

Constipação crônica funcional: como o pediatra deve manejar

Ana Regina Lima Ramos¹, Raquel Borges Pinto², Francieli Spiazzi Sanfelice³

A constipação pode ser definida como atraso ou dificuldade na defecação presente por duas ou mais semanas causando desconforto ao paciente¹. Constipação crônica funcional resulta da retenção voluntária de fezes pela criança ou adolescente relacionada ao medo de evacuar causado por uma evacuação prévia dolorosa². Um ciclo vicioso é formado levando a impactação fecal e algumas vezes a incontidência fecal, perda de sensação de distensão retal e por último perda da urgência normal de defecar³. É causa de sofrimento para a criança e sua família e tem um impacto significativo no custo de cuidados com a saúde¹. Ocorre igualmente em meninos e meninas⁴.

Muitas vezes o início do tratamento é atrasado, e medidas pouco produtivas são implantadas. Um estudo recente realizado em Minas Gerais apontou que a maioria dos pediatras generalistas pesquisados (73%) não indicavam tratamento de desimpactação e apenas 25% indicavam o uso de Polietilenoglicol, considerado como medicamento de primeira escolha para o tratamento de constipação⁵. O mesmo estudo sugeriu que os pediatras tem a tendência a supervalorizar o uso de fibras em relação ao uso de laxativos. Serão abordadas algumas questões comuns sobre o manejo da constipação em crianças e adolescentes.

- Constipação crônica funcional é um problema comum na infância?

Sim, a constipação crônica funcional é um problema comum na infância, com uma prevalência esti-

mada de 3% em todo o mundo. Em 17% a 40% das crianças, a constipação começa no primeiro ano de vida¹.

- Quais os principais sintomas da criança com constipação?

A criança com constipação apresenta muitas vezes defecação dolorosa e/ou infrequente, incontidência fecal e dor abdominal; é causa de sofrimento significativo para a criança e sua família¹.

- Qual a definição de constipação de acordo com os critérios de ROMA IV?

A definição atual de constipação infantil foi estabelecida pelos critérios de ROMA IV, conforme segue na tabela 1⁶.

- Quais os dados importantes da história e exame físico que devem ser avaliados?

O principal papel da história e exame físico na avaliação da constipação são para excluir outros distúrbios que se apresentam com dificuldades para a defecação e identificar complicações. As informações que devem ser ativamente procuradas incluem: a idade do início dos sintomas, o sucesso ou fracasso no treinamento esfinteriano, frequência e consistência das fezes, dor e/ou sangramento durante a passagem das fezes, a coexistência de dor abdominal ou incontidência fecal (se presente e se for também noturna), o comportamento retentor, a

1. Gastroenterologista Pediátrica do Hospital Criança Conceição, Porto Alegre, RS.
2. Gastroenterologista Pediátrica do Hospital Criança Conceição, Porto Alegre, RS.
3. Residente de Neonatologia do Hospital Criança Conceição, Porto Alegre, RS.

Tabela 1 - Roma VI - Critérios diagnósticos para constipação funcional⁶

Para uma criança com idade entre 0 e 4 anos (durante 1 mês pelo menos). Pelo menos 2 critérios abaixo:

- duas ou menos evacuações por semana;
- retenção excessiva de fezes;
- comportamento de retenção;
- história de evacuações duras ou dolorosas;
- massa fecal no reto;

Criança com treinamento esfinteriano – critério adicional:

- pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana;
- fezes volumosas que podem obstruir o vaso sanitário.
- Deve haver critérios insuficientes para o diagnóstico de síndrome do intestino irritável.
- Os sintomas não devem ser plenamente explicados por outra condição médica.

Para crianças de 4 anos até adolescentes (uma vez por semana por pelo menos um mês). Pelo menos 2 critérios abaixo:

- duas ou menos evacuações no banheiro por semana;
- pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana;
- história de comportamento de retenção ou retenção voluntária excessiva de fezes;
- história de evacuações dolorosas ou duras;
- história de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário;
- grande massa fecal no reto.
- Deve haver critérios insuficientes para o diagnóstico de síndrome do intestino irritável.
- Os sintomas não devem ser plenamente explicados por outra condição médica.

Fonte: Levy EI et al.⁶

história dietética, mudanças no apetite, náuseas e/ou vômitos e perda de peso².

A pseudoconstipação ocorre em aproximadamente 5% dos lactentes com idade inferior a 6 meses em aleitamento natural predominante. É definida como a ocorrência de eliminação de fezes macias em frequência menor que 3 vezes na semana. Tal condição é fisiológica e não requer tratamento².

- Quais os sinais de alarme?

Causas orgânicas de constipação devem ser consideradas quando o comportamento de esforço é acompanhado de sinais de alarme: atraso na eliminação do mecônio (após 48h de vida), febre, vômito ou diarreia, sangramento retal e distensão abdominal grave. As causas orgânicas mais importantes são doença de Hirschsprung e fibrose cística. A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) também pode estar envolvida na constipação. As manifestações de proctite e colite alérgicas podem ser fatores desencadeantes de evacuações dolorosas com consequente retenção fecal².

- Qual é o diagnóstico diferencial de constipação?

- Doença celíaca.
- Hipotireoidismo/ Hipercalcemia/ Hipocalcemia.
- Diabetes mellitus.
- Alergia a proteína do leite de vaca (APLV).
- Drogas e tóxicos: opiáceos, anticolinérgicos, antidepressivos, quimioterapia, intoxicação por chumbo.
- Intoxicação por vitamina D.
- Botulismo.
- Fibrose cística.
- Doença de Hirschsprung.
- Acalasia anal.
- Malformações anatômicas: ânus imperfurado, estenose anal.
- Massa pélvica (teratoma sacral).
- Anomalias da medula espinhal, trauma.
- Anormalidades da parede abdominal: Prunne Belly, gastrosquise, síndrome de Down.
- Pseudo-obstrução (neuropatias viscerais, miopatias, mesenquimopatias).
- Neoplasia endócrina múltipla tipo 2B1.

- Quais são as possíveis complicações da constipação?

As manifestações clínicas consideradas complicações da constipação crônica funcional são: dor abdominal recorrente, vômitos, fezes com sangue, infecções urinárias de repetição, retenção urinária e a enurese. Vale mencionar que a diminuição do apetite e a anorexia ocorrem com frequência, podendo atuar como um fator de agravo e perpetuação da constipação².

- Quais as alterações no exame físico identificadas na criança e adolescente com constipação crônica?

Pode-se encontrar distensão abdominal, massa fecal palpável no abdome, fissura anal e presença de fezes impactadas no reto².

- Como é o tratamento da constipação funcional?

É fundamental que seja reforçada a importância do condicionamento do hábito intestinal, o que inclui a orientação de permanência da criança sentada no vaso sanitário ou penico por um período de 5 a 10 minutos após as grandes refeições, a fim de aproveitar o reflexo gastrocólico³. Os vasos sanitários devem ser adequados à altura da criança ou deve-se fornecer uma adaptação que permita o uso correto da musculatura abdominal envolvida na defecação. A criança deve conseguir apoiar os pés no chão ou deve-se usar um banco ou cadeira em frente ao vaso sanitário para que ela possa apoiar os pés⁵. O tratamento consiste em duas fases: desimpactação e manutenção.

- **Desimpactação:** é recomendado quando há identificação de massa fecal na palpação abdominal, toque retal ou radiografia simples de abdome³. A primeira linha de tratamento de crianças com impactação fecal é o uso de polietilenoglicol (PEG) com ou sem eletrólitos na dose de 1-1,5 g/kg/dia, por 3 a 6 dias⁶. Caso não haja disponibilidade de PEG, podem ser utilizados enemas diários por 3 a 6 dias¹. Devem ser mantidos até a completa eliminação das fezes e a criança apresentar 1 a 2 evacuações amolecidas por dia². Em termos de eficácia, não há diferença entre os tratamentos. No último consenso das Sociedades Norte Americana e Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, o grupo de trabalho deu preferência ao uso de PEG¹.

- **Manutenção:** a manutenção do tratamento é extremamente importante, pois evita que ocorra a reimpactação fecal. Envolve, especialmente, a utilização de laxantes por pelo menos 2 meses³. Importante lembrar que todos os sintomas da constipação devem estar resolvidos por pelo menos 1 mês antes da descontinuação do tratamento e a retirada do laxante deve ser gradual¹. Na tabela 2 estão expostas as medicações e doses utilizadas em crianças^{1,3}:

- Existe algum benefício na suplementação de fibras para a criança constipada?

O consenso das Sociedades Norte Americana e Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição não recomenda o uso de suplementação de fibras no tratamento da constipação funcional, desde que seja ingerida uma quantidade adequada de fibra na dieta¹. Uma revisão sistemática com metanálise recente realizada em Porto Alegre não demonstrou evidências científicas para corroborar a prescrição de suplementação de fibras na dieta de crianças constipadas como parte do tratamento desta condição⁷. Em relação ao consumo de líquidos, é recomendado pelos bons hábitos de higiene alimentar³.

- Quando devo encaminhar uma criança com constipação para o especialista?

O especialista deve ser consultado quando houver falha no tratamento ou quando existe a suspeita de doença orgânica⁴.

- Qual é a evolução da criança com constipação crônica funcional?

Cerca de 50% dos pacientes apresentam melhora e permanecem sem uso de laxativos entre 6 e 12 meses após início do tratamento. Aproximadamente 10% permanecem assintomáticos enquanto estão em uso de laxativos e 40% mantêm sintomas apesar do uso deles. Um total de 50% a 80% das crianças se recupera em 5 a 10 anos, respectivamente. O atraso no início do tratamento por mais de 3 meses em relação ao início dos sintomas está correlacionado com tempo maior de duração dos sintomas³.

Tabela 2 - Doses e medicações mais utilizadas em crianças

Agente	Dose	Observações
Óleo mineral	– 2 a 18 anos: 1-3 mL/kg/dia a noite Máximo: 90 mL/dia	– Contraindicado em < 2 anos e pacientes com risco de aspiração – Risco de aspiração e pneumonia lipídica – A refrigeração melhora o paladar
Hidróxido de Magnésio	– 1 a 11 anos: 1-3 mL/kg/dia 12/12h (máx. 45 mL/dia) – 12 anos ou mais: 15-45 mL/dia	– Contraindicado em paciente com insuficiência renal
Lactulose	– 1-3 mL/kg/dia, uma ou duas vezes ao dia	– Doses elevadas podem provocar hipernatremia
Polietilenoglicol 3.350	– 0,2-0,8 g/kg/dia (PEG 3350)	– Para crianças > 6 meses
PEG 4000 - manipulação	– 0,32-0,76 g/kg/dia (PEG 4000)	
Enema fosfatado	1-18 anos: 2,5 mL/kg (até 133 mL)	

Referências bibliográficas

1. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *JPGN*. 2014;58(2):258-74.
2. Morais MB de, Maffei HVL, Tahan S. Constipação intestinal. In: Carvalho E, Silva LR de, Ferreira CT. *Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria*. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2012: p.466-93.
3. Gotze DR, Oliveira JG de, Nunes DLA, Goldani HAS. Constipação intestinal. In: Lago PM do, Ferreira CT, Mello ED de, Pinto LA, Epifanio M. *Pediatria baseada em evidências*. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2016: p.163-79.
4. Management of Functional Constipation. 2012. The Hospital for Sick Children. Toronto, CA.
5. Torres MRF, de Melo MCB, Purcino FAC, Maia JC, Aliani NA, Rocha HC. Knowledge and practices of pediatricians regarding functional constipation in the state of Minas Gerais, Brazil. *JPGN*. 2015;61(1):74-9.
6. Levy EI, Lemmens R, Vandeplass Y, Devreker T. Functional constipation in children: challenges and solutions. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*. 2017;8:19-27.
7. Mello, PP, Eifer DA, Mello ED. Use of fibers in childhood constipation treatment: systematic review with meta-analysis. *J Pediatr*. 2018 (in press).