

Obstipação Crónica: Recomendações de tratamento médico e cirúrgico

Chronic constipation: Approach for medical and surgical treatment

Atualização das recomendações realizadas por:

Francisco Mendes^{1,2}, Rosa Coelho^{1,2,3}

1. Departamento de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

2. *World Gastroenterology Organization Training Center*, Porto

3. Faculdade de Medicina do Porto, Universidade do Porto

Autores: António Oliveira⁴; Sara Catarino Santos⁵; Henrique Morna⁴; Carlos Casimiro⁵

4. Serviço de Gastrenterologia, Hospital Central do Funchal

5. Serviço de Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Tondela Viseu

RESUMO

A obstipação é um distúrbio intestinal que se caracteriza pela dificuldade em manter o trânsito intestinal regularizado, por vezes sem causa aparente. São várias as causas conhecidas de obstipação, entre as mais frequentes uma dieta pobre em fibras, a falta de atividade física, o consumo de certos fármacos, mudanças no estilo de vida e nas rotinas diárias, assim como alterações anatómicas e fisiológicas. Sendo uma perturbação multifatorial, o seu diagnóstico nem sempre é fácil. São conhecidas várias técnicas usadas neste diagnóstico, servindo os exames para a sua melhor caracterização. A obstipação é uma entidade comum, podendo afetar a qualidade de vida do doente e com um tratamento pouco satisfatório. Muitas terapêuticas são atualmente reconhecidas como eficazes com cada vez maior variedade medicamentosa. As opções cirúrgicas são uma alternativa nos casos crónicos incapacitantes refratários a outras formas de tratamento, após avaliação e investigação adequada. Procedeu-se a uma revisão dos tratamentos médicos e tratamentos cirúrgicos, sendo que cada tratamento deve ser equacionado para cada subgrupo de doentes com obstipação.

ABSTRACT

Constipation is an intestinal disorder characterized by difficulty in maintaining regular bowel movements, sometimes without an evident cause. There are several known causes of constipation, including a low-fiber diet, lack of physical activity, some medications, changes in lifestyle and daily routines, as well as anatomical and physiological abnormalities. As a multifactorial disorder, the diagnosis is not always easy. Several techniques used in this diagnosis are used with the aid of exams. Constipation is common, sometimes affecting the patient's quality of life and its treatment may be unsatisfactory. Nonetheless, several therapies are currently recommended, with an increasing choice of medications. Surgical options are an alternative in chronic disabling cases, refractory to other forms of treatment, after clinical assessment and investigation. A review of medical treatments and surgical treatments was carried out, and each treatment should be considered regarding each type of patients with constipation.

INTRODUÇÃO

A obstipação é uma queixa comum em muitos doentes e consiste numa disfunção intestinal caracterizada pela presença de defecações incompletas, por vezes acompanhada por um maior grau de dificuldade em defecar e ampliação do intervalo entre as mesmas (1).

A obstipação pode apresentar-se sob a forma de episódios agudos, intermitentes ou crónicos, estando nestes últimos doentes com sintomas de obstipação durante mais de 6 meses (2). Os doentes apresentam uma defecação insatisfatória associada a diminuição do número de dejeções (menos de 3 por semana), alteração da consistência das fezes e até desconforto abdominal(2).

Estima-se que atinja cerca de 12 a 19% da população geral, tornando-se mais prevalente à medida que a idade aumenta, afetando 30-40% das pessoas com mais de 65 anos, com especial incidência nos doentes institucionalizados (3).

A obstipação pode apresentar com sintomas crónicos e incapacitantes, podendo ser dividida em vários grupos etiológicos:

- Congénita: doença de Hirschsprung
- Adquirida: doença de Chagas
- Mecânica / obstrutiva: neoplasia, hérnia, vólvulos do cólon, endometriose, doença diverticular
- Neurogénica: neuropatia autonómica central (acidente vascular cerebral, tumores cerebrais, doença de Parkinson), espinhal (paraplegia, esclerose múltipla)
- Farmacológica: opioides, anticolinérgicos, antidepressivos
- Metabólica / endocrinológica: diabetes *mellitus*, amiloidose, hipotireoidismo, hiperparatiroidismo, hipercalcemia, hipocaliémia, gravidez
- Funcional: de causa cólica (inércia ou atonia cólica), de causa pélvica (prolapso retal, retocelo, enterocelo, invaginação anorretal, síndrome do períneo descido)
- Idiopática

A obstipação crónica idiopática (OCI) pode ser classificada em três categorias segundo a sua fisiopatologia (4):

- Obstipação de trânsito lento
- Obstipação com disfunção do pavimento pélvico
- Obstipação de trânsito normal

Foram desenvolvidos critérios de diagnóstico para definir a obstipação crónica funcional, entre os mais usados encontram-se os Critérios de Roma IV (Tabela 1) (5).

CRITÉRIOS DE ROMA IV PARA OBSTIPAÇÃO FUNCIONAL

Presença de 2 ou mais dos seguintes:

- Esforço para evacuar em mais de 25% das defecações;
- Fezes fragmentadas ou endurecidas (Escala de Bristol tipo 1 ou 2) em mais de 25% das defecações;
- Sensação de evacuação incompleta em mais de 25% das defecações;
- Sensação de obstrução anorectal ou bloqueio em mais de 25 % das defecações;
- Esforço para evacuar em mais de 25% das defecações;
- Fezes fragmentadas ou endurecidas (Escala de Bristol tipo 1 ou 2) em mais de 25% das defecações;
- Sensação de evacuação incompleta em mais de 25% das defecações;
- Sensação de obstrução anorectal ou bloqueio em mais de 25 % das defecações.

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

Tabela 1 – Critérios de Roma IV para obstipação funcional

ABORDAGEM INICIAL

A abordagem inicial do doente com obstipação incide numa história clínica e um exame físico detalhados, incluindo revisão dos antecedentes médico-cirúrgicos e da medicação crónica. De referir que o toque rectal e a anuscopia fazem parte desta avaliação inicial do doente. O uso de *scores* de classificação da obstipação, assim como a avaliação da qualidade de vida do doente, são importantes para a avaliação da progressão clínica e da resposta à terapêutica.

Tendo em atenção as diferentes etiologias possíveis da obstipação, devem ser excluídas todas as causas orgânicas e extraintestinais. Para a abordagem do doente é necessária uma adequada exclusão de sinais de alarme como perda ponderal não intencional, perda hemática (retorragias ou melenas), presença de anemia ferropénica ou outros sintomas de novo após os 50 anos. Na presença de sinais de alarme está indicada a realização de colonoscopia total para exclusão de causa orgânica.

A primeira medida terapêutica preconizada consiste (sempre que possível) em descontinuar os medicamentos que possam causar obstipação (antidepressivos, AINEs, diuréticos, opioides, etc.), antes de iniciar medidas de alteração dos estilos de vida e dieta, na qual o doente deve instituir na sua rotina ingestão de fibra e água e prática de exercício físico (1, 6) (Figura 1).

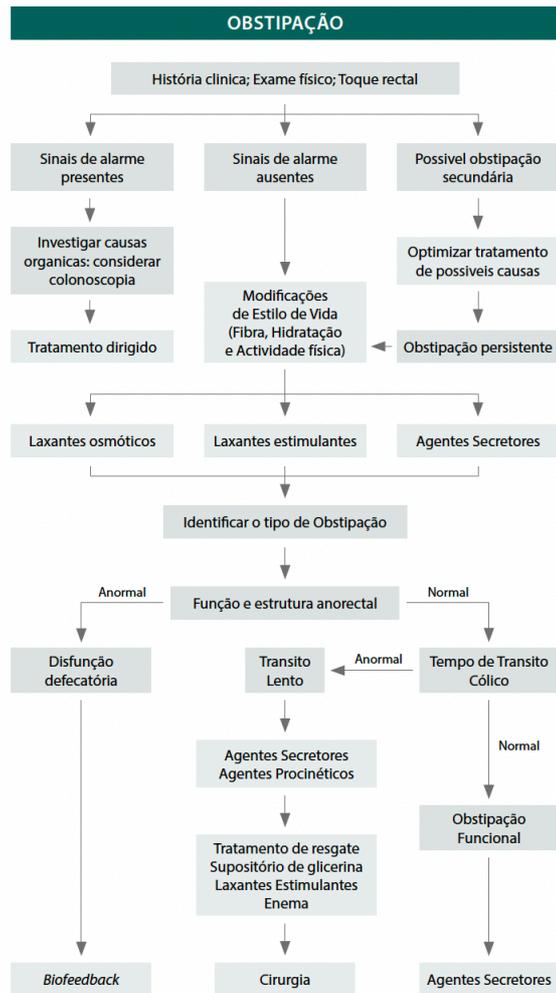


FIGURA 1 Algoritmo de abordagem para obstipação crónica.

EDUCAÇÃO

A educação do paciente envolve esforços para reduzir a dependência de laxantes, enfatizando que movimentos intestinais diários não são a norma nem necessários para a saúde, devendo modificar o seu estilo de vida. Os pacientes que fazem uso excessivo de laxantes devem ser aconselhados a tentar reduzir o seu uso, ao mesmo tempo que iniciam novas medidas para melhorar a função intestinal. Devem ainda ser instruídos a tentar defecar após as refeições, aproveitando os aumentos normais na motilidade cólica pós-prandial, particularmente importante pela manhã, quando a atividade motora colónica é mais intensa.

EXERCÍCIO FÍSICO

A prática de exercício físico está associada a diminuição da atividade fásica cólica durante o exercício, com um aumento da atividade propagada após o exercício, sugerindo que o mesmo está associado a um aumento da atividade cólica (7).

Uma pesquisa demonstrou que a obstipação em doentes idosos estava claramente associada à baixa mobilidade (8).

Pelo seu nível reduzido de atividade, doentes idosos possuem um risco aumentado de obstipação(9), sabendo que os movimentos intestinais mais frequentes podem ser causados pelo exercício(10). Esses achados sugerem que a realização de exercício físico (de baixa a média intensidade) traz benefícios para doentes com obstipação.

FIBRAS

Um consumo de 25-30 gramas de fibra por dia (quer pela dieta ou pela forma de suplementos) associa-se a aumento do número de defeções e diminuição da utilização de laxantes. O consumo de fibras associada a uma adequada ingestão hídrica aumenta a retenção de água favorecendo a produção fecal (11). No entanto, este consumo pode estar associado a distensão abdominal que limita a adesão a esta prática, sobretudo nos doentes com obstipação de trânsito lento (12). Não existe evidência que favoreça o uso de fibras insolúveis ou solúveis, mas os resultados com maior evidência verificam-se com o uso de *psyllium* (fibra solúvel) (1). O aumento do aporte de fibras é aconselhado em doentes com sintomas moderados antes da opção pela terapêutica laxante por ser uma alternativa de baixo custo com poucos efeitos adversos associados.

LAXANTES

A utilização de terapêutica laxante está indicada na obstipação refratária a aumento do consumo de fibras e prática de exercício físico (Figura 1).

Existem várias classes de laxantes (Figura 2):

- Laxantes de volume
- Laxantes Osmóticos
- Laxantes estimulantes / secretores
- Amolecedores de fezes “*stool softeners*”
- Secretagogos / procinéticos

Laxantes de Volume	Laxantes Osmóticos	Laxantes Estimulantes	“Stool softeners”	Secretagogos / Procinéticos
<ul style="list-style-type: none"> •Fibra •Psyllium 	<ul style="list-style-type: none"> •PEG •Lactulose •Sorbitol •Leite de magnésio 	<ul style="list-style-type: none"> •Bisacodilo •Sene 	<ul style="list-style-type: none"> •Docusato 	<ul style="list-style-type: none"> •Prucalopride •Lubiproston •Linaclotide

FIGURA 2 – Classificação dos diferentes tipos de laxante tendo por base o mecanismo de ação

Os mecanismos de ação, doses recomendadas e efeitos adversos dos diferentes fármacos estão explicitados na Figura 3.

Fármaco	Mecanismo de ação	Dose inicial	Dose máxima	Efeitos Adversos
Fibra	Aumenta a concentração de água luminal, amolece as fezes	20-30 gramas de fibra por dia	Sem benefício de dose superior	Flatulência Distensão abdominal
Polietilenoglicol (PEG) Movico® Casenlax® Magolac®	Laxante Osmótico	17 gramas por dia	Sem dose máxima estabelecida	Flatulência Distensão abdominal Dor abdominal
Lactulose Laevolac® Duphalac® Perphyl® Lactulose Generis®	Laxante Osmótico	15 gramas por dia	Evitar doses superiores a 60 gramas por dia	Flatulência Distensão abdominal Distúrbios hidroeletrólíticos
Leite de magnésio Leite Magnesia Philips®	Laxante Osmótico	400-500 miligramas por dia	1000-1500 miligramas por dia	Hipermagnesémia (sobretudo na doença renal crónica)
Bisacodilo Dulcolax® Normalax® Moderlax®	Laxante Secretor	5 miligramas por dia	10 miligramas por dia	Distensão abdominal Dor abdominal Má absorção intestinal Melanose cólica
Picossulfato de sódio Dulcogotas® Laxodal®				
Sene Bekunis® (associação com bisacodilo)	Laxante Secretor	8.6-17.2 miligramas por dia	Sem dose máxima claramente estabelecida	Distensão abdominal Dor abdominal Má absorção Melanose cólica
Prucaloprida (indisponível em Portugal)	Agonista 5-HT4	1-2 miligramas por dia	2 miligramas por dia	Cefaleia Diarreia
Lubiproston (indisponível em Portugal)	Secretagogo intestinal ligando do canal de cloro tipo 2 intestinal, aumentando a secreção intestinal de cloro	24 microgramas duas vezes por dia	24 microgramas duas vezes por dia	Diarreia Náuseas
Linaclotida Constella®	Secretagogo intestinal ligando do recetor da guanilciclase-C, ativando o CFTR e a secreção intestinal de cloro	72-145 microgramas por dia	290 microgramas por dia	Diarreia

TABELA 2 – Mecanismos de ação, doses diárias recomendadas e efeitos adversos dos diferentes tipos de laxantes (adaptado de “*American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation*”)

LAXANTES DE VOLUME

Esta classe de laxantes inclui os suplementos de fibras, dos quais o *psyllium* apresenta melhor evidência. Constituem substâncias não absorvíveis que aumentam a pressão osmótica no lúmen intestinal, aumentando o volume fecal e a peristalse. A sua eficácia é dependente de uma adequada ingestão de água (1). A distensão abdominal associada à sua ingestão pode limitar a adesão terapêutica.

LAXANTES OSMÓTICOS

Os agentes mais comuns desta classe são as soluções de polietilenoglicol (PEG), os carboidratos não absorvíveis (como a lactulose e sorbitol) e o leite de magnésio. O uso de laxantes osmóticos pode ser recomendado antes do início do tratamento de agentes de volume para evitar desconforto abdominal, inchaço e dor num subconjunto de doentes com obstipação. Estes agentes atuam como substâncias não absorvíveis que aumentam a pressão osmótica, aumentando os fluídos e eletrólitos intraluminais e, conseqüentemente, a peristalse.

A lactulose e o sorbitol constituem laxantes hiperosmolares, que passam inalterados para o cólon, sendo metabolizados pelas bactérias do cólon em ácido lácteo, ácido acético, e ácidos fórmicos, com a produção de dióxido de carbono. O tempo de início do efeito da lactulose é de 24 a 72 horas. Num estudo randomizado, a taxa de sucesso para lactulose foi de 80% comparando com 33% para o placebo, mostrando uma taxa de sucesso significativamente diferente (13). O tratamento a longo prazo com este agente é geralmente considerado seguro e bem tolerado, não se verificando nenhum efeito adverso grave em doentes tratados com lactulose por mais de 4 semanas (14). O tratamento com lactulose deve ter por base uma dose inicial de 10 gramas/15 mililitros (1 saqueta de lactulose), podendo ser titulado até aos 40 gramas em função da eficácia e dos efeitos adversos (1). A lactulose está disponível em Portugal em formulações de xarope.

As soluções de PEG têm por base um polímero não absorvível ou metabolizado, que por aumento da pressão osmótica atrai fluído para o lúmen intestinal. O tratamento com soluções de PEG tem por base uma dose diária de 17 gramas por dia, sendo uma opção relativamente acessível nos doentes com obstipação crónica (1). Ensaio clínico randomizado demonstraram a eficácia sustentada do PEG no aumento da frequência intestinal e alteração da consistência das fezes em doentes com obstipação crónica (14, 15). Uma metanálise concluiu que o tratamento com PEG resultou num aumento significativo de defecações por semana em relação ao placebo (16). Adicionalmente, uma metanálise de Lee-Robichaud *et. al* de 10 ensaios controlados randomizados demonstrou que o PEG apresentou melhores resultados do que a lactulose em relação à frequência do número de movimentos intestinais, à forma das fezes, alívio da dor abdominal e à necessidade de introdução de produtos adicionais (17). A administração a longo prazo (por mais de 6 meses) de soluções de PEG foi eficaz e pareceu ser segura e desprovida de eventos adversos significativos, sendo a flatulência e a distensão abdominal os efeitos adversos que mais comumente condicionam interrupção da terapêutica (18). As soluções de PEG estão disponíveis em Portugal sob a forma de pó para solução oral.

O óxido de magnésio constitui também um laxante osmótico, que cria um gradiente para o aumento de água e fluídos no lúmen intestinal, sendo uma opção segura para tratamento de doentes com obstipação crónica, numa dose inicial de 1,5 gramas por dia (1). Vários estudos comprovam a eficácia e segurança do leite de magnésio, aumentando a frequência intestinal com um perfil de segurança aceitável (19, 20). A excreção de magnésio é mediada por via renal, sendo o uso deste agente é desaconselhado nos doentes com doença renal crónica pelo risco de hipermagnesémia (21). O hidróxido de magnésio está disponível em Portugal sob a forma de suspensão oral.

LAXANTES ESTIMULANTES / SECRETORES

Os laxantes estimulantes atuam diretamente na mucosa intestinal, através do plexo submucoso e plexo mioentérico, com efeitos predominantemente motores (estimulando a contração cólica) mas também secretores. Esta classe farmacológica inclui o bisacodilo, picossulfato de sódio e sene. A eficácia do bisacodilo e picossulfato de sódio no tratamento dos sintomas de obstipação foi evidenciada em vários estudos (22-24). O bisacodilo é tipicamente iniciado em doses de 5 ou

10 miligramas, tendo um início de ação 6 a 12 horas após a sua administração oral. Por outro lado, apesar de ser um fármaco utilizado há várias décadas, a evidência a suportar a eficácia do sene é escassa, tendo este fármaco um início de ação tipicamente mais precoce (1 a 3 horas após ingestão). O bisacodilo está disponível em Portugal sob a forma de comprimido e supositório, enquanto o picossulfato de sódio é mais comumente encontrado sob a forma de gotas.

Apesar da sua eficácia reconhecida, os laxantes estimulantes estão associados a eventos adversos significativos, incluindo distúrbios hidroeletrólíticos, dor abdominal, diarreia, má absorção intestinal, desnutrição e desenvolvimento de melanose cólica (3, 25-27). A síndrome do cólon catártico é também observada em utilizadores crónicos de laxantes estimulantes, contudo ainda não existem dados sobre a influência do tempo e dose de utilização que se associa a risco de desenvolver esta patologia.

Tendo por base uma elevada eficácia, mas uma taxa de efeitos adversos não negligenciável, a utilização de laxantes estimulantes deve ser considerada como terapêutica de resgate durante um curto período em doentes sem resposta adequada aos laxantes de volume ou osmóticos (1).

LAXANTES AMOLECEDORES DE FEZES (“STOOL SOFTENERS”)

O docusato, um amolecedor de fezes, age como um surfactante, diminuindo a tensão de superfície e gordura da matéria fecal, o que facilita incorporação de água. Apesar de apenas existirem escassos estudos com este fármaco, o docusato revelou-se eficaz como laxante sobretudo na população geriátrica e em doentes institucionalizados (28, 29).

AGENTES PROCINÉTICOS / SECRETAGOGOS

Nos doentes não respondedores às terapêuticas médicas anteriores (Tabela 2) (30), a estratégia terapêutica pode incluir agentes procinéticos (como a prucaloprida) ou agentes secretores (como a lubiproston ou linaclotide).

Associadamente ao início de terapêutica procinética ou secretagogs, estes doentes devem ser alvo de exames de diagnóstico para melhor esclarecimento do tipo de obstipação (4) – tempo de trânsito cólico, manometria anorretal, ressonância magnética por defecografia e eletromiografia pélvica.

CRITÉRIOS DE INSUCESSO NO TRATAMENTO MÉDICO DE OBSTIPAÇÃO

Crítérios de fracasso de tratamento de obstipação:

- Número inadequado de evacuações relatadas pelo doente na maior parte do tempo e evacuações completas <3 dias por semana;
- Necessidade de esforço a maioria das ocasiões (ou com esforço acrescido);
- Nenhuma melhoria na consistência das fezes com a terapia atual e resultado na Escala de Bristol inferior ao tipo 3 (fezes duras e grumosas ou muito duras e pequenas);
- Melhoria insuficiente de outros sinais e/ou sintomas crónicos da obstipação com o tratamento atual;
- A baixa tolerabilidade do tratamento atual torna o alívio fornecido inaceitável. Os termos “falta ou melhoria insuficiente” incluem “agravamento”.

Deve-se considerar falha no tratamento médico pode ser assumida se qualquer uma dos seguintes 5 declarações se aplicam ao paciente durante as últimas 1 ou 2 semanas

Tabela 3 – Critérios de insucesso no tratamento médico da obstipação

PRUCALOPRIDA

Este fármaco pertence à classe dos procinéticos, sendo agonista seletivo dos recetores 5-HT₄ da serotonina, resultando num aumento da peristalse. A dose recomendada é de 2 miligramas uma vez por dia (1 miligrama/dia nos doentes com doença renal crónica estadio 4 ou superior e cirrose hepática *Child Pugh C*) (1). Vários estudos sustentam a eficácia de prucaloprida nos doentes com obstipação crónica (31-33). As cefaleias constituem o principal efeito adverso, considerado pouco relevante e com tendência a desaparecer com a manutenção da terapêutica (34). Contudo, neste momento este fármaco ainda não é comercializado em Portugal.

LUBIPROSTONA

A lubiproston constitui um derivado da prostaglandina E que ativa os canais de cloro tipo 2 intestinais, estimulando a secreção de cloro para o lúmen intestinal, sendo utilizada para o tratamento da obstipação crónica na dose de 24 microgramas duas vezes por dia, existindo já vários ensaios clínicos randomizados a comprovar a sua eficácia (35, 36). Para além do efeito benéfico no aumento da frequência intestinal está também associada a uma diminuição da dor e distensão abdominal(37). As náuseas constituem o efeito adverso mais frequentemente reportado, podendo ser minimizado ao associar a toma do fármaco com os alimentos (38). Apesar dos benefícios evidenciados nesta patologia, este fármaco não se encontra atualmente disponível em Portugal.

LINACLOTIDA

A linaclotida é um peptídeo sintético que se liga ao recetor da guanilciclase-C na mucosa intestinal, aumentando as concentrações de guanosina monofosfatocíclico (GMFC) extra e intracelular, com um conseqüente aumento da secreção intestinal de cloro e bicarbonato. Este fármaco está aprovado para tratamento da obstipação crónica na dose de 145 microgramas por dia, devendo ser tomado em jejum, 30 minutos antes da primeira refeição do dia (1). Vários estudos comprovam a eficácia da linaclotida no tratamento da obstipação crónica e melhoria da dor abdominal (39, 40). O efeito adverso mais relatado foi a ocorrência de diarreia, sendo que a maioria dos doentes experimentou o primeiro episódio de diarreia durante as primeiras 2 semanas de tratamento (41). Este fármaco encontra-se disponível em Portugal em formulação oral, porém com um custo superior aos outros fármacos descritos acima.

PROBIÓTICOS

Probióticos são definidos como microrganismos vivos que quando administrados em quantidades adequadas conferem um benefício à saúde do hospedeiro. A microbiota intestinal dos doentes com obstipação crónica é significativamente diferente da microbiota da população geral. Neste sentido, uma revisão sistemática de Chmielewska *et. al* sugere um possível efeito favorável da utilização de *Bifidobacterium lactis DN-173 010*, *Lactobacillus casei Shirota* e *Escherichia coli Nissle 1917* nos doentes com obstipação crónica (42), apesar de também reconhecerem a limitação dos dados utilizados na metanálise. Deste modo, apesar de escassa evidência do seu benefício, o uso de probióticos pode ser considerado em conjunto com outros fármacos no tratamento da obstipação crónica (22).

ACUPUNTURA

O uso da acupuntura tem sido uma área de investigação no tratamento da obstipação crónica. Um estudo de Liu *et al* com um grupo de intervenção de 536 doentes avaliou o efeito de 8 sessões de acupuntura durante 8 semanas (43). O grupo submetido a acupuntura apresentou um aumento significativo da frequência intestinal comparativamente ao placebo durante um período de follow-up de 20 semanas. Apesar dos resultados encorajadores, o estudo tem algumas limitações (nomeadamente um curto período de follow-up), sendo necessários mais estudos antes da sua recomendação terapêutica.

IRRIGAÇÃO TRANSANAL

A utilização de enemas pode ser eficaz num subconjunto de doentes com dificuldade defecatória, prevenindo a impactação fecal em casos de obstipação crónica sem indicação para tratamento médico (44). Estes existem em várias formulações, incluindo soluções de água, sabão, fosfato e açúcar. O uso rotineiro de enemas é desaconselhado apesar da sua eficácia, pelo risco de efeitos adversos graves. Enemas de fosfato de sódio hipertónico podem causar nefropatia grave por fosfato, especialmente em idosos com insuficiência renal crónica (45). Por outro lado, o risco de perfuração associado a este tipo de terapêutica não é negligenciável, geralmente associado a traumatismo de uma zona de fraqueza da parede retal pela ponta do dispositivo de aplicação do enema (46).

TERAPIA DE BIOFEEDBACK

A terapia de *feedback* consiste num processo de treino da musculatura do pavimento pélvico usando instrumentos de *biofeedback* (traçados de manometria ou eletromiografia). Um estudo detalhado sobre o tipo de obstipação é essencial antes de determinar a indicação do *biofeedback* e os testes de diagnóstico de base devem definir a presença de distúrbios defecatórios. Vários ensaios randomizados controlados concluíram consistentemente que a terapia de *biofeedback* é superior a diversas modalidades de tratamento, incluindo dieta, exercício e laxantes convencionais, PEG, placebo e terapia de defecação por balão (47-49).

A terapia de *biofeedback* é tipicamente mais eficaz em doentes com consistência mais dura das fezes, menor tempo de uso de laxantes, maior pressão do esfíncter anal em repouso e tempo de expulsão do balão prolongado (50). Estudos concluíram que a terapia de *feedback* é custo-efetiva(51).

IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE OBSTIPAÇÃO CRÓNICA

Nos casos refratários ou de difícil tratamento com os laxantes convencionais, os meios complementares de diagnóstico são úteis para definir o subtipo de obstipação e garantir a melhor orientação do doente (Figura 3).

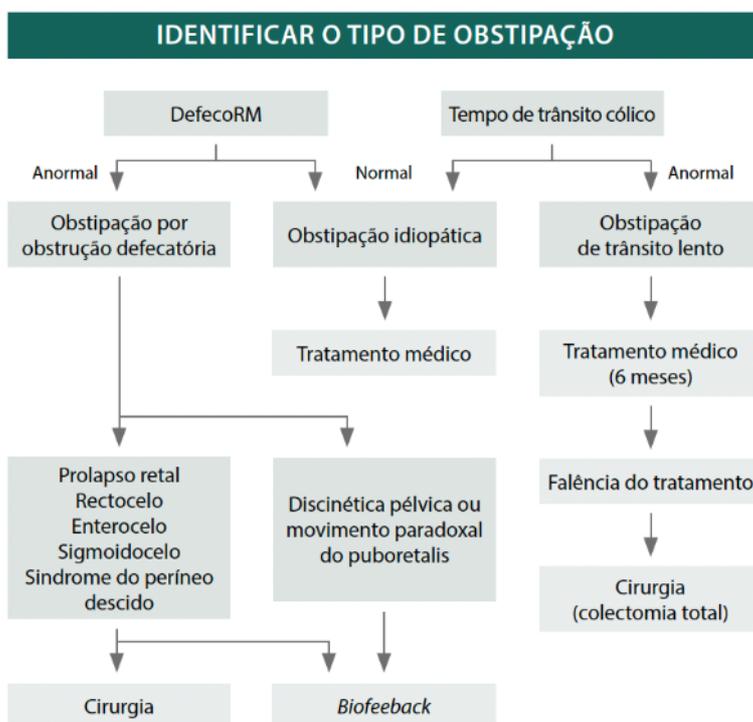


FIGURA 3 – Algoritmo de abordagem para obstipação por obstrução defecatória, idiopática e de trânsito lento

OBSTIPAÇÃO DE TRÂNSITO LENTO

Esta patologia deve-se a uma redução da população de células intersticiais de Cajal (responsáveis pela contração cólica rítmica), com inércia ou atonia cólica e aumento do tempo de trânsito cólico (52). Tipicamente a manometria revela atividade motora reduzida ou não propagada e uma resposta reduzida ao estímulo com uma refeição ou bisacodilo (53).

Existe uma maior prevalência deste subtipo de obstipação no sexo feminino, sendo frequente a presença de sintomas desde a adolescência. Sendo a primeira opção o tratamento médico, a cirurgia é uma alternativa nos casos refratários. O tratamento cirúrgico consiste geralmente numa ressecção cólica, sendo mais frequente a realização de colectomia total com anastomose ileorretal (54), apesar de estudos recentes sugerirem uma taxa de complicações e risco de incontinência inferior na colectomia subtotal com anastomose cecorretal (55). Vários estudos comprovam o benefício da opção cirúrgica no aumento do número de dejeções semanais, contudo o efeito a nível de qualidade de vida é mais discutível. A presença de obstipação de trânsito lento com obstrução defecatória está associada a pior resposta ao tratamento cirúrgico, apesar da possibilidade de associar terapêuticas de *biofeedback* à cirurgia(56).

OBSTIPAÇÃO POR OBSTRUÇÃO DEFECATÓRIA

A obstipação por obstrução defecatória é tipicamente multifatorial. Na suspeita clínica deste tipo de patologia, a realização de manometria anorretal e ressonância por defecografia são de extrema importância no diagnóstico diferencial.

O prolapso retal é a causa mais frequente de obstipação por obstrução defecatória, podendo ser completo (prolapso circunferencial de toda a parede retal) ou mucoso (quando envolve apenas a camada mucosa). O tratamento inicial é conservador, com alteração da dieta e uso de laxantes. A terapia de *biofeedback* é uma opção neste conjunto de doentes, incluindo como adjuvante do tratamento cirúrgico (no pré ou pós-operatório). O tratamento cirúrgico está indicado no prolapso completo, sendo controverso no prolapso mucoso. Pode ser realizado por via perineal ou abdominal, dependendo do tipo e grau de prolapso, assim como das comorbilidades do doente (57). A abordagem abdominal está associada a menor taxa de recorrência do prolapso a longo prazo. Esta abordagem inclui técnicas de ressecção ou pexia do reto (com ou sem sigmoidectomia concomitante), com possibilidade de utilização de próteses, por via aberta ou laparoscópica. Por outro lado, em doentes idosos ou com múltiplas comorbilidades, a abordagem perineal está associada a menor risco cirúrgico e pode ser privilegiada(57). A abordagem perineal pode variar desde retopexias por via endoanal (*STARR – Stappled TransAnal Rectal Resection* ou operação de Delorme) a procedimentos de ressecção retossigmoide (operação de Altmeier) (58, 59).

A invaginação anorretal é considerada o precursor do prolapso retal, mas apenas 2% dos doentes evidenciam progressão para prolapso completo. O *biofeedback* é a primeira opção terapêutica, sendo o tratamento cirúrgico uma alternativa válida em doentes sintomáticos refratários ao tratamento médico(59, 60).

O retocelo resulta de uma hérnia do septo retovaginal com prolapso retal para a parede posterior da vagina. Apesar de frequente, 80% dos casos são assintomáticos (sobretudo no caso de retocelos menores que 2 centímetros), não necessitando de tratamento dirigido (61). Os retocelos de maiores dimensões podem ser reparados cirurgicamente, por via transanal ou transvaginal, através da reparação do septo retovaginal com tecido nativo ou prótese (57).

O enterocelo e o sigmoidecelo são herniações peritoneais através dos ligamentos uterossagrados, sendo classificados em 3 graus consoante o nível de prolapso. É comum a associação com prolapso retal. Os sigmoidecelos de grau 1 e 2 são tratados de forma conservadora, nomeadamente com recurso a *biofeedback*(61). No sigmoidecelo de grau 3 recomenda-se sigmoidectomia(51). Outras alternativas cirúrgicas incluem sacroculpopexia com retopexia (com ou sem prótese) ou abordagens por via perineal.

O síndrome do períneo descido reflete a perda de suporte do pavimento pélvico com prolapso do reto e outras estruturas perirretais. Esta perda de suporte surge secundariamente a lesões dos nervos sagrados por trauma, parto ou esforço defecatório crónico. A primeira linha é

tratamento conservador com *biofeedback* (57). A cirurgia está indicada em casos refratários, com pexia do reto e de outras estruturas pélvicas, nomeadamente pela técnica POPS (*Pelvic Organ Prolapse Suspension*), por via laparoscópica(57).

A discinesia pélvica resulta de uma falência de relaxamento do puborretal durante a defecação. O tratamento de primeira linha é com *biofeedback* (61). Nos casos refratários as alternativas são a injeção de toxina botulínica no músculo puborretal e a estimulação do nervo sagrado.

Independentemente do mecanismo fisiopatológico de obstipação por obstrução defecatória, nos casos refratários aos tratamentos descritos, a confecção de uma ostomia é uma terapêutica de última linha, que pode melhorar significativamente a qualidade de vida num grupo de doentes selecionado (62).

OBSTIPAÇÃO DE TRÂNSITO NORMAL

A obstipação de trânsito normal é considerada uma obstipação idiopática pela ausência de deteção de qualquer alteração funcional. Neste contexto, o tratamento preconizado é conservador (61).

CONCLUSÃO

A obstipação crónica é uma entidade clínica de difícil abordagem com grande impacto na qualidade de vida. Existem múltiplas causas para a obstipação, a maioria delas orgânicas ou extraintestinais, pelo que a abordagem diagnóstica inicial deve passar pela sua exclusão e tratamento dirigido. Apenas após a exclusão destas causas, deve ser assumido o diagnóstico de obstipação funcional/idiopática.

O tratamento inicial na maioria dos casos é conservador, tendo os laxantes um papel essencial. Num doente com fraca resposta à terapêutica médica existe indicação para a realização de exames adicionais. Os principais exames imagiológicos para a diferenciação dos subtipos de obstipação funcional são a defecografia por ressonância magnética e o tempo de trânsito cólico. Nestes doentes refratários, a opção por agentes secretagogos tem sido cada vez uma solução para melhoria dos sintomas associados à obstipação crónica. Nos doentes com obstipação crónica, a cirurgia está apenas recomendada em casos selecionados.

REFERENCES

1. Chang L, Chey WD, Imdad A, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. *Gastroenterology* 2023;164:1086-1106.
2. Lacy BE, Levenick JM, Crowell M. Chronic constipation: new diagnostic and treatment approaches. *Therap Adv Gastroenterol* 2012;5:233-47.
3. Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, et al. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol* 2012;107:18-25; quiz 26.
4. Shahid S, Ramzan Z, Maurer AH, et al. Chronic idiopathic constipation: more than a simple colonic transit disorder. *J Clin Gastroenterol* 2012;46:150-4.
5. Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016.
6. Krogh K, Chiarioni G, Whitehead W. Management of chronic constipation in adults. *United European Gastroenterol J* 2017;5:465-472.
7. Rao SS, Beaty J, Chamberlain M, et al. Effects of acute graded exercise on human colonic motility. *Am J Physiol* 1999;276:G1221-6.
8. Donald IP, Smith RG, Cruikshank JG, et al. A study of constipation in the elderly living at home. *Gerontology* 1985;31:112-8.
9. Kinnunen O. Study of constipation in a geriatric hospital, day hospital, old people's home and at home. *Aging (Milano)* 1991;3:161-70.
10. Sullivan SN, Wong C, Heidenheim P. Does running cause gastrointestinal symptoms? A survey of 93 randomly selected runners compared with controls. *N Z Med J* 1994;107:328-31.
11. Anti M, Pignataro G, Armuzzi A, et al. Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *Hepatogastroenterology* 1998;45:727-32.
12. Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. *N Engl J Med* 2003;349:1360-8.

13. Wesselius-De Casparis A, Braadbaart S, Bergh-Bohlken GE, et al. Treatment of chronic constipation with lactulose syrup: results of a double-blind study. *Gut* 1968;9:84-6.
14. Attar A, Lemann M, Ferguson A, et al. Comparison of a low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation. *Gut* 1999;44:226-30.
15. Dipalma JA, Cleveland MV, McGowan J, et al. A randomized, multicenter, placebo-controlled trial of polyethylene glycol laxative for chronic treatment of chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1436-41.
16. Belsey JD, Geraint M, Dixon TA. Systematic review and meta analysis: polyethylene glycol in adults with non-organic constipation. *Int J Clin Pract* 2010;64:944-55.
17. Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, et al. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD007570.
18. Corazzari E, Badiali D, Bazzocchi G, et al. Long term efficacy, safety, and tolerability of low daily doses of isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution (PMF-100) in the treatment of functional chronic constipation. *Gut* 2000;46:522-6.
19. Mori S, Tomita T, Fujimura K, et al. A Randomized Double-blind Placebo-controlled Trial on the Effect of Magnesium Oxide in Patients With Chronic Constipation. *J Neurogastroenterol Motil* 2019;25:563-575.
20. Morishita D, Tomita T, Mori S, et al. Senna Versus Magnesium Oxide for the Treatment of Chronic Constipation: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Am J Gastroenterol* 2021;116:152-161.
21. Felsenfeld AJ, Levine BS, Rodriguez M. Pathophysiology of Calcium, Phosphorus, and Magnesium Dysregulation in Chronic Kidney Disease. *Semin Dial* 2015;28:564-77.
22. Bove A, Bellini M, Battaglia E, et al. Consensus statement ALGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (part II: treatment). *World J Gastroenterol* 2012;18:4994-5013.
23. Kamm MA, Mueller-Lissner S, Wald A, et al. Oral bisacodyl is effective and well-tolerated in patients with chronic constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011;9:577-83.
24. Mueller-Lissner S, Kamm MA, Wald A, et al. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2010;105:897-903.
25. Xing JH, Soffer EE. Adverse effects of laxatives. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1201-9.
26. Badiali D, Marcheggiano A, Pallone F, et al. Melanosis of the rectum in patients with chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 1985;28:241-5.
27. Wald A. Is chronic use of stimulant laxatives harmful to the colon? *J Clin Gastroenterol* 2003;36:386-9.
28. Hurdon V, Viola R, Schroder C. How useful is docusate in patients at risk for constipation? A systematic review of the evidence in the chronically ill. *J Pain Symptom Manage* 2000;19:130-6.
29. Tarumi Y, Wilson MP, Szafran O, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of oral docusate in the management of constipation in hospice patients. *J Pain Symptom Manage* 2013;45:2-13.
30. Tack J, Boardman H, Layer P, et al. An expert consensus definition of failure of a treatment to provide adequate relief (F-PAR) for chronic constipation - an international Delphi survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2017;45:434-442.
31. Quigley EM, Vandeplassche L, Kerstens R, et al. Clinical trial: the efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation--a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:315-28.
32. Ke M, Zou D, Yuan Y, et al. Prucalopride in the treatment of chronic constipation in patients from the Asia-Pacific region: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Neurogastroenterol Motil* 2012;24:999-e541.
33. Yiannakou Y, Piessevaux H, Bouchoucha M, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial to evaluate the efficacy, safety, and tolerability of prucalopride in men with chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2015;110:741-8.
34. Quigley EM. Prucalopride: safety, efficacy and potential applications. *Therap Adv Gastroenterol* 2012;5:23-30.
35. Johanson JF, Morton D, Geenen J, et al. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of lubiprostone, a locally-acting type-2 chloride channel activator, in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2008;103:170-7.
36. Fukudo S, Hongo M, Kaneko H, et al. Lubiprostone increases spontaneous bowel movement frequency and quality of life in patients with chronic idiopathic constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2015;13:294-301 e5.
37. Drossman DA, Chey WD, Johanson JF, et al. Clinical trial: lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome--results of two randomized, placebo-controlled studies. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;29:329-41.
38. Johanson JF, Ueno R. Lubiprostone, a locally acting chloride channel activator, in adult patients with chronic constipation: a double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study to evaluate efficacy and safety. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25:1351-61.
39. Schoenfeld P, Lacy BE, Chey WD, et al. Low-Dose Linaclotide (72 mug) for Chronic Idiopathic Constipation: A 12-Week, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Am J Gastroenterol* 2018;113:105-114.

40. Chang L, Lacy BE, Moshiree B, et al. Efficacy of Linaclotide in Reducing Abdominal Symptoms of Bloating, Discomfort, and Pain: A Phase 3B Trial Using a Novel Abdominal Scoring System. *Am J Gastroenterol* 2021;116:1929-1937.
41. Lembo AJ, Schneier HA, Shiff SJ, et al. Two randomized trials of linaclotide for chronic constipation. *N Engl J Med* 2011;365:527-36.
42. Chmielewska A, Szajewska H. Systematic review of randomised controlled trials: probiotics for functional constipation. *World J Gastroenterol* 2010;16:69-75.
43. Liu Z, Yan S, Wu J, et al. Acupuncture for Chronic Severe Functional Constipation: A Randomized Trial. *Ann Intern Med* 2016;165:761-769.
44. Bouras EP, Tangalos EG. Chronic constipation in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2009;38:463-80.
45. Mendoza J, Legido J, Rubio S, et al. Systematic review: the adverse effects of sodium phosphate enema. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:9-20.
46. Paran H, Butnaru G, Neufeld D, et al. Enema-induced perforation of the rectum in chronically constipated patients. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1609-12.
47. Woodward S, Norton C, Chiarelli P. Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014:CD008486.
48. Rao SS, Seaton K, Miller M, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:331-8.
49. Rao SS, Valestin J, Brown CK, et al. Long-term efficacy of biofeedback therapy for dyssynergic defecation: randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2010;105:890-6.
50. Shim LS, Jones M, Prott GM, et al. Predictors of outcome of anorectal biofeedback therapy in patients with constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2011;33:1245-51.
51. Gadel Hak N, El-Hemaly M, Hamdy E, et al. Pelvic floor dyssynergia: efficacy of biofeedback training. *Arab J Gastroenterol* 2011;12:15-9.
52. Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology* 2020;158:1232-1249 e3.
53. Ravi K, Bharucha AE, Camilleri M, et al. Phenotypic variation of colonic motor functions in chronic constipation. *Gastroenterology* 2010;138:89-97.
54. Pikarsky AJ, Singh JJ, Weiss EG, et al. Long-term follow-up of patients undergoing colectomy for colonic inertia. *Dis Colon Rectum* 2001;44:179-83.
55. Perivoliotis K, Baloyiannis I, Tzovaras G. Cecorectal (CRA) versus ileorectal (IRA) anastomosis after colectomy for slow transit constipation (STC): a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis* 2022;37:531-539.
56. Lundin E, Karlbom U, Pahlman L, et al. Outcome of segmental colonic resection for slow-transit constipation. *Br J Surg* 2002;89:1270-4.
57. Andromanakos N, Skandalakis P, Troupis T, et al. Constipation of anorectal outlet obstruction: pathophysiology, evaluation and management. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:638-46.
58. Corman ML, Carriero A, Hager T, et al. Consensus conference on the stapled transanal rectal resection (STARR) for disordered defaecation. *Colorectal Dis* 2006;8:98-101.
59. Isbert C, Reibetanz J, Jayne DG, et al. Comparative study of Contour Transtar and STARR procedure for the treatment of obstructed defecation syndrome (ODS)--feasibility, morbidity and early functional results. *Colorectal Dis* 2010;12:901-8.
60. Sanmiguel CP, Soffer EE. Constipation caused by functional outlet obstruction. *Curr Gastroenterol Rep* 2003;5:414-8.
61. Hedrick TL, Friel CM. Constipation and pelvic outlet obstruction. *Gastroenterol Clin North Am* 2013;42:863-76.
62. Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, et al. Chronic constipation. *Nat Rev Dis Primers* 2017;3:17095.