

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

João Francisco Xavier Müssnich

Considerações sobre vários aspectos da constipação intestinal. Revisão dos principais tópicos da fisiologia dos cólons. Classificação e discussão das causas mais frequentes e respectiva orientação terapêutica. Baseia-se em dados bibliográficos e em experiência pessoal.

1 — INTRODUÇÃO

O que é constipação? — Para a maioria das pessoas, significa defecações irregulares e pouco frequentes com evacuação de fezes duras eliminadas com dificuldade, mal-estar e, inclusive, dor.

Este conceito, no entanto, não permite uma identificação dos inúmeros desvios da normalidade do hábito intestinal, pois a definição varia tanto quanto a interpretação que os pacientes dão ao sintoma ou à maneira pela qual o manifestam. Os limites das variações do hábito intestinal entre indivíduos aparentemente saudáveis são grandes e por isso, qualquer desvio deve ser comparado ao ritmo anterior do próprio paciente e não com a média da população. Estudos publicados (5) mostram que a maior parte das pessoas evacua uma vez por dia e somente 1% da população apresenta menos de três deposições por semana ou mais de três por dia.

Assim, para uma avaliação correta de um determinado caso de constipação, torna-se necessária a obtenção de detalhes das queixas do paciente e também um conhecimento básico da fisiologia no que concerne à passagem de

alimentos no trato gastrointestinal, à formação de fezes e à defecação (1).

2 — FISILOGIA

O intestino grosso realiza suas funções de um modo muito discreto, apesar de ser um órgão complexo com mecanismos de ação importantes, tais como a recepção, absorção seletiva, armazenamento e, finalmente, expulsão em forma de fezes dos resíduos dos alimentos ingeridos, dos metabólitos bioquímicos dos agentes digestivos e dos detritos epiteliais e microbianos. O equilíbrio hidroeletrólítico se mantém mediante a passagem contínua de líquido nos dois sentidos através da parede intestinal e mediante a integridade das estruturas intestinais e a secreção mucosa. Enquanto essas funções necessitam pouca intervenção consciente em um indivíduo normal, a alteração ou enfermidade do cólon nos lembra a importância da integridade do intestino grosso para o bem-estar corporal (3).

A absorção é feita em toda a extensão do cólon, sendo, no entanto, mais acentuada no cólon direito. Diariamente

* Auxiliar de Ensino do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina — UFRGS. Especialista em Proctologia pela Sociedade Brasileira de Proctologia.

te o íleo ejeta para o ceco ao redor de 500 ml de líquido que contém aproximadamente 50 mEq de sódio e 5 mEq de potássio. O volume fecal diário é de uns 100 a 150 ml e contém 5 mEq de sódio e 10 mEq de potássio. — portanto o cólon absorve uma média de 400 ml de água e 45 mEq de sódio, excretando 5 mEq de potássio por dia. Além disso, o cólon absorve cloretos e excreta bicarbonatos. O movimento da água e dos eletrólitos através da parede é bidirecional e no homem os intercâmbios são o resultado de uma rápida passagem em ambos os sentidos através da mucosa. A maior parte dessa troca se processa no cólon proximal e o bolo ou quimo alcança o cólon distal em forma de fezes que são armazenadas antes da defecação (2).

O volume do bolo fecal ao distender o reto determina, em condições normais, a vontade de defecar. A pressão se transmite igualmente e provoca a abertura do ânus, que se completa somente com o relaxamento muscular voluntário. Dependendo do grau de distensão do reto, mais facilmente o indivíduo consegue discriminar qual a natureza do conteúdo retal, se sólido, líquido ou gasoso. Esse mecanismo depende da integridade dos nervos pélvicos, pudendos e da medula lombo-sacra.

Embora não esteja ainda bem elucidado, parece que o estímulo inicial está em relação com um ponto crítico de pressão do sigmóide e do cólon distendido. Com esse estímulo, desaparecem as haustrações e diminui a angulação entre o reto e o ânus, — o bolo começa a movimentar-se, lubrificado pelo muco e este movimento excita os reflexos sigmóide e reto-anal, relaxando o ânus. Neste momento o indivíduo consente na evacuação, permitindo o afrouxamento do componente voluntário da contração anal, e as fezes, auxiliadas pelo aumento de pressão intra-abdominal, estabelecem o reflexo ano-retal completo e o ânus se dilata, sendo o bolo expelido por in-

fluência da gravidade e do esforço abdominal. Depois da eliminação do bolo se produz uma onda peristáltica de pequena importância expulsiva, mas que permite à musculatura seu retorno à posição habitual.

As informações da fisiologia dos cólons acima descritas poderiam ser complementadas com outras particularidades da função intestinal que se acham ainda em estudo, tais como os tipos de movimentos do cólon, as pressões intraluminares e seus métodos de registro com variados modelos de balões, etc.. (3) — o que, no entanto, não cabe no objetivo desta exposição. Preferimos, por ser de maior utilidade, assinalar aqueles aspectos da fisiologia intestinal que podem se alterar, como segue:

2.1 — O componente neurológico da motilidade.

O controle do sistema nervoso central através do eixo hipotálamo-hipofisário sobre a motilidade intestinal é feito pelas fibras simpáticas e parassimpáticas e a inervação intrínseca do intestino (esta constituída pelo plexo mioentérico e submucoso). Os transtornos emocionais afetam profundamente a função motora intestinal pela alteração do equilíbrio entre os efeitos da inervação parassimpática e simpática.

Assim, depressão, ansiedade, medo, raiva, angústia, problemas de relação familiar difícil, fatores inibitórios infantis, etc. podem se refletir negativamente no hábito intestinal.

As lesões centrais, tanto traumáticas como patológicas são irreversíveis e ocasionam problemas na regularização da função intestinal, como nos paraplégicos. A integridade do plexo mioentérico (Auerbach) é essencial para a função motora, sendo muito sensível a estímulos nocivos de várias origens, como neurotoxinas ou outras lesões inflamatórias, inclusive o uso abusivo de laxantes.

2.2 — Dieta, volume intraluminal e velocidade do trânsito

O aparelho digestivo dos indivíduos dos países ocidentais adaptou-se durante muito tempo a uma dieta mista, carnívora e herbívora que, no passado, se produzia em condições naturais. Ultimamente surgiram métodos de produção de alimentos que atendem mais ao paladar do que às necessidades reais do indivíduo, eliminando da dieta os alimentos ricos em fibras e inculindo cada vez mais o consumo de hidratos de carbono. Outros hábitos alimentares também recentemente implantados representam um risco de proporções variáveis e, talvez, um aspecto mais negativo para a fisiologia intestinal. A uma dieta pobre em resíduos de fibras corresponde uma influência importante sobre o volume e conteúdo das fezes, sobre a flora intestinal, as pressões intraluminares e a duração do trânsito no cólon, o que forçosamente altera a função normal do intestino.

A velocidade do trânsito do bolo alimentar é regulada pela resposta dos receptores de pressão neuromuscular ao volume intraluminal que o conteúdo intestinal apresenta. Este volume intraluminal se constitui de 4 elementos: (2)

a) Os líquidos e alimentos ingeridos junto com os sucos digestivos.

b) O produto resultante do fluxo de líquido nas duas direções através da parede intestinal.

c) A flora intestinal.

d) Os detritos da mucosa e os resíduos metabólicos e dietéticos.

A frequência das deposições guarda estreita relação com o volume e as características do conteúdo intestinal pois as dietas refinadas determinam uma tendência a deposições menores e menos frequentes do que os casos submetidos a dietas ricas em resíduos.

2.3 — A função de reservatório do reto

É observada pela possibilidade que

ele tem de acomodar uns 150 a 200 ml de fezes antes que a distensão desencadeie o reflexo da defecação. Este mecanismo fisiológico permite não só o armazenamento normal de fezes no cólon distal, mas também a continência e a convivência social. Esta função pode alterar-se quando se submete o reto a um controle consciente tal como a negação voluntária do desejo de defecar, cuja consequência final é a distensão excessiva do reto, sua dilatação progressiva e finalmente a impactação fecal (fecaloma).

2.4 — A posição ao defecar

É outra condição que está a merecer investigações por parte dos estudiosos, (3) havendo informações sobre a interferência de locais e aparelhos sanitários de altura diversa que agem como fator negativo a um bom posicionamento, alterando a dinâmica da evacuação. Assim Bockus (1964) já assinalava que "a posição ideal para defecar é a de cócoras e que os modernos retretes são muitas vezes demasiado altos, inclusive para os adultos, não permitindo que os pés se apoiem firmemente no solo impossibilitando com isso a flexão das coxas e dos músculos acessórios que normalmente ajudam a cumprir adequadamente a função" (7).

Além disso, um mau posicionamento cria influências psicológicas adversas perturbando o paciente e exigindo deste um esforço muscular várias vezes maior do que o considerado normal, predispondo-o a uma defecação insatisfatória.

2.5 — O equilíbrio hidroeletrólítico

O equilíbrio hidroeletrólítico entre os compartimentos intra e extracelulares do organismo se mantém dentro de certos limites através de mecanismos de interação entre os eletrólitos fisiológicos e uma série de processos reguladores. A passagem de água nos dois sentidos através da parede intestinal é essencial para que esses meca-

nismos mantenham em ótimas condições a digestão e a absorção. O papel do cólon, embora não seja o mais importante na conservação da água e eletrólitos, não pode ser desprezado. O conteúdo de água das fezes é o fator principal que determina sua consistência, porém a simples ingestão de uma quantidade maior de líquidos não será suficiente para conseguir um amolecimento das fezes, pois a água será absorvida no intestino delgado e seu único efeito benéfico será o de estimular os reflexos gastrointestinais. Uma quantidade adequada de celulose (da dieta ou artificial) constitui o modo mais eficaz de aumentar o conteúdo de água das fezes, porque retém água ao estabelecer-se uma combinação segura que impede a absorção excessiva.

2.6 — A flora intestinal do cólon

É composta de um número considerável de bacteróides, lactobacilo anaeróbio e coliformes, ao passo que o delgado é habitado por um número reduzido de estreptococos, lactobacilos aeróbios e bacteróides. O peristaltismo normal mantém a integridade dessas populações de cada lado da válvula ileocecal. Entre as causas que podem interferir qualitativa e quantitativamente na flora intestinal, podemos citar:

a) A natureza da dieta, que influi sobre o número e o tipo das bactérias intestinais.

b) As lesões obstrutivas, que interferem com o peristaltismo normal.

c) Os antibióticos, que podem produzir enterocolites por alterações das bactérias intestinais.

d) Os laxantes, que alteram notavelmente a flora.

3 — DIAGNÓSTICO

É necessário, inicialmente, esclarecer se, de fato, o paciente padece de constipação e, depois, determinar sua causa. Em primeiro lugar, será importante estabelecer uma boa relação médico-paciente, que proporcionará maior confiança ao doente, dando-se este conta de que o médico dedica verdadeiro interesse ao seu problema. Isto trará, como consequência, boas condições para um interrogatório completo que esclareça as reações e atitudes que o paciente adota diante de seus problemas, os tipos de sintomas, os dados de antecedentes pessoais. A este interrogatório seguir-se-á exame físico rigoroso, utilizando os meios semióticos disponíveis, como: inspeção, toque retal, retossigmoidoscopia com ou sem biópsia, exames de fezes e enema opaco e/ou duplo contraste.

A utilização racional desta rotina deverá auxiliar o médico no diagnóstico do tipo de constipação intestinal, baseado nas causas mais comuns relacionadas adiante (J. M. Hinton, 1967) (5):

GRUPO 1 — Constipação simples (ausência de causa primária)

Alteração	Caracterizada por
Induzida por si mesmo	Redução da ingesta alimentar Ingestão insuficiente de alimentos ricos em fibras Falta de exercício (vida sedentária) Negação do desejo de defecar
Ambiental	Condições desfavoráveis de trabalho Dificuldade de utilização de sanitários Viagens

GRUPO 2 — Constipação secundária a alterações da motilidade
(causa desconhecida)

Alteração	Caracterizada por
Retardamento do trânsito (idiopático)	Trânsito prolongado e estase no cólon
Síndrome do cólon irritável	Dor, motilidade diminuída com hipersegmentação, trânsito demorado e fatores psicogênicos
Doença diverticular	Motilidade alterada e hipertrofia da musculatura do cólon
Megacólon idiopático	Trânsito prolongado, inércia retal e cólon repleto de fezes (fecaloma?)

GRUPO 3 — Constipação secundária a distúrbios mentais

Alteração	Caracterizada por
Depressão	Excitação motora central diminuída
Psicoses crônicas	Excitação motora central alterada
Anorexia nervosa	Perda do apetite de origem emocional, redução do ingesta alimentar
Exagero do uso de purgantes	Necessidade obsessiva de conseguir evacuações líquidas que vão determinar lesões e desequilíbrio hidroeletrolítico

GRUPO 4 — Constipação secundária a outras doenças

	Alteração	Caracterizada por
Patologia cólon, reto e ânus	Carcinoma — tumor pélvico extrínseco	Obstrução
	Hemorróides Fissura anal Abscesso anal	Dor que ocasiona uma inibição consciente do desejo de defecar
	Estenose anal ou de reto, volvo, invaginação, hérnia	Obstrução mecânica
	Prolapso e procidência de reto	Sensação falsa de evacuar, interferência com o reflexo da defecação.
	Doença de Hirschprung	Aganglionose com obstrução segmentar
	Doença de Chagas	Destruição do plexo mioentérico por neurotoxinas com alteração severa da motilidade intestinal
	Colite ulcerativa	Inflamação distal com estase na porção proximal do cólon.
Doença neurológica	Paraplegia	Destruição das vias nervosas com perda do controle consciente da defecação
	Esclerose múltipla	Destruição das vias nervosas com alteração do controle
Doenças endócrinas	Hipotireoidismo	Diminuição do metabolismo basal e consequências
	Hipertireoidismo	Perturbação eletrofisiológica da musculatura intestinal
	Diabetes	Desidratação e neuropatia

Causas metabólicas e tóxicas	Alteração	Caracterizada por
	Desidratação	Aumento da consistência das fezes de-sequilíbrio hidrosalino
	Debilidade	Alteração do metabolismo da nutrição com debilidade generalizada
	Porfíria aguda	Alteração metabólica — neuropatia transitória
	Intoxicação por chumbo	Dor e alteração da motilidade do cólon
	Esclerodermia	Alterações degenerativas da musculatura intestinal

GRUPO 5 — Constipação secundária a tratamentos

Clínicos	Medicamentos, depleção de líquidos, imobilização
Cirúrgicos	Anestésicos e seus formacos auxiliares, traumatismo cirúrgico, imobilização, depleção hídrica

4 — TRATAMENTO

A terapêutica da constipação é fundamentalmente aquela que procura tratar a causa determinante, resolvendo, através de uma medida isolada ou um conjunto de medidas, os efeitos perniciosos desse sintoma.

Como premissa básica devemos ter presente que quanto menos se provoque alterações sobre o trato gastrointestinal com o uso de laxantes, melhor. Conquanto seja tolerável o uso temporário para conseguir uma regulação intestinal, deve-se ter em conta que o uso indiscriminado pode provocar problemas.

A seleção de um agente terapêutico deverá ser criteriosa e adequada para o caso em tratamento, havendo frequentemente necessidade de alterar o tipo e a dose do laxante até que se consiga proporcionar ao paciente uma função intestinal a mais fisiológica possível (4).

Dentre os agentes mais comumente em uso no nosso meio, citaremos os que, por observação e experiência própria, são de fácil manejo e se adaptam às necessidades das causas em estudo, como segue:

a) Alimentos ricos em fibras

Pão integral, arroz integral, verduras, saladas e frutas, cujo conteúdo básico é a celulose.

b) Agentes hidrofílicos (bojantes)

Polissacarídeos (de espécies de *Psyllium*) Metamucil (pó)
Polissacarídeos (goma karaya) Normacol (grândulos)

c) Laxantes químicos "de contato" ou estimulantes

Sal bissódico do ác. bis-funilsulfúrico — Gutralax (gotas)
Datron + dexpantenol — Cofalax (gotas)

Oxazina — Laxonalin (comprimidos)

D.S.S. (dioctil-sulfosuccinato sódico) Humectol D (drágeas)

Bisacodil (diacetoxi-difenil-piridilmetano) Dulcolax (drágeas e supositórios)

Senosídeos A e B — Pursenide (drágeas).

d) **Laxantes lubrificantes ou emolientes**

Agar-agar + fenolfateína — Agarol (líquido)

Petrolato líquido + hidróxido Magnésio — Milpar (líquido) — Leite de Magnésia

Óleo mineral — Nujol (líquido)

e) **Purgativos ou catárticos (irritantes)**

Sulfato de magnésio — "Sal Amargo"

Óleo de Rícino

Emodina e derivados (Cáscara sagrada, sene, ruibarbo, álces)

f) **Supositórios e enemas (evacuantes retais)**

Supositórios de glicerina e bisacodil (Dulcolax)

Enemas de Isacen (Clismalax) e de fosfato hipertônico (Minilax)

4.1 — GRUPO I

CONSTIPAÇÃO SIMPLES

A redução da ingestão alimentar de várias origens ou a ingestão insuficiente de alimentos ricos em fibras são talvez os aspectos principais da alteração da função intestinal neste Grupo I. Muitas vezes as pessoas preferirão tentar toda a sorte de meios sob ponto de vista dietético para ajudar seu intestino antes de recorrer a medicamentos. É uma situação em que se indica uma ingestão aumentada de alimentos que contêm fibras, pois possuem propriedades hidrofílicas e que, ao reter água, aumentam o volume das fezes fazendo-as brandas, favorecendo com isso o peristaltismo natural e a secreção de muco que lubrificará o bo-

lo, melhorando o seu trânsito pelo intestino grosso.

A recomendação a ser feita é a de uma dieta rica em vegetais (cereais, frutas e legumes), suprimindo em parte a ingestão exagerada de alimentos feculosos e outros de hidratos de carbono. Será aconselhável a indicação de tomar no mínimo um litro de líquidos por dia, eliminando o consumo excessivo de chás e café, além do uso exagerado de leite que em muitas pessoas provoca meteorismo.

Aqueles pacientes que tenham dificuldade, por motivos domésticos, de seguir uma dieta que assegure uma quantidade adequada de alimentos que contenham fibras vegetais, devem ser aconselhados a tomar algum preparado comercial como suplemento dietético regular. Estes preparados contêm fundamentalmente celulose e derivados de celulose de origem vegetal, e devem ser experimentados vários, para saber qual é o mais útil para determinado caso, devendo ser ingeridos após as refeições, com grande quantidade de água. Estes preparados também podem ser utilizados em pacientes ileostomizados para aumentar a consistência da eliminação pelo estoma.

4.1.2 — Falta de exercício

A falta de exercício, pelas múltiplas situações que a vida sedentária cria, é um fator bastante fácil de corrigir, pois está comprovado que um passeio ou caminhada uma ou duas vezes por dia (e o paciente deve organizar seu horário para poder fazê-lo), estimulam a propulsão do conteúdo intestinal, permitindo uma deposição mais fácil e satisfatória.

4.1.3 — Negação do desejo de defecar

Uma das causas mais frequentes da irregularidade do ritmo intestinal é a negação do desejo de defecar. Assim teríamos, já na infância, aspectos inibitórios sob ponto de vista educacio-

nal, a falta de tempo do homem de negócios, a dona de casa que por seus múltiplos afazeres "não se dá tempo", o estudante que acorda pela manhã no justo tempo de chegar à escola, a pessoa tímida que não utiliza sanitários fora de sua casa, a criança que, à noite, tem medo de levantar da cama e ir ao banheiro no escuro, etc., — todos se habituam, ou melhor, se descuidam da vantagem de estabelecer um horário regular para a defecção durante tanto tempo que a coordenação necessária para a eliminação fecal regular não se faz justamente porque não respondem ao reflexo da defecção quando ele ocorre, deixando essa função se realizar somente quando há condições de **tempo e lugar**.

Nessas pessoas a negação do desejo de defecar é seguida de uma contração voluntária que determina o retorno do bolo fecal a um ponto mais próximo do cólon (sigmóide), por uma inversão do onda peristáltica, e, como a absorção de água continua, as fezes vão se tornando mais endurecidas. Se esse mecanismo, pela manutenção dos motivos, se repete uma ou mais vezes por dia, chegará o momento em que as fezes dessecadas não se amoldam bem à passagem e são eliminadas com dificuldade e sensação de mal-estar.

A conduta nesses casos é a de chamar a atenção do paciente para que crie condições de atender ao reflexo de evacuação quando ele se estabelece, dentro das características de cada caso em particular.

4.1.4 — Trabalho desordenado

O **trabalho desordenado** pode impor irregularidades nos horários, tipos de alimentação e dificuldades em realizar exercícios. Há pessoas que não podem evitar que seu trabalho, nessas condições, interfira na rotina do hábito intestinal. Uma vez que se tornam constipados, entram em um círculo vicioso do qual não podem sair sem recorrer ao uso permanente de laxantes. Nestas

circunstâncias o paciente deve ser encorajado a alterar seus horários e, se isso não for possível, considerar seriamente a possibilidade de mudar de trabalho.

Motivos semelhantes aos enumerados no último item ocorrem com pessoas que, quando em viagem, ficam constipadas por inibição ou dificuldade de utilizar sanitários pouco higiênicos ou pela absoluta falta destes, retendo as fezes por um ou mais dias.

O tratamento de cada uma das causas comentadas acima deve ser individualizado, corrigindo o problema determinante. Na grande maioria dos casos, será necessário, dependendo de intensidade do sintoma, de início, o auxílio de um normalizador intestinal ou de um laxativo como coadjuvante no tratamento, até que se consiga gradativamente suprimi-lo, quando o ritmo regular do intestino for restabelecido. A indicação do tipo e a dosagem do laxante deverá ser testada e, por vezes, se torna necessário ensaiar vários laxantes até conseguir o resultado satisfatório almejado.

4.2 — GRUPO 2

CONSTIPAÇÃO POR ALTERAÇÕES DA MOTILIDADE

A constipação por **retardamento do trânsito** é a responsável pela maioria dos casos neste grupo. Estes pacientes apresentam uma perda do movimento normal de propulsão das fezes no cólon, determinando uma diminuição de velocidade na passagem, aumento da absorção de líquido e defecação difícil e infrequente. Os estudos de motilidade nesses casos (3) mostram um aumento localizado da pressão intraluminal causado por contrações sequenciais mais fortes que freiam a progressão das fezes.

Esses indivíduos necessitam do estímulo de um laxante químico (de contato), além das medidas dietéticas e

higiênicas citadas na constipação simples (Grupo 1). A dose do laxante administrado deve ser regulada à sensibilidade de cada um, sempre de modo a evitar diarreias, que causariam espoliação de água e eletrólitos.

4.2.1 — Síndrome do cólon irrigável

É uma doença freqüente, caracterizada por dor abdominal, meteorismo e transtornos da defecação devidos a uma atividade muscular excessiva e alterada. A constipação e a eliminação de fezes em cibalos com muco líquido ou em fragmentos é difícil, em certos dias entremeada com surtos de diarreia, que deixa os pacientes exaustos. Há um "dolorimento abdominal" referido principalmente no hipogástrio, com sensação de distensão e flatulência excessiva. A maioria dos casos parece ser devida a problemas de tensão emocional, frustrações, fadiga física, tabagismo exagerado ou sensibilidade a alimentos (leite, excesso de café, álcool, condimentos, etc.).

Uma vez excluída qualquer outra quer outra enfermidade básica, a investigação dos antecedentes é importante para conhecimento da causa responsável pelo síndrome.

O tratamento consiste em regular a dieta, administrar sedativos e anticolinérgicos em doses adequadas para cada caso, sendo também de utilidade os preparados hidrofílicos tais como os derivados do *Psyllium* e as gomas mucilaginosas. Havendo condições, a psicoterapia estará indicada.

4.2.2 — Doença diverticular

A doença diverticular, na maioria dos casos, se acompanha de hipertrofia ou hiperplasia ou encurtamento da musculatura do cólon, particularmente na área do sigmóide. A contração desse músculo junto com o aumento anormal da segmentação da luz e das pregas da mucosa, faz com que se produzam pressões elevadas. Essas pres-

sões causam a dor, e também os divertículos ao ser forçada sua membrana contra a camada muscular nos pontos débeis de penetração dos vasos sanguíneos que atravessam a parede do cólon.

Recentemente Parks (1970) demonstrou que a diferenciação clínica ou radiológica entre diverticulose e diverticulite às vezes é difícil e por isso julgamos mais adequada a classificação de F. A. Jones (2) em três grupos:

a) Assintomática — Grande número de anciãos com doença diverticular permanece sem sintomatologia (provavelmente um em cada três).

b) Sintomática sem complicações — Os sintomas costumam ser: flatulência com mal-estar abdominal, dor (geralmente na fossa ilíaca esquerda) e constipação ou diarreia.

c) Sintomática com complicações — A característica fundamental é a existência de uma inflamação pericólica originada pelas fezes retidas nos divertículos que formam úlceras, podendo aparecer perfuração ou hemorragia. Outros sintomas são: dor febre, náuseas, vômitos e palpação de massa abdominal.

Os pacientes assintomáticos ou os sintomáticos sem complicações são tradicionalmente tratados com dietas pobres em resíduos, que têm o inconveniente de provocar constipação. Dados atuais demonstram que esses casos devem ser submetidos a dietas ricas em resíduos acompanhados de preparados comerciais de celulose ou também de agentes hidrofílicos durante toda a vida para assegurar um estímulo adequado ao intestino, o que fará desaparecer o dolorimento e a distensão abdominal e a flatulência excessiva.

Pode ocorrer que um paciente dos grupos 1 e 2 passe a ter complicações (grupo 3), quando então deverão ser abolidas as medidas citadas acima e administradas dieta branda e antibióticos, eliminando os preparados hidrofílicos para prevenir estase fecal no cólon proximal. É lógico que os pacientes com diverticulite complicada

que não cede com medidas clínicas deverão ser submetidos à cirurgia.

O **megacólon idiopático** é um tipo de dilatação do cólon em que as camadas musculares e sua inervação intrínseca e extrínseca são normais, em contraposição ao megacólon por alterações neurológicas, tóxicas, mecânicas ou degenerativas (Hirschprung, Chagas, volvo e esclerodermia) — que se manifesta clinicamente pela deficiência da função de armazenamento do reto e do cólon distal, acumulando grandes quantidades de fezes sem ser pressentido o reflexo de distensão e de defecação (Todd, 1971) (5).

O tratamento dessa patologia é fundamentalmente clínico, diferenciando-o dos megas com lesão, que são cirúrgicos. Deve-se fazer o paciente compreender que há necessidade de aplicar todas as medidas para evacuar o reto e mantê-lo vazio, assim como tentar periodicamente a evacuação e atender ao reflexo quando ele se estabelecer. Nesses pacientes é necessária a contínua administração de laxantes, principalmente do tipo "de contato". Quando não houver resultados, será preciso recorrer a enemas de água glicerinada a 10%, e, na vigência de fecaloma, aduzir 20 a 30 ml de água oxigenada a 10 volumes.

4.3 — GRUPO 3 **CONSTIPAÇÃO SECUNDÁRIA E DISTÚRBIOS MENTAIS**

A constipação no homem raramente deixa de ter como substrato, além das outras causas funcionais ou orgânicas, alterações de ordem emocional. Dependendo do grau do distúrbio emocional ou mental, maior ou menor será a participação deste na etiologia da constipação intestinal de um dado caso.

Assim, grupos de pessoas constipadas sofrem de "hipertonia muscular intestinal" determinada por variações induzidas pelo sistema nervoso autônomo que resultariam de uma incoorde-

nação de estímulos entre os nervos parassimpáticos e simpáticos com aumento do tônus muscular intestinal, causando o assim chamado "cólon espástico". Este espasmo interfere na motilidade propulsiva, causando um retardamento na progressão do bolo fecal (6).

Esse mecanismo se integra, a nosso ver, de uma maneira mais clara, na "constipação psicogênica", que explica o efeito sobre as variedades espasmódicas que se observam em pessoas de personalidade obsessiva, impacientes e excessivamente ambiciosas e que, na maioria das vezes, se associam à repressão, na infância, do prazer da defecação. As pessoas com delírio persecutório também configuram nitidamente esse tipo de constipação, pois, devido ao profundo sentimento de desconfiança e pessimismo, o indivíduo sente a necessidade de reter para si o que possui (no caso, as fezes), manifestando sua atitude de modo possessivo, regredindo às suas prováveis tentâncias infantis, — ele conscientemente não recusa o estímulo causado pelo reto cheio, mas inconscientemente o ignora.

A constipação aguda ou súbita pode resultar de distúrbios emocionais como medo, angústia, fadiga, etc., que influenciam impulsos simpáticos com inibição do tônus e diminuição do peristaltismo.

4.3.1 — Depressões

Os estados de **depressão** são causas importantes de constipação quando se acompanham de agitação na qual predomina o fator ansiedade e manifestações como insônia, perda da capacidade de concentração, irritabilidade, sudorese e inapetência.

4.3.2 — Psicoses crônicas

Nas **psicoses crônicas**, por ocorrerem alterações severas da personalidade, o controle da função intestinal sempre representa um problema grave, obser-

vando-se constipações rebeldes e difíceis de manejar pela falta de cooperação dos pacientes, que necessitam de acompanhamento constante de enfermagem e, assim mesmo, chegam a apresentar quadros de impactação fecal (fecaloma).

4.3.3 — Anorexia nervosa

Na **anorexia nervosa** a diminuição de ingestão, que nos casos extremos leva à inanição, exerce uma ação desfavorável sobre todas as funções do organismo e é inevitável o aparecimento de constipação — e esses pacientes se tornam especialmente ansiosos e tendem a tomar quantidades cada vez maiores de laxantes, abusando de seu uso.

4.3.4 — Uso abusivo de purgantes

O uso abusivo de purgantes tem como causa imediata a perda do poder de reação normal do intestino, após o esgotamento do efeito da dose ingerida que perdura por horas ou dias, provocando o que se poderia chamar um "íleo reflexo" e, conseqüentemente, constipação. Quando a lesão continuada se torna irreversível, os intestinos perdem as haustrações, e a constipação é substituída por diarreia. Esses pacientes parece que consideram que fezes líquidas são uma condição indispensável à sua vida, o que revela um distúrbio mental acentuado, comum a determinados quadros psicóticos. Podem chegar a apresentar importante desequilíbrio hidroeletrólítico com hipotassemia, dor abdominal, meteorismo e sensação de distensão com debilidade severa. Nos casos graves há necessidade de hospitalização e rehidratação, tentando um tratamento psiquiátrico a par da reeducação da função intestinal.

As outras situações comentadas neste grupo 3 devem ser manejadas de acordo com o problema básico, quer seja com psicoterapia ou tratamento psiquiátrico, além da constipação para a qual deve-se optar pelos agentes hi-

drofílicos auxiliados por doses adequadas de laxantes de contato. Raramente se conseguirá suprimir o uso de laxantes em pacientes deste grupo.

4.4 — GRUPO 4 CONSTIPAÇÃO SECUNDÁRIA A OUTRAS DOENÇAS

Os transtornos da função intestinal deste grupo são concomitantes à enfermidade básica, e, em geral, a orientação terapêutica segue paralela ao tratamento clínico ou cirúrgico que a patologia exige. Porém, como existem situações em que a doença determina a perda irreversível do controle da função intestinal, vamos citar de acordo com F. A. Jones (2) a orientação a ser dada nos casos de lesões da medula espinhal.

4.4.1 — Tetraplegia

Os pacientes que sofreram secção medular cervical baixa ou torácica, geralmente recuperam o controle reflexo da função intestinal depois do período de choque medular.

4.4.2 — Paraplegia

Os indivíduos com destruição dos segmentos lombosacros ou da cauda equina apresentam uma constipação acentuada. O cólon se dilata e se enche de fezes e o trânsito chega a ser de vinte ou mais dias, por perda do arco reflexo espinal, por interferência com as vias aferentes e, conseqüentemente, da capacidade de notar quando as fezes devem ser evacuadas.

O tratamento compreende dois aspectos:

a) Da estase intestinal imediata após o choque: nos primeiros dias deve-se combater o íleo, administrando doses de 0,25 mg de prostigmine cada 4 a 6 horas, com hidratação endovenosa adequada. No 3º ou 4º dia se administra um laxante ou supositório até conseguir o efeito, e se não houver re-

sultado, deve-se realizar enemas evacuatórios ou a extração digital das fezes.

b) Da regulação da função intestinal: deve-se conseguir uma evacuação pelo menos cada dois dias, administrando uma dieta rica em resíduos, auxiliada por agentes hidrofílicos para manter as fezes brandas. À noite de cada dia em que o paciente não tiver evacuado, se aplicará um estimulante químico (p. ex. o bisacodil), cuja dose deverá ser experimentada para conseguir uma evacuação normal. No dia seguinte ainda se poderá auxiliar o paciente com movimentação ativa e passiva, massagem abdominal, estimulação digital anal ou aplicação de um supositório de glicerina ou bisacodil. Se ainda não houver efeito, deve-se então realizar enemas evacuatórios com água glicerinada ou então a extração digital.

4.5 — GRUPO 5 CONSTIPAÇÃO SECUNDÁRIA A TRATAMENTOS

4.5.1 — Médico ou clínico

A constipação que aparece no decurso de um tratamento clínico, pode ser devida à doença que está sendo tratada, às restrições dietéticas, aos medicamentos em uso ou à imobilização no leito.

Essas causas somadas à necessidade de o paciente evacuar em decúbito, ocasiona um esforço excessivo na defecação e estabelece pressões intraluminares e intraabdominais anormalmente elevadas. Estes esforços podem representar um risco a mais para o paciente e por isso deve prevenir-se a constipação mediante a administração regular de um laxante químico a par de uma hidratação correta. Os pacientes de maior risco são os que apresentam patologia cerebral ou cardiovascular, pois a sobrecarga determina a possibilidade de fenômenos tromboembólicos. Os pacientes acamados necessitam de laxantes rotineiramente, quando, por

lesões anorretais (hemorróides, prolapso mucoso de reto, etc.), estejam contraindicadas manobras de evacuação retal ou toque digital. Uma dose excessiva pode ser prejudicial sendo aconselhável a associação de um agente hidrofílico.

4.5.2 — Cirúrgico

A perturbação da atividade intestinal normal é uma consequência de qualquer intervenção cirúrgica, inclusive quando a cirurgia não atinge o trato gastro intestinal. O íleo reflexo se estabelece, ou por efeito direto do trauma cirúrgico, ou como resultado da anestesia geral, que, pela administração de relaxantes musculares e outras drogas pré e pós-operatórias, inibe a atividade da musculatura intestinal. A alteração da motilidade, a retenção de gases e a distensão são os principais responsáveis pelas queixas do paciente. Por outro lado uma hidratação deficitária em potássio pode causar um prolongamento do período de íleo pós-operatório.

As outras situações de constipação do paciente cirúrgico são idênticas em causa e efeito, às discutidas na constipação das pessoas submetidas a tratamento clínico.

4.5.2.1 — Fecaloma ("Impactação fecal")

O fecaloma representa um episódio por vezes agudo e por vezes tardio, consequente à constipação e que, em alguns casos, pode causar obstrução intestinal.

A maioria dos fecalomas se instala no cólon distal e reto e se relaciona com constipação de evolução crônica por negligência da defecação. Essa manifestação frequentemente se observa em casos de retardamento idiopático do trânsito, megacólon e lesões medulares.

É importante salientar que a incontinência fecal pode representar um sinal de retenção de fezes duras no

reto. A distensão ocasiona um relaxamento esfinteriano parcial com o que as fezes pastosas e semilíquidas podem escorrer pelo lado da massa de fecaloma e fluir pelo ânus. É o que ocorre com muita freqüência em crianças com constipação não tratada, chegando a ser vexatório para aquelas que em idade escolar sempre se apresentam com a roupa manchada de fezes. Este quadro também pode ocorrer em pacientes acamados, em pessoas idosas com alterações de consciência, mulheres com bloqueio evacuatório causado por retóceles, pessoas submetidas a estudos radiológicos do trato gastrointestinal que não eliminam os detritos de bário, etc.

O tratamento consiste em evacuar imediatamente a acumulação fecal e em manter vazio o cólon, prevenindo sua recorrência. Na evacuação do fecaloma são tentadas inicialmente medidas com a administração de laxativos lubrificantes ou de contato, com pequenos enemas de água glicerínada

a 10% e 02 ml de água oxigenada a 10 volumes. Quando estas medidas não surtirem efeito será necessária a reidratação manual do fecaloma, não descurando da analgesia do paciente para essa manobra.

A prevenção da "impactação" é feita pela revisão dos fatores que a facilitaram. A manutenção de um cólon vazio exigirá o emprego de supositórios ou enemas de limpeza com doses mínimas de fosfato hipertônico ou de isacen. Como medicação oral poderá ser utilizado qualquer tipo de laxativo, acrescentando-se as medidas gerais e dietéticas descritas anteriormente.

SUMMARY

Comments upon various aspects of intestinal constipation. Review of the main items of physiology of the colon, classification and discussion of the most frequent causes and orientation on treatment. Based on bibliographic data and personal experience.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ALVAREZ, Z. — An introduction to gastroenterology. London, Heinemann, 1948.
2. AVERY JONES, F. & GODDING, E. W. — Constipación; clinica y tratamiento. Barcelona, Toray, 1973.
3. CONNELL, A. M. — Physiology. In: MORSON, B. C. — Diseases of the colon, rectum & anus. London, Heinemann, 1972, cap.2, p.17-38.
4. GOODMAN, L. S. & GILMAN, A., eds. — The pharmacological basis of therapeutics. 4.ed. London, MacMillan, 1970.
5. HINTON, J. M. — Diagnostico. In: AVERY JONES, F. & GODDING, E. W. — Constipación; clinica y tratamiento. Barcelona, Toray, 1973, cap.3, p.77-96.
6. HORNER, J. L. — Constipation and diarrhea. In: MacBRYDE, C. M., ed. — Sigas and symptoms; their clinical interpretation. Philadelphia, Lippincott, 1947, cap.23, p.331-43.
7. KALSER, M. H. — Physiology of the small intestine. In: BOCKUS, H. L. — Gastroenterology. 2.ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1964, v.2, cap.41 Part.2, p.10-30.
8. MENDELOFF, A.J. — Constipação e Diarréia. In: HARRISON, T.R. et alii — Medicina Interna — Trad. da 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1960, v.2, cap.16, p.152-7.

JOAO FRANCISCO X. MUSSNICH
Rua Osmani Bocaluva nº 1115
90090 - Porto Alegre - RS - Brasil