratamento

4.1 Esquema para o manejo geral da constipação

Tabela 8 Manejo geral da constipação





SII: síndrome de intestino irritável; PEG, polietilenoglicol; CTL, constipação por trânsito lento.

4.2 Abordagem sintomática

Uma vez estudada e excluída uma constipação orgânica e secundária, a maioria dos casos podem ser manejados adequadamente com uma abordagem sintomática.

- A abordagem gradativa do tratamento é baseada na recomendação de mudar o estilo de vida e a dieta, interrompendo ou reduzindo medicações que produzem constipação e administrando suplementos com fibra ou outros agentes formadores de volume. Geralmente, é recomendado um aumento gradual da fibra (seja como suplementos padronizados ou incorporada na dieta) e um aumento da ingestão de líquidos.
- O segundo passo na abordagem gradativa é acrescentar laxantes osmóticos. A melhor evidência é utilizar polietilenoglicol, mas também existe boa evidência para a lactulose. As novas drogas lubiprostone e linaclotide atuam estimulando a secreção ileal aumentando assim a água fecal. Prucaloprida também está aprovada em muitos países e na Europa.
- O terceiro passo inclui laxantes estimulantes, enemas, e fármacos procinéticos. Laxantes estimulantes podem ser administrados por via oral ou retal para estimular a atividade motriz colorretal. Os fármacos procinéticos também procuram aumentar a atividade de propulsão do cólon, mas ao contrário dos laxantes estimulantes, que devem ser tomados ocasionalmente, estes estão desenhados para ser administrados diariamente.

4.3 Dieta e suplementos

- A modificação da dieta pode consistir em acrescentar fibras para alcançar uma dieta rica em fibras (25 g de fibras) e suplementos de líquidos (até 1.5–2.0 L/dia); pode melhorar a frequência das fezes e diminuir a necessidade de laxantes.

- Não há evidências de que as medidas vinculadas à dieta e ao estilo de vida tenham nenhum efeito sobre a constipação nos idosos, apesar dos suplementos de fibra e os laxantes osmóticos simples constituírem rotineiramente um manejo adequado para a constipação nestes pacientes.
- Nos pacientes com dilatação colônica deve-se evitar a suplementação com fibras.
- Os suplementos com psílio e lactulose podem ser úteis para o tratamento da constipação crônica.

4.4 Medicação

- Os transtornos de evacuação respondem mal aos programas de laxantes orais padrão. Se um transtorno da evacuação intervém de maneira considerável na constipação, deve-se considerar biofeedback e treinamento da musculatura pélvica. Entre os fatores críticos para o sucesso se encontram o nível de motivação do paciente, a frequência do programa de treinamento e a participação de um psicólogo condutista e um nutricionista.
- Se a abordagem da dieta falhar, pode-se utilizar polietilenoglicol (17 g de laxante PEG durante 14 dias) ou lubiprostone (24 mg duas vezes por dia) para promover a função intestinal nos pacientes com constipação crônica.
- Os agentes procinéticos (por exemplo, prucaloprida um antagonista dos receptores 5-HT₄) podem ser utilizados no SII com predominância da constipação.
- Os agentes laxantes simples, como leite de magnésia, sena, bisacodil, e os agentes que amolam as fezes são uma escolha razoável para tratar a constipação.

4.5 Cirurgia

Se o tratamento falhar uma e outra vez na constipação por trânsito lento, um grupo selecionado de pacientes bem avaliados e informados pode se beneficiar de uma colectomia total com anastomose ileorretal. A indicação excepcional de colectomia deve ser estabelecida em um centro terciário especializado e com experiência. Pode haver resultados decepcionantes, nos quais o paciente pode ficar com incontinência fecal e constipação recorrente após a cirurgia, especialmente com transtornos da evacuação.

- São muito poucos os pacientes que se beneficiam de uma colostomia (reversível) para tratar a constipação.

4.6 Resumo baseado em evidências

Tabela 9 Resumo: Base de evidência para o tratamento da constipação (adaptado de Rao SS, Gastrointest Endosc Clin N Am 2009;19:117–39)

Modalidades de tratamento usados comumente para a constipação		Nível de recomendação e grau de evidência
Agentes de volume	Psílio	Nível II, grau B
	Policarbófilo de cálcio	Nível III, grau C
	Farelo	Nível III, grau C

Modalidades de tratamento usados comumente para a constipação		Nível de recomendação e grau de evidência
Laxantes osmóticos	Metilcelulose	Nível III, grau C
	Polietilenoglicol	Nível I, grau A
	Lactulose	Nível II, grau B
Agentes umidificantes	Diocetil sulfosuccinato	Nível III, grau C
Laxantes estimulantes	Bisacodil/picossulfato de sódio	Nível II, grau B*
	Sena	Nível III, grau C
Outros	Prucaloprida	Nível I, grau A*
	Lubiprostone	Nível I, grau A*
	Terapia por biofeedback para transtornos da evacuação	Nível I, grau A
	Linaclootide	Nível II, grau B*
	Cirurgia para inércia colônica severa	Nível II, grau B

* Adaptado pela atual equipe de revisão dos guias de constipação.

4.7 Opções em cascata para o tratamento da constipação crônica

A seguinte cascata está destinada a pacientes com constipação crônica sem sintomas de alarme e com pouca ou nenhuma suspeita de um transtorno da evacuação. Os principais sintomas seriam fezes duras e/ou movimentos intestinais infrequentes.

Nível 1— Recursos limitados

- Assessoria nutricional (fibra e líquidos)
- Suplementação com fibras
- Leite de magnésia (hidróxido de magnésio em uma solução aquosa)
- Laxantes estimulantes (bisacodil melhor do que sena) de uso transitório

Nível 2— Recursos intermédios

- Assessoria nutricional (fibra e líquidos)
- Suplementação com fibras, psílio
- Leite de magnésia, lactulose, macrogol
- Laxantes estimulantes de uso transitório

Nível 3— Recursos amplos

- Assessoria nutricional (fibra e líquidos)
- Psílio ou lactulose
- Macrogol ou lubiprostone
- Procinéticos (prucaloprida)
- Laxantes estimulantes (bisacodil ou picossulfato de sódio)

4.8 Opções em cascata para o tratamento dos transtornos da evacuação

Esta cascata se aplica a pacientes com constipação crônica sem sintomas de alarme mas com suspeita de um transtorno da evacuação. Os principais sintomas seriam esforço defecatório prolongado, sensação de evacuação incompleta, fezes finas, sensação de bloqueio (estar entupido), ou falha do tratamento por constipação com fezes endurecidas.

Nível 1— *Recursos limitados*

- a) Assessoria nutricional e comportamental (fibra, líquidos, treinamento intestinal com horários)
- b) Terapia para a constipação crônica

Nível 2— *Recursos intermédios*

- a) Assessoria nutricional e comportamental (fibra, líquidos, treinamento intestinal com horários)
- b) Terapia para a constipação crônica
- c) Terapia por biofeedback

Nível 3— *Recursos amplos*

- a) Assessoria nutricional e comportamental (fibra, líquidos, treinamento intestinal com horários)
- b) Terapia para a constipação crônica
- c) Terapia por biofeedback
- d) Avaliação cirúrgica