

Constipação e Obstipação Intestinal

Marcelo Rodrigues Borba
Maria Cecília Ribeiro Teixeira Brochado

TÓPICOS IMPORTANTES

- A história clínica pode afastar outras causas de obstipação.
- Exame físico e toque retal são fundamentais na avaliação inicial dos pacientes.
- A definição de obstipação segue os critérios de Roma.
- Acomete principalmente mulheres idosas.
- O raio X simples de abdome é o principal exame diagnóstico.
- O diagnóstico diferencial é com obstrução intestinal de várias etiologias.
- Em nosso meio, o megacólon chagásico tem alta prevalência.
- O tratamento de urgência baseia-se nas lavagens intestinais.

INTRODUÇÃO E DEFINIÇÕES

A obstipação intestinal é um sintoma freqüente nos consultórios médicos, podendo ser identificada entre pacientes que procuram os serviços de emergências quando atinge grau extremo.

A constipação intestinal é definida como uma freqüência de evacuação menor que três vezes por semana, podendo ser conceituada também como a diminuição do número de evacuações e o aumento da consistência das fezes, variando nos diferentes indivíduos. Segundo estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos e no Reino Unido, esta definição é questionável, pois a freqüência e a qualidade da evacuação são subjetivas. Por exemplo, em estudos desenvolvidos por Sandler, 60% dos pacientes que relatavam ser obstipados evacuavam diariamente.

Em vista disso, foram definidos os critérios de Roma para diagnosticar a constipação intestinal, sendo necessária a presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas por 3 meses:

- Fezes endurecidas em pelo menos 25% das evacuações.
- Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das evacuações.
- Sensação de bloqueio anorretal à evacuação em pelo menos 25% das evacuações.
- Manobras manuais para facilitar a evacuação em pelo menos 25% das evacuações, como exploração digital, toque vaginal etc.

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A constipação intestinal geralmente é idiopática, porém vários fatores devem ser considerados no pronto-socorro. As causas são descritas na Tabela 62.I.

Tabela 62.I – Causas de constipação intestinal

Doença de Chagas
Neuropatia
Esclerose múltipla
Pseudo-obstrução intestinal – síndrome de Ogilvie
Neoplasia colorretal
Doença diverticular
Doença inflamatória intestinal
Bridas intestinais
Diabetes mellitus
Hipotireoidismo
Hipocalcemia
Hipercalcemia
Anorexia nervosa
Gravidez
Doenças orificiais: fissura anal, trombose hemorroidária e abscesso perianal devido a dor anal aguda
Drogas: anti-histamínicos, antiespasmódicos, antidepressivos, antiácidos com alumínio, ferro, opiáceos, anti-hipertensivos

ACHADOS CLÍNICOS

As refeições industrializadas pobres em fibras e a baixa ingestão diária de líquidos, características do homem atual, associadas a erros educacionais higiênicos, levam à inibição do reflexo evacuatório, geralmente adquirida na infância, e tornam cada vez mais freqüente a obstipação intestinal.

Quando o paciente apresenta queixa de “dificuldade para evacuar” ou “ausência de evacuação por determinado tempo”, cabe ao médico identificar a causa deste sintoma, isto é, se está frente a um caso de obstipação intestinal crônica ou a um quadro de “parada de eliminação de fezes”;

que pode ser decorrente de uma causa específica, caracterizando o abdome agudo.

Para isso, a história e o exame físico, incluindo o toque retal e o raio X simples de abdome, nas posições deitada e ortostática, são de fundamental importância para o diagnóstico diferencial inicial.

Um paciente obstipado crônico, com uma história longa de dificuldade para evacuar, presença de fezes em síbalas e flatulência, pode relatar sangramento vermelho-vivo às evacuações, com ou sem dor, que “pinga no vaso” ou “suja o papel higiênico”, decorrente da presença de doença anorretal associada (doença hemorroidária ou fissura anal), do esforço evacuatório diário ou do trauma local das fezes endurecidas. É um consumidor crônico de laxativos, com períodos de melhora e piora ao longo deste período. Não refere sangue misturado às fezes, muco ou outros produtos patológicos nas evacuações. Nega puxo, tenesmo e emagrecimento.

Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, sem qualquer alteração no restante do exame, e ao exame abdominal podemos encontrar abdome plano ou levemente distendido, com RHA presentes e normais ou levemente aumentados em frequência. A percussão pode ser timpânica, dependendo do grau de distensão, e à palpação o abdome está flácido, podendo estar doloroso no trajeto colônico ou na região do sigmóide, sem sinal de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. Ao toque retal identificamos ampola retal com fezes pétreas em síbalas, na maioria das vezes sem outras lesões, sem a presença de sangue ou muco. No raio X simples de abdome podemos observar a presença de fezes na ampola retal ou em todo o cólon, ausência de distensão de alças e alças de delgado, nível hidroaéreo, pneumoperitônio.

Os pacientes com “parada de eliminação de fezes” apresentam geralmente na história “alteração do hábito intestinal” progressiva ou aguda, associada a outros sintomas de maior gravidade, como náusea, vômito, distensão abdominal, sangue misturado às fezes, muco, puxo, tenesmo, emagrecimento, anorexia, antecedentes chagásicos, cirurgias abdominais anteriores, RXt abdominal prévio, antecedentes urológicos e ginecológicos.

No exame físico há um comprometimento do estado geral, com emagrecimento, desidratação, anemia, e às vezes até icterícia por lesão metastática hepática.

No exame físico abdominal encontramos abdome distendido, com RHA presentes e aumentados em frequência e timbre nos processos obstrutivos, ou ausentes nos casos em que há peritonite associada. Na percussão encontramos timpanismo, e na palpação o abdome é tenso, doloroso difusamente à palpação, podendo ter sinais de irritação peritoneal, com ou sem massa palpável.

O toque retal poderá apresentar: ampola retal vazia com a presença ou não de sangue e muco (nas obstruções acima do reto); presença de tumor de reto baixo; ou de grande massa fecal (fecaloma).

Uma vez caracterizado o diagnóstico de obstipação intestinal crônica, devemos analisar sua gravidade do ponto de vista da queixa do paciente e sua repercussão ao exame físico e radiológico.

EXAMES COMPLEMENTARES

O exame complementar fundamental em atendimento de urgência na obstipação intestinal é o raio X simples de abdome em três posições: ortostática, deitada e cúpulas frênicas.

No raio X simples de abdome poderemos visualizar grandes massas “em miolo de pão” características de fecalomas e megacólon, alças de cólon distendidas com “parada” em algum segmento, caracterizando obstrução colônica, por neoplasia ou processo inflamatório como diverticulite, doença diverticular subestenosante, doença inflamatória intestinal e presença de alças de delgado, nas obstruções com válvula ileocecal incontinente ou em casos de suboclusão intestinal por brida ou hérnia interna. A pseudo-obstrução intestinal ou síndrome de Ogilvie é frequente e de difícil diagnóstico diferencial com a obstipação crônica.

Pneumoperitônio e níveis hidroaéreos podem estar presentes, abrindo outro leque de diagnósticos e mostrando a gravidade de cada caso.

A tomografia computadorizada deve ser reservada para diagnóstico diferencial principalmente com as neoplasias colorretais, podendo mostrar metástases hepáticas e espessamento de intestino grosso, além de coleções em casos de diverticulite aguda.

A colonoscopia é contra-indicada na urgência, podendo ser usada de forma muito criteriosa em poucos casos para diagnóstico e tratamento, como no volvo de sigmóide e na pseudo-obstrução colônica.

Exames laboratoriais para afastar as causas metabólicas de obstipação, descritos na Tabela 62.II, podem ser realizados.

O enema opaco com contraste hidrossolúvel sem injeção de ar pode ser útil no diagnóstico da doença diverticular espástica ou subestenosante e na neoplasia colorretal.

Tabela 62.II – Exames laboratoriais para afastar as causas metabólicas de obstipação

Raio X
Tomografia de abdome
Colonoscopia
Enema opaco
Hemograma, glicemia, potássio, cálcio, hormônios tireoidianos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ver Tabela 62.III.

TRATAMENTO

Nos casos mais graves, o paciente deverá ser submetido a enteroclasma com solução glicerinada em ambiente hospitalar. É interessante que seja realizado gota-a-gota para que ocorra uma melhor hidratação da massa fecal e, consequen-

Tabela 62.III – Diagnóstico diferencial da constipação e da obstipação intestinais

Doença diverticular
Neoplasia colorretal
Megacólon chagásico
Megacólon idiopático
Pseudo-obstrução intestinal
Retocele
Sigmocele
Enterocele
Intussussepção
Síndrome do intestino irritável
Tumores ginecológicos
Retocolite ulcerativa inespecífica
Doença de Crohn
Dor anal aguda: fissura anal, trombose hemorroidária, abscesso perianal
Estenose actínica
Doenças urológicas: neoplasia benigna e maligna de próstata
Bridas intestinais
Hérnias abdominais

temente, um efeito satisfatório. Este procedimento poderá ser repetido se necessário.

Procedimentos sob anestesia podem ser necessários, como quebra de fecaloma, e em casos dramáticos uma colostomia de urgência pode ser realizada.

Os pacientes que necessitam de tratamento menos agressivo, domiciliar, podem ser orientados a realizar ene-

ma de retenção com 135 mL, na quantidade de dois frascos VR por vez. Orientações como dieta rica em fibras, ingestão de mais de 2 litros de líquido ao dia, correção de hábitos higiênicos que inibam o reflexo evacuatório e ingestão de suplemento de fibras VO devem ser preconizadas.

Finalmente, deve-se informar ao paciente obstipado que o segredo do seu tratamento são as fibras, porém que elas não apresentam efeito imediato, sendo necessário um longo período para realizar a reeducação intestinal (anos), exigindo dos pacientes persistência e continuidade.

LEITURA ADICIONAL

1. Sing G, Lingala V, Wang H, et al. Use of health care resources and cost of care for adults with constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 1053.
2. Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, et al. Epidemiology of constipation study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. *Am J Gastroenterol* 1999; 3530.
3. Sandler RS, Drossman DA. Bowel habits in young adults not seeking health care. *Dig Dis Sci* 1987; 32: 841.
4. Taley NJ, Fleming KC, et al. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly. *Gastroenterology* 1992; 102: 895.
5. Hinds JP, Wald A. Colonic and anorectal dysfunction associated with multiple esclerosis. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 587.
6. Hinds JP, Wald A, Caruana BJ. Psychological and physiological characteristics of patients with severe idiopathic constipation. *Gastroenterology* 1989; 97932.
7. Wald A. Severe constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 432.
8. Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1605.
9. Qureshi W, Adler DG, Davila RE. ASGE guideline: guideline on the use of endoscopy in the management of constipation. *Gastrointest Endosc* 2005; 62: 199.
10. Bharucha A, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1510.

Algoritmo 62.1 – Conduta para obstipação intestinal no PS.