

Obstipação. Da intervenção dietética à cirurgia.

INTRODUÇÃO

Duque G

A obstipação é uma condição comum, persistente, afetando muitos doentes em todo o mundo. É considerada um importante problema de saúde pública, dado o grande impacto que acarreta no bem-estar e qualidade de vida do doente, bem como o impacto económico, resultando numa elevada utilização do sistema de saúde.

Atualmente é definida como defecação difícil, insatisfatória e/ou infrequente, realçando a importância da qualidade da defecação, aliada à quantidade. Esta inclui o esforço defecatório, sensação de obstrução anorectal e a necessidade de manobras manuais para facilitar a evacuação.

A combinação de modificação de estilos de vida, nomeadamente a prática de atividade física regular, hidratação oral e incremento de fibra na dieta, reduzem a severidade dos sintomas com melhoria da qualidade de vida.

Como terapêutica de 1ª linha poderemos iniciar terapêutica farmacológica com laxantes de volume (fibra solúvel ou insolúvel), laxantes osmóticos (lactulose, polietilenoglicol) ou combinação de ambos.

A maioria dos doentes responderão adequadamente a esta abordagem. A falência terapêutica é determinada após duração do tratamento de 4-8 semanas. Caso esta seja declarada, deverão ser realizados estudos funcionais: estudo com tempo de trânsito cólico com marcadores radiopacos, defecografia/defecoesonância, manometria anorectal, teste de expulsão do balão. Nenhum dos testes é individualmente capaz de diagnosticar um distúrbio

defecatório, pelo que pelo menos 2 testes deverão ser realizados para determinação da fisiopatologia e consequentemente orientação terapêutica, dependendo das disponibilidades no nosso local.

Se a resposta clínica é insatisfatória na abordagem de 1ª linha e não possuem dissennergia defecatória, laxantes estimulantes (bisacodilo, picossulfato de sódio), secretagogos (linaclotide), procinéticos (prucalopride) deverão ser introduzidos. Caso não exista resposta a um só fármaco, combinações poderão ser consideradas.

O *Biofeedback* consiste na terapêutica comportamental que engloba a repetição de exercícios e a simulação da defecação por forma a coordenar a compressão abdominal e a contração do pavimento pélvico. É seguro e marginalmente invasivo. Consiste na abordagem preferencial nos distúrbios da defecação.

A cirurgia é eficaz nos doentes que padecem de alterações estruturais da evacuação, nomeadamente intussuspeção, retocelo, prolapso retal ou síndrome da descida do períneo, comprovados por exames complementares de diagnóstico e refratários à terapêutica médica. A abordagem cirúrgica em contexto de obstipação crónica deve ser considerada como último recurso terapêutico e deve ser cuidadosamente equacionada.

Nesta reunião regional da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia foram apresentados 2 casos que exemplificam a abordagem médica e a aplicabilidade da terapêutica cirúrgica, quando a primeira é ineficaz.

Gabriela Duque Pena

Serviço de Gastrenterologia – Hospital Distrital da Figueira da Foz

CASO CLÍNICO 1

Gonçalves A, Silva M, Barbeiro S, Martins C, Vasconcelos H

INTRODUÇÃO

A obstipação crónica é um dos distúrbios funcionais mais prevalentes, afetando cerca de 2 a 28% da população adulta.¹⁻² Apresenta um grande impacto ao nível da saúde pública, pelos elevados custos associados e compromisso na qualidade de vida.

Os fatores de risco conhecidos são o género feminino, baixa ingestão calórica, sedentarismo, idade avançada, baixo nível socioeconómico e cultural.¹⁻³

O seu diagnóstico acarreta algum grau de subjetividade, sendo, muitas vezes, difícil a distinção entre a obstipação funcional, segundo critérios clínicos e a obstipação auto-referida. Neste sentido, foram desenvolvidos e posteriormente revistos os Critérios de Roma (Quadro 1), de forma a uniformizar e facilitar o seu diagnóstico.⁴

QUADRO 1 Critérios Roma IV para diagnóstico de obstipação funcional.

Critérios de diagnóstico de obstipação funcional (Critérios Roma IV)

Pelo menos 2 dos seguintes critérios:

- a) Esforço defecatório em mais de 25% dos movimentos intestinais
- b) Fezes fragmentadas ou endurecidas (Escala de fezes de Bristol 1-2) em mais de 25% dos movimentos intestinais
- c) Sensação de evacuação incompleta em mais de 25% dos movimentos intestinais
- d) Sensação de bloqueio/obstrução anorretal em mais de 25% dos movimentos intestinais
- e) Manobras digitais na ajuda à defecação em mais de 25% dos movimentos intestinais
- d) Menos de 3 defeções espontâneas por semana

Critérios presentes nos últimos 3 meses e durante um período de 6 meses

A obstipação funcional pode ser dividida em três grupos distintos, conforme a sua fisiopatologia: Obstipação com trânsito normal, Obstipação com trânsito lento e a Disfunção Defecatória.

André Ruge Gonçalves, Maria Silva, Sandra Barbeiro, Catarina Atalaia Martins, Helena Vasconcelos

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Leiria

No seu tratamento, o passo inicial O passo inicial do tratamento passa por descontinuar, tanto quanto se possível, medicamentos tendencialmente obstipantes (antidepressivos, anti-inflamatórios não esteróides, diuréticos, opióides, entre outros). Posteriormente deve ser realizado reforço de medidas comportamentais e dietéticas, adjuvado com terapêutica farmacológica laxante e intervenção cirúrgica, em última instância.^{1,3,5}

CASO CLÍNICO

Doente do género feminino, raça caucasiana, de 77 anos, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial Essencial grau 1, IMC 28 Kg/m² e fissura anal crónica cicatrizada. Como Antecedentes ginecológicos e obstétricos destacam-se 2 gestações e 2 partos eutócicos e histerectomia total por patologia ginecológica benigna não clarificada. Encontrava-se medicada em ambulatório com Lactulose em SOS, Plantago ovata + isphagula + sene 1 colher sopa/noite e Losartan 50 mg/dia. Sem alergias medicamentosas ou outras conhecidas.

Foi referenciada para a consulta de Gastrenterologia por quadro 2 anos de evolução de menos de 3 defeções semanais, de fezes maioritariamente duras (morfologia 2-3 na Escala de Bristol) associadas a esforço defecatório, por vezes com sensação de evacuação incompleta e prolapso anal com redução espontânea. Negava dor abdominal ou anal, perdas hemáticas, perda ponderal ou qualquer outra sintomatologia do foro GI associada. Referia pouca melhoria com a terapêutica laxante instituída. Já faria reforço do aporte de fibras e aporte hídrico adequado de 2 Litros de água por dia, sem efeito. Teria realizado colonoscopia total com boa preparação intestinal, 6 anos antes, sem alterações. Ao exame objetivo destacava-se inspeção peri-anal e anal com mariscas volumosas e anoderme sem outras alterações. Toque retal indolor, esfínter normotónico, com escassa resposta com o esforço defecatório e ampola retal sem fezes ou massas palpáveis. Realizou-se anoscopia com identificação de pedículos hemorroidários congestivos e volumosos, com redução espontânea compatíveis com diagnóstico de doença hemorroidária grau II.



Foi assumido o diagnóstico de Obstipação Funcional, em conformidade com os critérios de Roma IV, sem sintomas ou sinais de alarme que justificassem avaliação complementar ab initio. Foi realizado após reforço das medidas comportamentais e dietéticas, com e otimização da terapêutica farmacológica com laxantes expansores de volume: Lactulose 15 mL 1-2 colheres de sopa /dia, e Bassorina associada a Amieiro negro 1-2 saq/dia. Adicionalmente, foi medicada também com Diosmina+bioflavonoides 1000 mg/dia.

Realizou-se reavaliação em consulta meses depois, verificando-se manutenção do número de dejeções semanais e da sensação de evacuação incompleta, referindo períodos de dor abdominal tipo cólicas de predomínio diurno e esforço defecatório ineficaz mesmo quando fezes moles. Admitiu, no entanto, toma irregular dos laxantes prescritos, alegando receio de habituação. Foram novamente reforçadas medidas comportamentais e dietéticas, com especial foco no cumprimento da medicação e nova otimização da terapêutica laxante, com instituição de Linaclotida 290 mcg/dia associado a *Plantago ovata* + isphagula + sene 1 colher sopa/noite e recurso a laxante estimulante (Bisacodilo 5mg) em SOS a cada 2 dias se sem dejeções ou com fezes duras mantidas.

Nesta fase, e apesar da parca adesão terapêutica, face à sintomatologia enquadrável nas síndromes de disfunção defecatórias, optou-se pela realização de métodos complementares de diagnósticos dirigidos à avaliação da motilidade e fisiologia anorretal, com reavaliação posterior em consulta, tendo-se requisitado manometria anorretal e videodefecografia.

Antes da data da consulta prevista, a doente recorreu ao Serviço de Urgência por período de 10 dias sem dejeções e hematoquémia indolor abundante. Admitia suspensão de Linaclotida por mal-estar geral inespecífico, e toma irregular da restante terapêutica laxante. Não apresentava alterações ao exame objetivo, incluindo anorretal nem na avaliação analítica complementar. Foi realizada rectosigmoidoscopia com identificação de úlcera única plana, de fundo branco, com cerca de 20 mm, aos 25 cm da margem anal, cujos bordos foram biopsados, sem sinais de malignidade na análise histológica. Teve alta para consulta, medicada com Polietilenoglicol 1 saqueta/dia durante 4 dias, Macrogol+NaCl+

NaHCO₃- + KCL 2 saq/dia + e Bisacodilo 5 mg em SOS a cada 2 dias se sem dejeções ou com fezes duras mantidas.

Na reavaliação em consulta, apresentava melhor adesão terapêutica, com períodos com dejeções a cada 2 dias, melhoria na dureza das fezes, tipologia 3-4 na escala de Bristol, mas ainda com persistência de queixas de evacuação incompleta e esforço de defecatório ineficaz, mesmo com fezes moles.

A manometria anorretal demonstrou pressão anal de repouso normal; boa contração voluntária; reflexos da tosse, ano-cutâneo e à distensão retal dentro dos parâmetros da normalidade; estudo defecatório sugestivo de dissinergia do pavimento pélvico. A videodefecografia com bário contrastado objectivou: junção anorrectal em posição baixa em repouso (6,3 cm inferiormente à linha pubo-coccígea), com descida acentuada em manobra de esforço (9.7 cm inferiormente à linha pubo-coccígea). Foi identificado ainda rectocelo anterior (com 2 cm de eixo ântero-posterior) e persistência do contraste na ampola retal no final do estudo, compatível com evacuação incompleta.

Assumiu-se o diagnóstico de disfunção defecatória por dissinergia do pavimento pélvico, pequeno rectocelo, descida anormal do pavimento pélvicos e síndrome da úlcera solitária do recto. A doente foi orientada para terapêutica de *biofeedback* adjuvada à terapêutica comportamental, dietética e farmacológica já instituídas. Apresentou melhoria global dos sintomas de obstipação aos 6 meses, com dejeções a cada 2 dias, fezes maioritariamente moles (tipologia 4 na escala de Bristol), e menor esforço defecatório e apenas alguns períodos de sensação de bloqueio anorretal sem sensação de evacuação incompleta.

DISCUSSÃO

As síndromes de disfunção defecatória pressupõem dificuldade no esvaziamento eficaz da ampola rectal pela incapacidade na coordenação dos grupos musculares abdominais, pélvicos e anorretais, cursando muitas vezes com um trânsito cólico lento.

O aumento do esforço defecatório, sensação de evacuação incompleta, necessidade de digitoclise ou outras manobras manuais para facilitar a defecação são algumas das queixas presentes em doentes com sintomatologia de obstipação funcional.

Segundo os critérios de Roma IV, o diagnóstico pressupõe pelo menos dois estudos de motilidade anorretais com achados compatíveis com dissinergia defecatória. A contração inapropriada dos músculos do pavimento pélvico (esfíncter anal e/ou puborretal) ou um relaxamento do esfíncter anal inferior a 20% em relação ao basal são insuficientes, por si só, para o diagnóstico destas síndromes, devendo ser complementados com um teste de expulsão do balão anormal e/ou defecografia por RMN ressonância magnética ou com bário contrastado com achados sugestivos.^{1,6}

A otimização da consistência e do número das dejeções faz parte da abordagem terapêutica inicial e segue, em traços gerais, as orientações atuais para o tratamento dos outros tipos de obstipação funcional.^{1,3,5-7}

A educação do doente através do reforço de medidas comportamentais (incentivo à atividade física, tentativa de defecação após as refeições, entre outros) deve ser acompanhada pelo aumento de ingestão de fibras (20-25 gr/dia) e de fluídos (pelo menos 1.5L de água por dia), de modo a reduzir a dependência de laxantes. Dentro destes, os laxantes expansores de volume (como o *psyllium*) actuam promovendo a absorção de água e consequente aumento da massa fecal, e devem ser utilizados como co-adjuvantes às medidas comportamentais e dietéticas de 1ª linha. Nos doentes com fraca resposta à abordagem inicial podem ser usados laxantes osmóticos (como o polietilenoglicol), dissacáridos (como a lactulose) e os salinos (como o hidróxido de magnésio e outros sais de magnésio). Os laxantes estimulantes (como por exemplo bisacodilo) devem ser reservados aos doentes sem resposta, devendo, no entanto, ser utilizados com cautela e por curtos períodos de tempo, pelo risco de dependência/habituação e lesão do epitélio cólico. Alguns fármacos novos têm sido estudados para o tratamento da obstipação entre os quais os secretagogos cólicos como o linaclotide ou a lubiprostona e os agonistas dos recetores da 5-HT4 como prucalopride, podendo ser utilizados em doentes com quadros de obstipação funcional refratária à terapêutica habitual.^{1,3,5-7}

Segundo as *guidelines* do *American College of Gastroenterology* para o tratamento de Patologias Anorretais Benignas, o *biofeedback* constitui o *cornerstone* da

abordagem terapêutica das Disfunções Defecatórias.⁶ É uma terapêutica comportamental que visa a tentativa de correção da contração inadequada dos músculos do pavimento pélvico e do esfíncter anal externo durante a defecação. Alguns estudos randomizados controlados demonstraram a eficácia na melhoria global dos sintomas. Num deles, o *biofeedback* demonstrou inclusive ser mais eficaz do que o polietilenoglicol (PEG) nos doentes refratários à terapêutica conservadora. Os sintomas e a fisiologia anorretal melhoraram em 80% no grupo submetido ao *biofeedback* quando comparados aos 22% do ramo doentes tratados com PEG.^{6,8}

Mesmo em centros terciários, onde a experiência e aplicabilidade deste método é maior, a melhoria global dos sintomas intestinais segundo os trabalhos foi sustentada em apenas 64% dos doentes.^{6,9}

O *biofeedback* não se encontra amplamente disponível e não está ainda bem padronizado, verificando-se resultados discordantes entre os vários centros. É, no entanto, cada vez mais uma terapêutica alternativa nos doentes com disfunção defecatória e obstipação funcional, inclusive nos que apresentem concomitantemente trânsito cólico lento. ■■■

REFERÊNCIAS

1. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's - *Gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology/diagnosis/management (10th Edition)*. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2016.
2. Gray JR. *What is chronic constipation? Definition and diagnosis*. Can J Gastroenterol. 2011; 25 Suppl B:7B-10B.
3. Wald A. *Constipation: Advances in diagnosis and treatment*. JAMA. 2016; 315:185-91.
4. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. *Bowel Disorders*. Gastroenterology. 2016; 150:1393-407.e5.
5. Bharucha AE, Lacy BE. *Mechanisms, evaluation and management of chronic constipation*. Gastroenterology 2020; 158:1232-49.e3.
6. Wald A, Bharucha A, Limketkai B, Malcolm A, Remes-Troche JM, Whitehead WE, et al. *ACG Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders*. Am J Gastroenterol. 2021; 116:1987-2008.
7. Paquette IM, Varma M, Terent C, Melton-Meaux G, Rafferty JF, Feingold D, et al. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Constipation*. Dis Colon Rectum. 2016; 59:479-92.
8. Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Ringel Y, Drossman D, Whitehead WE. *Randomized, controlled trial shows biofeedback to be superior to alternative treatments for patients with pelvic floor dyssynergia-type constipation*. Dis Colon Rectum. 2007; 50:428-41.
9. Rao SSC, Valestin J, Brown CK, Zimmerman B, Schulze K. *Long-term efficacy of biofeedback therapy for dyssynergic defecation: Randomized controlled trial*. Am J Gastroenterol. 2010; 105:890-6.

CASO CLÍNICO 2

Inércia cólica – uma entidade com rara indicação cirúrgica

Colonic inertia – a rare indication for surgery

Catarino S, Valério F, Casimiro C

RESUMO

Inércia cólica é um distúrbio de motilidade definido por um aumento do tempo de trânsito cólico, de difícil diagnóstico e orientação terapêutica.

Os autores descrevem o caso de uma mulher de 39 anos com queixas de obstipação (1-2 dejeções/mês), refractária ao tratamento médico e com grande impacto na qualidade de vida. Estudo complementar com colonoscopia que revelou dolico cólon; tempo de trânsito cólico com tempo total muito aumentado; e manometria ano-rectal sem alterações. Foi realizada colectomia total por via laparoscópica. A doente apresentou melhoria significativa dos hábitos intestinais e da qualidade de vida.

A seleção adequada de doentes com inércia cólica para tratamento cirúrgico, após falência de tratamento médico, é o melhor preditor de bons resultados a longo prazo.

Palavras-chave: Obstipação crónica; Inércia cólica, Tempo de trânsito intestinal lento; Colectomia total laparoscópica

ABSTRACT

Colonic inertia is a motility disorder characterized by slow colonic transit time, presenting a complex diagnostic and treatment condition.

The authors describe a case of a 39 year old woman with chronic constipation (1-2 dejections/month), symptoms intractable with medical treatment and great impact in her quality of life. Further diagnostic investigation included colonoscopy that revealed dolico-colon, colonic transit study that was slow and anorectal manometry that was normal. The patient was then submitted to laparoscopic total abdominal colectomy, with marked improvements in her intestinal habits and quality of life.

The adequate selection of patients with colonic inertia for surgery, after failure of medical treatment, is the best predictor of potential good functional results.

INTRODUÇÃO

A obstipação crónica é uma patologia com elevada prevalência nos países ocidentais, estimando-se que atinja 15 a 20% da população. Verifica-se um aumento da sua prevalência com a idade afectando 30-40% das pessoas com mais de 65 anos e verifica-se também uma predominância no género feminino.¹

A obstipação é uma entidade clínica subjectiva, pelo que foram desenvolvidos critérios para uniformizar o seu diagnóstico, sendo os Critérios de Roma IV² (Tabela I) os mais utilizados.

Para o diagnóstico de obstipação funcional ou primária devem ser excluídas causas secundárias de obstipação nomeadamente etiologias orgânicas, neurológicas,

endocrinometabólicas ou medicamentosas.^{1,3} A obstipação funcional pode ser classificada em três categorias de acordo com a sua fisiopatologia: trânsito normal ou idiopática (59%); trânsito lento ou inércia cólica (13%); ou com obstrução defecatória (28%).⁴ Existem ainda formas combinadas destes subtipos de obstipação (3%).

O diagnóstico de inércia cólica é portanto estabelecido com base em critérios clínicos e estudos funcionais que incluem um tempo de trânsito cólico aumentado, com ou sem disfunção do pavimento pélvico associada. O tratamento desta entidade ainda não está uniformizado, sendo que nas recomendações de várias guidelines internacionais prevalece o tratamento médico inicial com alterações do estilo de vida e uso de laxantes, sendo a cirurgia o tratamento de última linha após falência do tratamento médico.^{5,6,7} A maioria dos estudos publicados referem resultados favoráveis com o tratamento cirúrgico quer em termos de melhoria dos hábitos intestinais, mas também na qualidade de vida.⁸

Sara Catarino, Fernando Valério, Carlos Casimiro

Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

TABELA I Critérios de Roma IV para o diagnóstico de obstipação funcional, 2016

Critérios Roma IV – obstipação funcional

O diagnóstico requer o cumprimento dos critérios nos 3 meses prévios, com início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico

1. Cumprir dois ou mais dos seguintes critérios:

- a. Esforço defecatório em >25% dos movimentos intestinais
- b. Fezes duras (Escala de Bristol 1-2) em >25% dos movimentos intestinais
- c. Sensação de evacuação incompleta em >25% dos movimentos intestinais
- d. Sensação de obstrução ano-rectal em >25% dos movimentos intestinais
- e. Manobras manuais para facilitar em >25% dos movimentos intestinais (manobras de digitação ou suporte manual do pavimento pélvico)
- f. Menos de 3 movimentos intestinais espontâneos por semana

2. Fezes moldadas raramente presentes sem recurso a laxantes

3. Ausência de critérios suficientes para o diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritável

CASO CLÍNICO

Doente do género feminino, caucasiana, de 39 anos, referenciada à consulta hospitalar de Gastrenterologia por obstipação crónica. Referia queixas de dor abdominal tipo cólica, obstipação desde a adolescência com agravamento progressivo nos últimos anos, referindo 1 a 2 dejectões por mês, fezes duras (Escala de Bristol 1-2), sem perdas hemáticas visíveis, associado a sensação de evacuação incompleta e esforço defecatório com necessidade de apoio manual para suporte pélvico, sem necessidade de manobras de digitação. A doente referia ainda grande impacto na sua qualidade de vida e nas actividades de vida diária. Tratava-se de doente com antecedentes de excisão de fibroadenoma mamário, colecistectomia laparoscópica por litíase vesicular e dois partos eutócicos. Sem história familiar relevante. Sem hábitos tabágicos ou alcoólicos.

No que respeita a medicação crónica, encontrava-se já medicada com hidróxido de magnésio 3x/dia, bisacodil 3x/dia, polietilenoglicol/macrogol em SOS e analgesia conforme necessidade (metamizol magnésio ou paracetamol). Estava também medicada com alprazolam 0,5 mg 1x/dia e contraceptivo oral. A doente referia já ter realizado previamente outros laxantes nomeadamente laevolac® (lactulose), movicol® (Macrogol, Bicarbonato



FIGURA 1 Escala de Bristol, segundo Heaton KW & Lewis SJ, 1997⁹

de sódio, Cloreto de potássio e Cloreto de sódio), citrafleet® (Ácido cítrico, Óxido de magnésio e Picossulfato de sódio), klean-prep® (macrogol e outras associações) e constella® (linaclotida), sem melhoria sintomática.

Ao exame objectivo apresentava abdómen distendido e timpanizado mas depressível, indolor, sem hérnias da parede abdominal. À inspecção anal apresentava mariscas perianais, sem fissuras, fistulas ou cicatrizes perianais, doença hemorroidária grau 1, com ligeira descida do pavimento pélvico com a manobra defecatória, esfíncter com tónus normal em repouso e na contração voluntária, sem massas endoluminais e sem prolapso rectal ou rectocelo.

Realizada colonoscopia total que revelou cólon distendido e longo (dolicocólon), sem evidência de lesões ao longo do trajecto. Analiticamente não apresentava anemia ou alterações iónicas, hormonais ou endócrino-metabólicas.

Foram recomendadas medidas higienodietéticas e

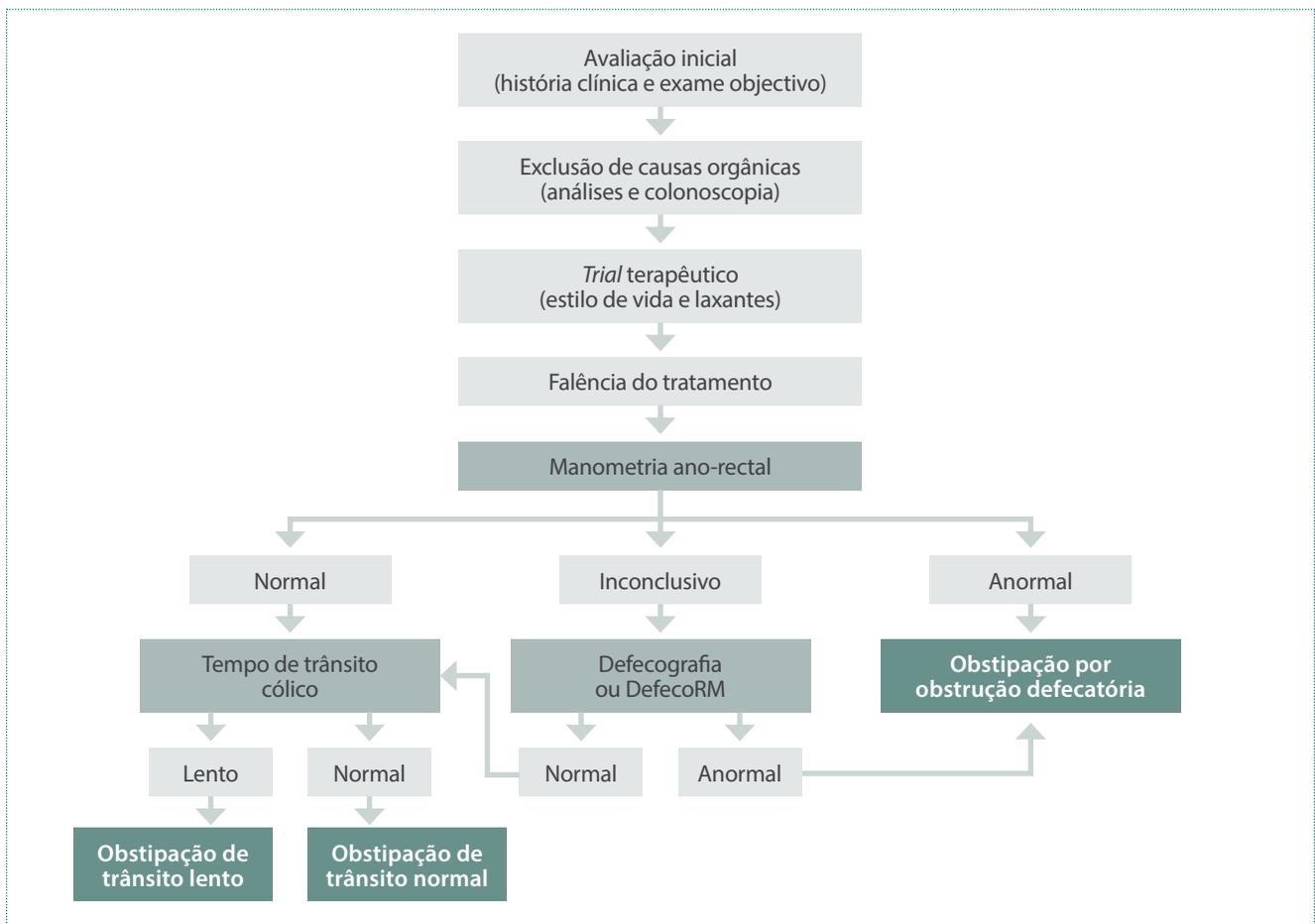


FIGURA 2 Algoritmo de orientação inicial da obstipação crónica, segundo AGA e WGO^{5,6}

foi proposto manter a medicação em curso, além de Klean-prep® e enemas de Clyss-go® (docusato de sódio e sorbitol) em SOS. Foi também pedido estudo complementar funcional de obstipação crónica.

O tempo de trânsito cólico revelou um tempo de trânsito total aumentado (17 dias) com atrasos segmentares de predomínio no cólon esquerdo (13 dias). A manometria ano-rectal revelou pressão de repouso, contração e esforço defecatório normais, ligeiro aumento da *compliance rectal* e reflexo inibitório ano-rectal normal.

Portanto, foi feito o diagnóstico de obstipação crónica com tempo de trânsito cólico lento – inércia cólica, com doença refractária ao tratamento médico instituído e com grande impacto na qualidade de vida da doente.

A doente foi observada em consulta de Cirurgia Geral tendo sido proposto tratamento cirúrgico, após expla-

nação de possíveis riscos, complicações e resultado clínico possível quer em termos de alteração dos hábitos intestinais quer em termos de qualidade de vida. Após ponderação cuidada a doente aceitou o tratamento proposto.

Realizada colectomia total com anastomose ileo-rectal latero-terminal mecânica por via laparoscópica, que decorreu sem intercorrências, assim como o restante internamento. Alta hospitalar ao 6º dia de pós-operatório, medicada com analgesia, loperamida conforme necessidade e profilaxia do tromboembolismo venoso. Exame histológico revelou dolico cólon com 103 cm de extensão, sem evidência de outras lesões.

No seguimento, a doente apresentou melhoria dos hábitos intestinais com 2-3 dejeções por dia, ausência de dor abdominal e com aumento ponderal, referindo melhoria muito significativa da sua qualidade de vida.

DISCUSSÃO

A obstipação é uma entidade clínica caracterizada pela diminuição do número de dejetões semanais, mas a sua definição tem muito de subjectivo pois apresenta uma grande variação interpessoal do conceito de normalidade. Como referido anteriormente foram desenvolvidos múltiplos sistemas de classificação de obstipação, sendo os critérios de Roma IV² (Tabela I) os mais utilizados, permitindo uma definição mais objectiva da obstipação crónica. Estes critérios de Roma IV incluem o uso da Escala de Bristol⁹ (Figura 1), descrita em 1997, que facilita a descrição do aspecto das fezes auxiliando na caracterização dos hábitos intestinais e severidade da obstipação.

A etiologia da obstipação pode ser dividida em dois grandes subtipos: a obstipação primária ou funcional em que não existe uma causa orgânica para a obstipação sendo necessários exames funcionais para a sua caracterização; e a obstipação secundária em que é possível identificar uma causa responsável pela sintomatologia.^{5,10}

A obstipação primária ou funcional pode ser ainda classificada em três categorias: obstipação com tempo de trânsito normal ou idiopática; obstipação com tempo de trânsito lento ou inércia cólica; e obstipação por disfunção do pavimento pélvico ou com obstrução defecatória. Existem formas combinadas destes subtipos de obstipação, nomeadamente a associação de obstipação com tempo de trânsito lento e obstrução defecatória.¹¹

A abordagem inicial de um doente com obstipação deve incluir, além de uma história clínica e exame objectivo detalhados, o uso de *scores* de classificação de obstipação e de avaliação da qualidade de vida do doente, importantes na avaliação da progressão clínica e da resposta à terapêutica. Nesta fase inicial devem ser excluídas causas orgânicas para a obstipação, devendo ser realizado um estudo analítico extenso e estudo endoscópico.^{5,11} Se for identificada uma causa secundária para a obstipação deve ser instituído o tratamento dirigido à mesma. Se possível recomenda-se também a descontinuação ou ajuste terapêutico de medicação potenciadora de obstipação.^{5,7}

De acordo com as guidelines da American Gastroente-

rological Association (AGA) e da World Gastroenterology Organization (WGO), a orientação inicial da obstipação funcional deve incluir um *trial* de tratamento médico, com alterações ao estilo de vida e uso de laxantes. Apenas após falência do tratamento médico deve ser realizado estudo funcional complementar de acordo com o algoritmo seguinte (Figura 2). O estudo funcional deve incluir a realização de uma manometria ano-rectal que permite a identificação de distúrbios de obstrução defecatória, podendo ser complementada pela realização de defecografia ou defeco-ressonância.^{11,12} O segundo exame funcional é um tempo de trânsito cólico que permite distinguir entre obstipação de trânsito normal ou lento.^{5,6}

A inércia cólica ou obstipação com tempo de trânsito lento é portanto um distúrbio de motilidade intestinal funcional cuja etiologia ainda não está totalmente esclarecida. Estudos sugerem que neste tipo de obstipação há uma alteração da motilidade cólica em termos de frequência, amplitude e duração, em provável relação com miopatia, neuropatia (alterações do plexo mioentérico, dos transmissores neuroendócrinos ou neuropatia central) ou uma redução das células intersticiais de Cajal, sendo esta última o achado histológico mais frequentemente observado nesta patologia.³

O tratamento de primeira linha na inércia cólica é conservador com alterações do estilo de vida, modificações dietéticas e uso de laxantes, procinéticos e enemas.¹¹ Se ocorrer falência do tratamento médico inicial, que deve ser realizado por um período mínimo de 6 meses com adequada adesão ao tratamento em causa, pode-se ponderar um tratamento cirúrgico.⁵

O tratamento cirúrgico na obstipação funcional por inércia cólica é controverso. Não existem estudos controlo sobre cirurgia na obstipação crónica, pelo que esta recomendação é realizada à base de estudos de casos e opinião de peritos.^{5,7} A seleção adequada e muito restrita de doentes para tratamento cirúrgico é essencial. Alguns artigos sugerem que a realização de manometria cólica poderá permitir uma distinção dos melhores candidatos a cirurgia, uma vez que o achado de normalidade ou miopatia implicam piores resultados com o tratamento cirúrgico enquanto que a presença de



neuropatia é indicador de melhores resultados.³ Além disso outros artigos também referem que a presença de dismotilidade do trato digestivo superior, diagnosticada com estudo de esvaziamento gástrico e/ou tempo de trânsito do intestino delgado, também é indicador de menor eficácia do tratamento cirúrgico na inércia cólica.^{7,8} Por fim, a associação de obstipação com tempo de trânsito lento e obstrução defecatória também é outro indicador de maus resultados funcionais no tratamento cirúrgico da inércia cólica. Assim, as *guidelines* da AGA e WGO para o tratamento cirúrgico na inércia cólica recomendam uma seleção adequada de doentes com diagnóstico de obstipação com tempo de trânsito cólico lento, sem obstrução defecatória ou dismotilidade do trato digestivo superior, com falência a todo o tratamento médico possível e prolongado e com sintomatologia severa o suficiente para implicar grande impacto na qualidade de vida do doente que suplante as possíveis complicações e possíveis maus resultados funcionais de um tratamento cirúrgico. Estima-se que este subgrupo de doentes altamente selecionados corresponda a cerca de 5% dos casos de inércia cólica.⁵

Relativamente ao tipo de cirurgia realizada, a colectomia total com anastomose ileo-rectal é actualmente o procedimento mais aceite. Outras opções passam por colectomia subtotal com anastomose cego-rectal, sigmoidectomia ou hemicolectomia esquerda ou apenas confecção de ileostomia. Apesar de colectomias segmentares esquerdas poderem apresentar melhorias temporárias dos hábitos intestinais, geralmente não apresentam resultados favoráveis sustentáveis a longo prazo,⁸ uma vez que é difícil determinar a partir dos estudos funcionais a parte específica do cólon que apresenta dismotilidade.³ As colectomias subtotais com anastomose cego-rectal apresentam menor risco de diarreia e incontinência pós-operatória, contudo a preservação da válvula ileo-cecal leva a maior taxa de recorrência ou persistência da obstipação.³ A ileostomia poderá ser uma opção em doentes frágeis, com múltiplas comorbilidades ou idosos, e também em casos de dismotilidade generalizada de todo o trato digestivo ou de associação de inércia cólica e obstrução defecatória.⁵ Nestes casos de associação de inércia cólica e disfunção

do pavimento pélvico, a colectomia total deve apenas ser ponderada após correção do distúrbio defecatório, apresentando ainda assim resultados variáveis e menos satisfatórios do que na inércia cólica isolada.⁸ A colectomia total com anastomose ileo-rectal é a técnica que apresenta melhores resultados em termos de aumento do número de dejectões diárias, menor uso de laxantes e enemas e maior satisfação do doente a longo prazo,¹³ pelo que é o procedimento recomendado nas *guidelines* internacionais.^{5,6,7} Este tipo de procedimento pode ser realizado por via laparoscópica ou técnicas minimamente invasivas,^{8,11} que além de todos os benefícios conhecidos desta técnica, contribui para uma menor taxa de complicações a longo prazo nomeadamente oclusões intestinais por bridas e risco de infertilidade. A maioria dos estudos recentes relativos à alteração da qualidade de vida com a colectomia total na inércia cólica, referem 97% de satisfação global e 90% de melhoria da qualidade de vida.⁸

Conclusão: Apesar de nos últimos anos ter havido um aumento do conhecimento científico relativo à fisiopatologia da inércia cólica, este ainda é insuficiente. É fundamental a uniformização do estudo diagnóstico e de avaliação da resposta à terapêutica médica inicial de modo a individualizar o tratamento subsequente. Portanto, é de realçar a importância do estudo complementar, não apenas para confirmar o diagnóstico mas também para excluir outras comorbilidades que poderão estar associadas a piores resultados. O tratamento cirúrgico tem vantagens indubitáveis, sendo a seleção adequada e restrita de doentes o melhor preditor de bons resultados a longo prazo. ■■■

Contribuições:

Sara Catarino – análise de dados e elaboração do manuscrito

Fernando Valério – cirurgião responsável pela orientação clínica da doente e pelo procedimento cirúrgico; revisão do manuscrito.

Carlos Casimiro – revisão do manuscrito.

Os autores declaram a originalidade do caso clínico exposto e que cedem os direitos de propriedade. Sem conflitos de interesse ou patrocínios a declarar.

Correspondência: Sara Catarino

Centro Hospitalar Tondela-Viseu – Serviço de Cirurgia Geral

Avenida Rei D. Duarte, 3504-501 Viseu

Telefone: 917753048

E-mail: saracatarinosantos@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Sobrado CW, Neto IJFC, Pinto RA, Sobrado LF, Nahas SC, Ceconello I. *Diagnosis and treatment of constipation: a clinical update based on the Rome IV criteria*. J Coloproctol (Rio J). 2018; 38:137–44. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2018.02.003>
2. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. *Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders: implications for clinical practice*. Curr Gastroenterol Rep. 2017; 19:15.
3. Soares AS, Barbosa L. Colonic inertia: approach and treatment. J Coloproctol (Rio J). 2017; 37:63–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcol.2016.05.006>
4. Fleming V, Wade WE. *A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults*. Am J Geriatr Pharmacother. 2010; 8:514–50.
5. American Gastroenterological Association; Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. *American Gastroenterological Association medical position statement on constipation*. Gastroenterology. 2013; 144:211–7.
6. *World Gastroenterology Organization Global Guidelines. Constipation: a global perspective*. WGO, 2010.
7. Shin JE, Jung HK, Lee TH, Jo Y, Lee H, Song KH, et al. *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Functional Constipation in Korea. 2015 Revised Edition*. J Neurogastroenterol Motil. 2016; 22:383–411.
8. Camilleri M, Ford A, Mawe G, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, et al. *Chronic constipation*. Nat Rev Dis Primers. 2017; 3:17095. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.95>
9. Lewis SJ, Heaton KW. *Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time*. Scand J Gastroenterol. 1997; 32:920–4.
10. Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Aros SD, Santos JF, Rubio ERD, et al. *Clinical practice guidelines for the management of constipation in adults. Part 1: Definition, aetiology and clinical manifestations*. Gastroenterol Hepatol. 2017; 40:132–41.
11. Bashashati M, Andrews CN. *Functional studies of the gastrointestinal tract in adult surgical clinics: When do they help?* Int J Surg. 2012; 10:280–4.
12. Quaresma AB, Baptistella AR, Rossoni C. *The real impact of colonic transit time and anorectal manometry in the diagnosis of adult patients with chronic constipation*. J Coloproctol (Rio J). 2020; 40:247–52. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2020.05.014>
13. Feng Y, Jianjiang L. *Functional outcomes of two types of subtotal colectomy for slow-transit constipation: ileosigmoidal anastomosis and cecorectal anastomosis*. Am J Surg. 2008; 195:73–7.