

Diagnóstico e tratamento da constipação na população pediátrica: proposta de protocolo do Hospital Universitário Walter Cantídio

Assessment and treatment of the constipation in the pediatric population: proposed protocol of the University Hospital Walter Cantídio

Mariana Muniz Murad da Cruz¹. Fernanda Paiva Pereira Honório^{1,2}. Marta Lucia Moura Sacramento Silva^{1,2}.

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Descrição do protocolo de diagnóstico e tratamento da constipação intestinal na população pediátrica baseado em dados da literatura e aprovado pelo serviço de pediatria do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). **Método:** Uma busca sistemática da literatura foi realizada usando como banco de dados: PUBMED, MEDLINE e COCHRANE, sendo utilizadas as palavras-chaves: constipação intestinal, crianças, pediatria, lactentes e laxantes, colocando como data limite para os artigos 01 de janeiro de 2014 até outubro de 2019. Foram utilizados quinze artigos que forneceram recomendações atualizadas para o diagnóstico e o tratamento de crianças com constipação intestinal funcional, padronizando o atendimento. **Protocolo de conduta:** O diagnóstico da constipação é clínico, sendo necessários exames para exclusão diagnóstica de doença orgânica. O tratamento inclui desimpactação e manutenção, sendo mais comumente utilizado laxativo osmótico, como polietilenoglicol, e, se necessário, acréscimo do enema retal. Posteriormente, deve-se realizar tratamento de manutenção associado a medidas comportamentais e dietéticas. **Conclusões:** O diagnóstico da constipação é clínico e o tratamento é baseado em medidas comportamentais, dietéticas e farmacológicas com uso de laxativos.

Palavras-chave: Constipação intestinal. Crianças. Pediatria. Lactentes. Laxantes.

ABSTRACT

Objective: Describe the protocol for the diagnosis and treatment of constipation in the pediatric population based on literature data and approved by the pediatric service of the Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). **Method:** A systematic literature review was performed using as database: PUBMED, MEDLINE and COCHRANE, and the following keywords: constipation, children, pediatrics, infants, laxatives, using articles published between 01/01/2014 until October 2019. Fifteen articles were used that provided up-to-date recommendations for the diagnosis and treatment of children with functional constipation, standardizing the service. **Management Protocol:** The diagnosis of constipation is a clinical condition, requiring tests to exclude the diagnosis of organic disease. The treatment includes disimpaction and maintenance, being most commonly used an osmotic laxative, such as polyethylene glycol, and if necessary added a rectal enema. Subsequently, maintenance treatment should be carried out associated with measures behavioral and dietary. **Conclusions:** The diagnosis of constipation is clinical and the treatment is based on behavioral, dietary and pharmacological measures with the use of laxatives.

Keywords: Constipation. Children. Pediatrics. Infants. Laxatives.

Autor correspondente: Mariana Muniz Murad da Cruz, Rua Francisco Xerez, 140, Guararapes, Fortaleza, Ceará. CEP: 60810-035. E-mail: murad_mary@hotmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 19 Jun 2021; Revisado em: 25 Jan 2022; Aceito em: 03 Abr 2023.

INTRODUÇÃO

A constipação funcional é um dos sintomas mais frequentes em consultórios de pediatria e uma importante causa de angústia para a criança e a família. A prevalência estimada em todo o mundo é de aproximadamente 3% na população pediátrica.¹ Geralmente, inicia-se no primeiro ano de vida com maior incidência no período do desfralde sem preferência por sexo.¹ É caracterizada pela redução na frequência evacuatória, dificuldade para evacuar e fezes com consistência endurecida, podendo associar-se a episódios de incontinência fecal por escape fecal e dor abdominal. Dessa forma, é necessária uma história clínica detalhada para diagnóstico e condução clínica adequada. Portanto, o objetivo deste estudo é apresentar o protocolo de diagnóstico e tratamento da constipação intestinal na população pediátrica baseado em dados da literatura e aprovado pelo serviço de pediatria do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

MATERIAIS E MÉTODOS

Uma busca sistemática da literatura foi realizada até outubro de 2019 usando como banco de dados: PUBMED, MEDLINE e COCHRANE, sendo utilizadas as seguintes palavras-chaves: constipação intestinal, crianças, pediatria, lactentes e laxantes, colocando como data limite para os artigos 01 de janeiro de

2014 a outubro de 2019. Foram excluídos os estudos relatos e séries de casos. Identificaram-se 30 artigos sobre constipação intestinal na população pediátrica, sendo excluídos 15 casos clínicos ou séries de casos. Foram utilizados 15 artigos que forneceram recomendações atualizadas para o diagnóstico e o tratamento de crianças com constipação intestinal funcional.

PROTOCOLO DE CONDUTA

ETIOLOGIA

A constipação pode ser funcional ou orgânica,^{2,3} sendo a primeira mais prevalente na população pediátrica. A constipação funcional é do tipo primária, quando excluídas causas orgânicas, porém, alguns fatores favorecem o aparecimento dos sintomas, como estresse; mudanças e erros na dieta; alterações na rotina; recusa para defecar fora de casa, especialmente, na escola ou em banheiros públicos; dificuldade em parar a brincadeira para evacuar, particularmente, quando em uso de dispositivos eletrônicos e falta de esvaziamento completo do reto. No entanto, as causas orgânicas podem estar relacionadas a uso de medicamentos e alterações hormonais, neurológicas ou intestinais, como obstrução mecânica, entre outras (Quadro 1).⁴

Quadro 1. Causas orgânicas de constipação intestinal em crianças.⁴

Doenças do tecido conectivo	Causas anatômicas
• Esclerodermia	• Ânus imperfurado
• Lúpus	• Estenose anal
• Síndrome de Ehlers-Danlos	• Ânus anteriorizado
Doenças neurológicas	Musculatura abdominal
• Anormalidade da medula	• Síndrome de Prune Belly
• Trauma medular	• Gastrosquise
• Encefalopatia crônica não progressiva	• Síndrome de Down
Drogas	Causas metabólicas
• Opiáceos	• Hipotireoidismo
• Fenobarbital	• Hipercalcemia
• Sucralfato/antiácidos	• Hipocalcemia
• Anticolinérgicos	• Fibrose cística
• Antidepressivos	• Diabetes
• Simpaticomiméticos	• Doença celíaca
Outros	Distúrbios do intestino
• Intoxicação por vitamina D	• Doença de Hirschsprung
• Botulismo	• Displasia neuronal
• Alergia à proteína do leite de vaca	• Miopatias viscerais
• Ingestão de chumbo	• Neuropatias viscerais

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da constipação funcional é clínico⁵ baseando-se em anamnese e exame físico completo,⁶⁻⁹ após a exclusão de causas orgânicas. É necessário o uso de critérios para caracterizar a constipação, sendo o mais recentemente publicado o ROMA IV⁷ baseado nas alterações de trânsito intestinal e qualidade da evacuação, podendo ser usado em qualquer faixa etária (Quadro 2).

Os exames complementares são restritos aos casos inconclusivos. Alguns questionamentos devem ser avaliados na anamnese, como idade de início e duração dos sintomas; presença de dor abdominal, tipo e fatores associados; sangramento anal e frequência; sintomas de incontinência fecal e forma de apresentação para que possa caracterizar escape fecal; periodicidade e qualidade da evacuação, consistência das fezes, podendo utilizar a escala de Bristol;¹⁰ sucesso ou falha no treinamento de banheiro e a presença de comportamento de retenção (caracterizado pela presença da dor que provoca arqueamento das costas e endurecimento e cruzamento firme nas pernas).⁹ As informações adicionais são necessárias, como uso de medicamentos, história familiar e psicossocial e hábitos alimentares (pouca ingestão de líquidos e de fibras).

No exame físico, deve-se incluir desde avaliação da curva de crescimento até inspeção da coluna vertebral, região

lombossacra (avaliando o desvio da fenda glútea, agenesia sacral e nádegas planas); exame abdominal (avaliar tônus muscular, distensão abdominal ou presença de fecaloma) e inspeção da região perianal (observando a posição anal, presença de fezes ao redor do ânus ou nas roupas íntimas, eritema, marcas na pele, fissuras, plicomas e malformações).⁶ O toque retal está indicado na suspeita de impactação fecal e deve avaliar a presença de estenose anal ou de uma massa fecal. No entanto, não deve ser realizado se o paciente se recusar ou se houver história de abuso sexual. É preciso atenção especial com os pacientes que apresentarem medo extremo durante o exame físico, pois isso pode indicar histórico de abuso sexual.

Além dessa investigação inicial, deve-se pesquisar possíveis sinais de alarme que indiquem outras etiologias secundárias da constipação como descritas no Quadro 3.^{9,11}

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Para os casos de suspeita de doença orgânica (Quadro 1) ou com presença de complicações ou nos não responsivos ao tratamento clínico, podem ser solicitados exames complementares, como laboratoriais, raio-x simples de abdome e/ou da coluna lombossacra, trânsito intestinal, manometria anorretal, exames endoscópicos e outros mais específicos dependendo da suspeita diagnóstica.^{4,12}

Quadro 2. Critérios de ROMA IV.¹¹

Dois ou mais dos seguintes critérios presentes por no mínimo 1 mês em crianças até 4 anos.
Duas ou menos evacuações no vaso por semana
História de retenção excessiva de fezes
História de evacuações dolorosas ou duras
História de fezes calibrosas
Presença de massa fecal no reto
Em crianças treinadas no banheiro, os seguintes critérios adicionais podem ser usados:
Pelo menos 1 episódio/semana de escape fecal após o hábito de utilizar o vaso sanitário
História de fezes calibrosas que entopem o vaso sanitário
Dois ou mais dos seguintes critérios presentes por no mínimo 1 mês, pelo menos 1 vez por semana em crianças acima de 4 anos
2 ou menos evacuações no vaso por semana
Pelo menos 1 episódio de escape fecal por semana
História de postura retentiva ou retenção voluntária das fezes
História de evacuações dolorosas ou duras
Presença de massa fecal no reto
História de fezes calibrosas que entopem o vaso sanitário

Quadro 3. Sinais e sintomas de alarme em pacientes com constipação funcional¹¹

• Constipação com início no primeiro mês de vida
• Retardo na eliminação de mecônio
• Antecedente familiar de doença de Hirschsprung
• Eliminação de fezes em fita
• Déficit de crescimento
• Sangue nas fezes com ausência de fissura anal
• Vômitos biliosos
• Glândula tireoide anormal
• Fístula perianal e cicatrizes anais
• Posição anormal do ânus
• Ausência de reflexo cremastérico
• Anormalidades neuromotoras em membros inferiores
• Tufo de pêlos na região sacral
• Desvio do sulco interglúteo
• Medo excessivo durante inspeção anal

TRATAMENTO

O tratamento da constipação consiste em uma abordagem comportamental com mudanças de hábitos de vida e dietéticas, assim como tratamento medicamentoso com uso de laxativos tanto para desimpactação fecal quanto para manutenção,¹² como exposto no fluxograma (Figura 1).

Abordagem comportamental

É necessária a educação e orientação de medidas sobre a constipação intestinal, estimulando os pais e as crianças quanto à adoção de hábitos de vida saudáveis, como:

- informar sobre a importância e a necessidade de atender ao desejo de evacuar, evitando atitudes protelatórias que podem resultar em fezes endurecidas e ressecadas;
- orientar postura evacuatória e local de defecação (reductor de assento e apoio para os pés) e utilização do reflexo gastrocólico após as refeições principais;⁹
- correção de erro alimentar, estimulando a ingestão hídrica e de fibras, evitando o uso de alimentos liquidificados.^{8,9}

Os pais devem estar orientados para reconhecer o comportamento retentivo,^{8,9} possibilitando a correção precoce.

Desimpactação fecal

Essa etapa deve ser realizada antes do tratamento de manutenção, evitando os sintomas de incontinência fecal resultante das fezes impactadas (fecaloma). O

polietilenoglicol (PEG) pode ser utilizado nesta fase inicial,^{2,5,6} sendo preferível por causa da forma de administração oral, igualmente eficaz quando comparado ao uso dos enemas, que provocam mais desconforto. É prescrito com ou sem eletrólitos por via oral na dose 1- 1,5 g/kg/dia por 3 a 6 dias. No entanto, essa prescrição deve ser evitada nos casos de crianças com fecaloma e sinais de obstrução, pois pode provocar obstrução completa resultando na necessidade de abordagem cirúrgica de urgência,¹¹ sendo a utilização dos enemas indicação preferencial, resultando em desimpactação fecal mais rapidamente, a dose recomendada é 10ml/kg/dia uma vez ao dia durante 3 a 6 dias.¹ Pode provocar dor e desconforto anorretal.^{6,9}

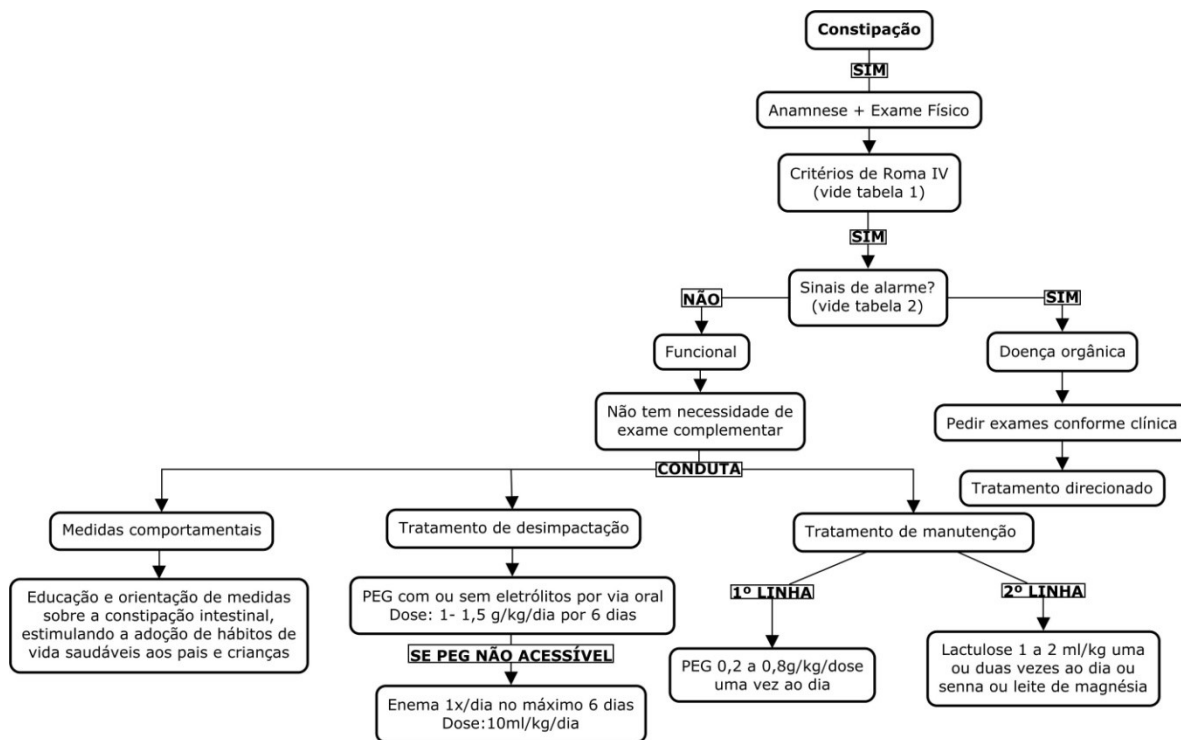
Tratamento de Manutenção

Essa terapia visa regularizar o trânsito intestinal, melhorando a frequência e consistência das fezes e evitando desconforto evacuatório e outras complicações relacionadas à constipação, como dor e/ou desconforto abdominal e escape fecal. As medidas comportamentais descritas acima devem fazer parte da rotina diária do paciente.

Podem ser utilizados laxantes com diferentes mecanismos de ação: osmóticos, lubrificantes e estimulantes (Quadro 4).¹ Os laxantes osmóticos aumentam o teor de água nas fezes. Entre eles, o PEG é a droga de primeira escolha.¹ O PEG 3350 é a forma mais utilizada e tem maior eficácia e segurança.¹ As evidências demonstram que ele é mais eficaz em comparação com lactulose, leite de magnésia e óleo mineral.¹

A lactulose é considerada segura para todas as idades, por isso é recomendada nos casos em que o PEG não esteja disponível.^{1,2}

Figura 1. Fluxograma com abordagem diagnóstica e tratamento da constipação.



Quadro 4. Tratamento de manutenção.¹

Mecanismo de ação	Tipo	Dose	Efeitos colaterais
Osmóticos	Lactulose	1 a 2 ml/kg 1 ou 2 x ao dia	Cólicas e distensão abdominal
	Polietilenoglicol (3350 ou 4000)	0,2 a 0,8 g/kg/dose 1 x ao dia	
	Leite de magnésia(hidróxido de magnésio)	2-5 anos: 0,4-1,2 g/dia	
		6-11 anos: 1,2-2,4 g/dia	
		12-18 anos: 2,4-4,8 g/dia 1 x ao dia ou fracionado	
Estimulantes	Senna	2 a 6 anos: 2,5 a 5mg 1 a 2 x ao dia 6 a 12 anos: 7,5 a 10mg 1 a 2 x ao dia	Diarréia, cólicas abdominais e vômitos
Lubrificante	Óleo mineral	1-3 mL/kg/dia 1 x ao dia ou fracionado com dose máxima: 90 ml/dia	Pouco utilizado por risco de pneumonialipídica

O tratamento de manutenção deve ser mantido por pelo menos dois meses e os pais podem ajustar as doses conforme a regularização do trânsito intestinal. A suspensão deste medicamento só deve ser recomendada quando houver ausência dos sintomas por pelo menos um mês, seguindo o desmame da medicação.⁶

Segue-se com a manutenção do tratamento durante o período de adaptação do treinamento no banheiro, sendo interrompida após o término do tratamento comportamental.^{1,6,9}

O uso de demais laxantes osmóticos, como leite de magnésia; lubrificantes, como óleo mineral, e laxantes estimulantes pode ser considerado um tratamento adicional ou de segunda linha.⁵

Os estudos demonstram que a prática de atividade física e o uso rotineiro de probióticos não apresentam relevância nos resultados clínicos.^{1,5,6} As fibras podem piorar os sintomas, principalmente se a criança tiver fezes retidas na ampola retal.¹³ Uma dieta equilibrada que inclui grãos integrais, frutas e legumes é recomendada.^{3,5,13}

Deve-se educar, orientar e dar segurança aos pais para que o tratamento tenha sucesso.⁸ Os pacientes que são submetidos à terapia de desimpactação necessitam de avaliação adicional dentro de uma semana após o início do tratamento para observação da resposta. No entanto, nos pacientes submetidos à terapia de manutenção, a avaliação deve ser realizada após seis semanas.³

REFERÊNCIAS

1. Yachha SK, Srivastava A, Mohan N, Bharadia L, Sarma MS. Management of Childhood Functional Constipation: Consensus Practice Guidelines of Indian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and Pediatric Gastroenterology Chapter of Indian Academy of Pediatrics. *Indian Pediatr.* 2018;55(10):885-92.
2. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, Spiller R. Bowel Disorders. *Gastroenterology.* 2016;150(6):1393-1407.
3. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Crispus Perera BJ, Benninga MA. Childhood constipation as an emerging public health problem. *World J Gastroenterol.* 2016;22(30):6864-75.
4. Lustosa AM, Nogueira HB. *Gastroenterologia Pediátrica.* Fortaleza-CE: Apex Editora; 2019.
5. Inias I, Mavroudi A. Constipation in Childhood. An update on evaluation and management. *Hippokratia.* 2015;19(1):11-9.
6. 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; *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58(2):258-74.
7. Koppen IJN, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Benninga MA. The pediatric Rome IV criteria: what's new? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2017;11(3):193-201.

Como citar:

Cruz MM, Honório FP, Silva ML. Diagnóstico e tratamento da constipação na população pediátrica: proposta de protocolo do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Rev Med UFC.* 2023;63(1):1-6.

É necessário enfatizar aos pais que a falha no tratamento com laxantes ocorre frequentemente devido à má adesão ou administração inadequada dos medicamentos (uso de doses baixas e interrupção abrupta).⁸

Este estudo é simples, descritivo e não utiliza análise de dados de pacientes nem compara o uso de drogas. No entanto, ele tem o papel de descrever o protocolo de diagnóstico e tratamento da constipação intestinal funcional baseado em dados da literatura e aprovado para execução no serviço de pediatria do HUWC. Novos estudos com utilização de drogas¹⁴ com mecanismos de ação distintos e randomização dos grupos para verificação da eficácia poderão ter resultados mais consistentes.

CONCLUSÃO

Conforme o protocolo estabelecido, o diagnóstico da constipação é clínico, necessitando de exames complementares apenas na presença de intratabilidade clínica, sinais de alarme ou complicações. O tratamento da constipação intestinal funcional na população pediátrica consiste em terapia farmacológica, fase de desimpactação fecal e manutenção com utilização de laxantes osmóticos e/ou enema retal, associado à abordagem comportamental e a orientações dietéticas. O gerenciamento completo das estratégias de educação das crianças e dos pais pode contribuir para adesão e sustentação do tratamento.

8. Paul SP, Broad SR, Spray C. Idiopathic constipation in children clinical practice guidelines. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2016;101(2):65-9.

9. Philichi L. Management of childhood functional constipation. *J Pediatr Health Care.* 2018;32(1):103-11.

10. Martinez AP, Azevedo G R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(3):583-9.

11. Samani OS, Lam J, Haddick A, Dagash H, Davies F, Jahn HK. Constipation in children: NICE guidance in practice in two emergency departments. *Am J Emerg Med.* 2018;36(5):875-6.

12. Allen P, Setya A, Lawrence VN. Pediatric Functional Constipation. [Updated 2022 Aug 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537037/>

13. Melloa PP, Eifer DA, Mello ED. Use of fibers in childhood constipation treatment: systematic review with meta-analysis. *J Pediatr.* 2018;94(5):460-70.

14. Koppen IJ, Saps M, Lavigne JV, Nurko S, Taminiou JA, Di Lorenzo C, et al. Recommendations for pharmacological clinical trials in children with functional constipation: The Rome foundation pediatric subcommittee on clinical trials. *Neurogastroenterol Mot.* 2018;30(4):e13294.