

Protocolo Clínico e de Regulação para Constipação Intestinal Crônica na Criança

109

*Ieda Regina Lopes Del Ciampo
Regina da Sawamura
Emanuele Ap. Alves Baltazar da Silveira
Maria Inez Machado Fernandes*

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A constipação intestinal representa 3% das consultas nos ambulatórios de pediatria e 25% nos ambulatórios de gastroenterologia pediátrica, com uma prevalência variando de 0,7% a 29,6%. Apesar do desconforto causado à criança, essa frequência pode ser ainda maior, pois se observou que nem sempre os responsáveis procuram o pediatra por esse motivo.

A constipação intestinal pode ser orgânica ou funcional. Para a imensa maioria das crianças, a constipação crônica é funcional (aproximadamente 95%), não se detecta causa estrutural adjacente nem doença endócrina ou metabólica que a justifique. O diagnóstico é essencialmente clínico e regido pela sua definição; sua resolatividade pode ser alta em nível de atenção básica, sem que haja necessidade de encaminhamento para os outros níveis, causando transtornos à criança e sua família, além de gastos desnecessários.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Para uso na prática diária e em epidemiologia, a definição de constipação crônica funcional mais abrangente e utilizada pelos gastroenterologistas pediátricos brasileiros é: “Constipação é um sintoma definido pela ocorrência de ao menos uma das seguintes manifestações habitualmente e por mais de 2 semanas, independentemente da frequência de evacuações: eliminação de fezes endurecidas, dificuldade ou dor para evacuar, eliminação esporádica de fezes calibrosas, ou menos que 3 evacuações por semana, presença de com-

plicações (dor abdominal recorrente, escape fecal, enurese, infecção do trato urinário de causa não estrutural), sensação de esvaziamento incompleto em adolescentes”.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da constipação crônica funcional é essencialmente clínico, entretanto em raras ocasiões haverá necessidade da realização do diagnóstico diferencial, entre orgânica e funcional, para tanto se adotam alguns critérios abaixo relacionados.

História clínica e exame físico

Alguns sinais de alarme descritos na Tabela 109-1 podem ser úteis para a tomada de decisões.

TABELA 109-1 Componentes importantes da história e do exame físico para a classificação da constipação intestinal e tomada de decisão

Verde: constipação intestinal funcional, possível de ser tratada na UBS.

Azul: alerta! Apesar de ainda ser maior probabilidade de constipação intestinal funcional.

Vermelho: não trate como constipação intestinal funcional. Referencie ao especialista para investigação e terapêutica apropriadas.

FAIXA ETÁRIA	< 1 ANO	> 1 ANO
Eliminação mecônio	Até 24 h após nascimento	Até 24 h após nascimento
	> 24 h após nascimento	>24 h após nascimento
Tempo de início da constipação e fatores precipitantes	Início após as primeiras semanas de vida Fatores precipitantes “clássicos” coincidem com o início da constipação: modificação da dieta, fissuras anais, infecção	Início após as primeiras semanas de vida Fatores precipitantes “clássicos” coincidem com o início da constipação: modificação da dieta, fissuras anais, período de treinamento do hábito evacuatório coincidindo com eventos agudos como infecção, mudança de ambiente (casa, escola, viagem), medos e fobias, grandes modificações na estrutura familiar
	Início ao nascimento ou nas primeiras semanas de vida	Início ao nascimento ou nas primeiras semanas de vida

TABELA 109-1 Componentes importantes da história e do exame físico para a classificação da constipação intestinal e tomada de decisão

Crescimento, desenvolvimento e alterações neurológicas em membros inferiores	Crescimento e desenvolvimento adequados, sem alterações em membros inferiores	Crescimento e desenvolvimento adequados, sem alterações em membros inferiores
	Crescimento e desenvolvimento alterados, sem alterações em membros inferiores	Crescimento e desenvolvimento alterados, sem alterações em membros inferiores
	Fraqueza em membros inferiores de causa desconhecida ou não diagnosticada previamente, demora em deambular	Fraqueza em membros inferiores de causa desconhecida ou não diagnosticada previamente, demora em deambular
Abdome	Vômitos e distensão abdominal	Vômitos e distensão abdominal
Dieta e ingestão hídrica	Modificações na fórmula alimentar, desmame, ingestão hídrica	História de dieta pobre e/ou ingestão hídrica insuficiente
Fatores sociais, pessoais e familiares	Suspeitas ou evidências de maus-tratos	Suspeitas ou evidências de maus-tratos
Exame região anal	Aparência normal do ânus e área ao redor	
	Aparência anormal da região anal: forma, localização, múltiplas fissuras, estreitamento anal, ânus anteriorizado, ausência de pregas anais	
Exame abdominal	Abdome flácido, distensão que pode ser explicada pela idade ou sobrepeso da criança	
	Grande distensão abdominal	
Exame da região lombossacral e glútea	Aparência normal das estruturas e da pele de ambas as regiões	
	Anormalidades: assimetria ou achatamento da musculatura glútea, evidência de agenesia sacral, descoloração da pele, <i>nevus</i> , tufo pilosos, lipoma, escoliose	
Exame neuromuscular dos membros inferiores	Normal: marcha, tônus, força e reflexos	
	Anormal e não explicado por alguma condição prévia, como paralisia cerebral	

Adaptado de Childhood constipation: NICE guideline DRAFT (October 2009).

Toque retal

Sempre que necessário o toque retal pode ser realizado, tomando-se alguns cuidados básicos como obter o consentimento informado da criança e seus responsáveis legais, estar sempre na presença de um familiar e de algum profissional de saúde. Não deve ser realizado rotineiramente, e a Tabela 109-2 sintetiza as suas indicações.

TABELA 109-2

INDICAÇÕES PARA EXAME DE TOQUE RETAL

- Em crianças < 1 ano com diagnóstico de constipação funcional tratadas adequadamente por mais que quatro semanas sem resposta
- Quando existem anormalidades anatômicas que levam à suspeita de doença de Hirschsprung
- Após tratamento adequado da constipação intestinal funcional em crianças maiores, por um período de seis meses, sem melhora

Obs.: o exame de toque retal deverá ser realizado por um avaliador experiente para interpretar as modificações anatômicas e a presença da doença de Hirschsprung.

Exames complementares

- Radiografia simples de abdome, enema opaco, ultrassom de abdome, sorologia para doença celíaca: úteis apenas para referir o paciente com constipação intestinal intratável ao especialista. Não são úteis para o diagnóstico de constipação intestinal funcional;
- Manometria anorretal: não usar para excluir doença de Hirschsprung. Na suspeita, referir ao especialista;
- Biópsia retal: encaminhar ao especialista para que seja realizada na suspeita de doença de Hirschsprung, que apresenta como sinais e sintomas: atraso na eliminação de mecônio, constipação desde as primeiras semanas de vida, distensão abdominal crônica com vômitos, história familiar de doença de Hirschsprung, falha de crescimento associado aos fatores descritos;
- Endoscopia: não está indicada para a realização do diagnóstico de constipação intestinal funcional.

PRINCIPAIS DISTÚRBIOS CAUSADORES DE CONSTIPAÇÃO SECUNDÁRIA (Constipação Orgânica)

- Alterações neurológicas: encefalopatias, anomalias da medula espinhal, síndrome da medula presa, meningomielocelo, agenesia sacral, doença de chagas;

- Hipotireoidismo;
- Megacólon congênito aganglionar forma clássica ou segmento ultracurto;
- Fissura anal (pensar também em doença inflamatória intestinal), ânus anterior, estenose anal, imperfuração anal com fístula de pequeno débito, outras causas patológicas;
- Correções cirúrgicas de malformações anorretais e de doença de Hirschsprung;
- Síndrome de pseudo-obstrução intestinal crônica idiopática, forma miopática ou neuropática (displasia neuronal);
- Hipotonia muscular, distúrbio de tecido conjuntivo, síndrome de Down, esclerodermia, dentre outras;
- Intolerância à proteína do leite de vaca, diabetes melito;
- Doença celíaca, fibrose cística (com síndrome da obstrução intestinal distal incompleta);
- Uso continuado de laxantes, clisteres, supositórios, medicamentos/intoxicações:
- Antiácidos (contendo cálcio, alumínio), anticolinérgicos, anticolúlvivantes, chumbo, antidepressivos tricíclicos, bismuto, codeína, outros opiáceos, colestiramina, diuréticos (por hipocalcemia), ferro por via oral, imipramina, quimioterapia antineoplásica.

TRATAMENTO

Muitas vezes o clínico espera que a constipação intestinal funcional (sinais de alerta verdes) se resolva rapidamente e inicia o tratamento pela modificação dos hábitos alimentares, sem obter sucesso. Para que o seu tratamento seja eficaz, algumas etapas devem ser respeitadas e seguidas cronologicamente: aconselhamento, desimpactação, manutenção e treinamento do hábito intestinal.

Aconselhamento

A constipação intestinal funcional costuma permanecer por longos períodos, podendo ocasionar tensão nas relações familiares, quer pela falta de entendimento dos pais sobre os sintomas da criança encarando-os como uma desobediência, ou pelo desânimo ocasionado pelas diversas tentativas de tratamento, sem sucesso. Uma relação empática entre médico, pais e criança é fundamental para acalmar a família e orientar mudanças de hábitos. Nessa fase inicial, como em qualquer doença crônica, a explicação dos mecanismos da constipação funcional com a consequente retenção das fezes levando ao escape fecal deve ser minuciosa, retirando qualquer dúvida e orientando que a rápida eficácia da intervenção logo após a desimpactação não é duradoura, a menos que o tratamento se perpetue de acordo com as orientações profissionais.

Desimpactação

Para crianças com complicações da constipação e/ou fecaloma à palpação abdominal ou ao toque retal, é fundamental a desobstrução da via retal com esquema regressivo de clisteres e de laxantes (tratar eventuais fissuras anais, com pomada anestésica alternando com pomada cicatrizante, antes de administrar os clisteres).

O produto a ser utilizado e a duração dessa etapa depende do grau de impactação. Recomenda-se a seguinte conduta:

- Clister fosfatado (10 mL/kg/dia = máximo 120 mL/vez);
- Solução de sorbitol (Minilax[®]): somente para impactação menor;
- Clister caseiro (10 mL/kg/dia) pode ser feito com: soro fisiológico com glicerina ou vaselina líquida a 10⁰%;
- Geralmente a desimpactação é feita uma vez ao dia por 3 a 5 dias, seguido por mais uma semana em dias alternados se os sinais de impactação ainda estiverem presentes. O primeiro clister deve ser feito na unidade básica de saúde (UBS), ensinando ao cuidador como realizá-lo.

As soluções fosfatadas podem desidratar a criança e ocasionar intoxicações, se retidas. Havendo retenção do fosfato por mais de 1 hora, executar lavagem com glicerina, como descrito acima, para sua eliminação. Não usar antes dos 2 anos de idade, nem em crianças com insuficiência renal ou doença de Hirschsprung.

Manutenção

Sua finalidade é manter as evacuações presentes durante a fase de restabelecimento. Em geral tem duração em torno de seis meses e nesse período, além do uso de laxativos, é importante a reeducação alimentar para evitar recaídas futuras.

LAXATIVOS

Tem a finalidade de evitar a retenção de fezes, diminuindo sua consistência e aumentando a frequência das evacuações. Os mais utilizados são:

- Óleo mineral: 1 a 2 mL/kg/dia. Não deve ser utilizado em crianças neuropatas e menores que 2 anos, pelo risco de aspiração;
- Laxativos osmóticos:
 - Lactulose: 1 a 3 mL/kg/dia em 2 doses diárias
 - Hidróxido de magnésio: 1-3 mL/kg/dia em 2 doses diárias
- Ajusta-se a dose até manter hábito intestinal proposto (1 a 2 vezes por dia). Nesse período se a criança ficar três dias sem evacuar é recomendado fazer lavagem intestinal com solução de sorbitol (uma vez a cada três dias sem evacuar), para evitar a reimpactação.

Observação: Recentemente tem-se preconizado o polietilenoglicol, com eletrólitos (PEG 3.350 = macrogol), para a desimpactação por via oral. Deve ser utilizado com cuidado e monitoramento dos seus possíveis efeitos colaterais. Esse mesmo produto, sem eletrólitos, é utilizado também para o tratamento de manutenção, em doses menores para o esvaziamento do fecaloma, mas no Brasil só existe a formulação comercial para pessoas acima de 20 quilos. Em Belo Horizonte (UFMG), tem sido utilizada, com sucesso, formulação artesanal de PEG sem eletrólitos.

DIETA RICA EM FIBRAS

Aumentar a quantidade de fibras na dieta (farelos, cereais, verduras, frutas) é importante para aumentar o volume e diminuir a consistência fecal. Fibras são importantes para a melhora da constipação. Os requerimentos diários de fibra alimentar podem ser conhecidos através de uma regra prática, que soma 10 à idade em anos da criança (máximo = 25 gramas). O uso adequado das porções alimentares da pirâmide da American Health Foundation, para as faixas etárias adequadas, supre as necessidades diárias das fibras alimentares, desde que a metade dos cereais seja consumida na sua forma integral. Lembrar que apenas algumas folhas de alface ou pequenas porções de tomate durante o almoço e/ou jantar não são suficientes. Há necessidade de orientar o consumo de fibras em todas as refeições do dia e oferecer uma lista com os diversos alimentos ricos em fibras, além de conhecer aspectos psicossociais e culturais para uma orientação alimentar mais individualizada (incluindo a diminuição de excessos de proteínas, lípidos e hidratos de carbono), que propicia maior adesão.

Alguns alimentos ricos em fibra são:

- Farelo de trigo: grande teor de fibras (40%), que pode ser utilizado substituindo 1/3 da farinha em preparações (bolos, tortas, bolachas etc) ou ainda adicionados a alimentos com maior textura, como bolo de carne, quibe, farofa, dentre outros;
- Frutas: *in natura* (preferencialmente com bagaço) ou secas, como ameixa preta, uva-passa, figo-seco, dentre outros;
- Cereais: pães integrais, arroz integral, trigo, milho, pipoca, dentre outros;
- Oleaginosas: amendoim, castanha-de-caju, castanha-do-pará, nozes, dentre outros;
- Leguminosas: feijão, ervilhas, lentilha, grão-de-bico, dentre outros;
- Tubérculos: mandioca, inhame, cará, dentre outros;
- Hortaliças: todas, inclusive folhosos com os talos;
- Sementes: linhaça, gergelim, dentre outros.

INGESTÃO HÍDRICA

Observar a ingestão de água, que deve ser abundante para que as funções das fibras alimentares sejam efetivas e não ocorra impactação. Diminuir o uso de sucos artificiais e refrigerantes.

TREINAMENTO ESFINCTERIANO

Recomenda-se que a criança utilize o vaso sanitário 1 a 3 vezes/dia, após as grandes refeições (café da manhã, almoço e jantar), durante 5 a 10 minutos, quando o reflexo gastrocólico favorece as evacuações. Deve ser feito em crianças acima de 4 anos de idade, que já adquiriram o controle esfincteriano e podem compreender o treinamento proposto. Observar a necessidade de assento de tamanho adequado, além de apoio para os pés das crianças que não conseguem apoiá-los no chão e por isso não obtêm mecanismo efetivo da prensa abdominal.

PROFILAXIA

Procurar realizar sempre as consultas de puericultura, oportunidade ímpar para o reconhecimento das fases iniciais da constipação funcional ou orgânica, que permitirá uma intervenção precoce com benefício à saúde da criança.

CENÁRIOS CLÍNICOS (Fluxograma 109-1)

Cenário I

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Paciente de 2 anos com queixa de evacuações a cada 3 dias, com esforço, fezes em cíbalos, algumas vezes com pequena quantidade de sangue durante a evacuação. Observou-se que as características das fezes começaram a se modificar aos 8 meses de vida e foram piorando gradativamente. Nasceu bem, atualmente bem nutrida, utilizando a mesma dieta da família. Seio materno exclusivo até 6 meses de idade, quando iniciou alimentação complementar. Mãe e irmão constipados. Nega febre, distensão abdominal, vômitos. Ao exame físico observa-se pequena fissura anal. Peso e estatura adequados (p50) para idade e sexo.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

Constipação intestinal funcional.

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS ADOTADAS

As características das evacuações, seu início após a introdução da alimentação complementar, peso adequado e história familiar sugerem constipação intestinal crônica funcional com complicação. Dessa forma, inicialmente deve-se tratar a fissura, observar se existe fecaloma e iniciar o tratamento para constipação com complicação, que deve ser mantido por seis meses.

A criança só deve ser encaminhada a outro nível de atenção se não houver melhora após 6 meses de tratamento adequado ou apresentar algum sinal de alarme durante esse período.

Cenário II

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Paciente com 1 mês de idade, nasceu com peso adequado. Inicialmente não ganhava em peso e posteriormente passou a perder peso de modo gradativo, associado à distensão abdominal progressiva. Há 1 dia iniciou vômitos. Evacua em pequena quantidade e a mãe conta que a alta após o nascimento foi postergada pela demora na eliminação de mecônio (> 2 dias). Encontra-se em aleitamento materno exclusivo. Ao exame: apresenta abdome distendido, tenso e logo após o toque retal há eliminação explosiva de fezes líquidas.

DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO E ETIOLÓGICO

Constipação intestinal de causa orgânica (doença de Hirschsprung).

MEDIDAS CLÍNICAS E REGULATÓRIAS ADOTADAS

O paciente apresenta alguns sinais de alarme para constipação intestinal orgânica: distensão e tensão abdominal, perda de peso, vômitos e toque retal alterado (“em dedo de luva”). Devido à relativa gravidade do caso, encaminhar imediatamente a um centro de referência para elucidação diagnóstica.

BIBLIOGRAFIA

- Bardisa-Ezcurra L, Ullman R, Gordon J; Guideline Development Group. Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010; 340:c2585.
- Del Ciampo IRL. Constipação intestinal crônica na infância: prevalência, diagnóstico e valorização dos seus sinais e sintomas em unidade básica de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1999.
- Infante Pina D, Miserachs Barba M, Segarra Canton O, Álvarez Beltrán M, Redecillas Ferreiro S, Vilalta Casas R, et al. Seguridad y eficacia del polietilenglicol 3350 con electrolitos en el tratamiento del estreñimiento funcional en niños. *Anales de Pediatría*. 2011;75(2):89-95.
- Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment, and long term follow up. *Gut*. 1993;34:1400-4.
- Maffei HV, Vicentini AP. Prospective evaluation of dietary treatment in childhood constipation: high dietary fiber and wheat bran intake are associated with constipation amelioration. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2011;52(1):55.
- Maffei HVL, Morais MB, Silva JMB. Constipação intestinal crônica. In: Hessel G, Ribeiro AF, editores. *Gastroenterologia e hepatologia pediátrica: diagnóstico, tratamento e casos clínicos*. São Paulo: Sarvier; 2011. p. 276-311.

- Molnar D, Taitz LS, Urwin OM, Wales JK. Anorectal manometry results in defecation disorders. *Archives of Disease in Childhood*. 1983;58(4):257-61.
- Morais MB, Maffei HVL. Constipação intestinal. *Jornal de Pediatria*. 2000;76 Supl 2:S147-S156.
- Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2006;130:1527-37.
- Van den Berg M, Benninga M, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *American Journal of Gastroenterology*. 2006;101:2401-9.



