

Faculdade Pernambucana de Saúde

Constipação crônica funcional resistente ao tratamento e sensibilidade retal reduzida em crianças– relato de 3 casos

Functional chronic constipation resistant to treatment and reduced rectal sensibility in children - report of
3 cases

Lourdes Thalita Meyer de Andrade Cavalcanti (Cavalcanti, LTMA)¹
Maria Eugênia Farias Almeida Motta (Motta, MEFA)²
Bruno Vilaça Torres Pinto (Vilaça, BTP)³
Daniel Amorim Batista (Batista, DA)⁴
Isabela Almeida Gantois (Gantois, IA)⁵
Michela Cynthia da Rocha Marmo (Marmo, MCR)⁶

¹ Bolsista do Programa de Iniciação Científica – PIC –FPS

² Professora Adjunta do departamento de Pediatria/Puericultura da Universidade Federal de Pernambuco

³ Acadêmico da Faculdade Pernambucana de Medicina- FPS

⁴ Acadêmico da Faculdade Pernambucana de Medicina- FPS

⁵ Acadêmica da Faculdade Pernambucana de Medicina- FPS

⁶ Orientadora e preceptora do Serviço de Gastroenterologia Pediátrica do IMIP

Autor responsável para correspondência:
Lourdes Thalita Meyer de Andrade Cavalcanti
Estrada das Ubaias, 419, apt. 702, Casa Forte.
CEP: 52061-080
Telefone: (81) 3268-9406
lourdesmcavalcanti@gmail.com

Financiamento: não há.

Conflitos de interesse: não há.

Recife 2013

RESUMO

A manometria anorectal (MAR) é indicada para pacientes com suspeita de megacólon congênito. Estudos mostraram também alterações na MAR de pacientes portadores de constipação intestinal funcional crônica (CIFC). Este artigo relata o caso de 3 crianças com CIFC resistentes ao tratamento e com alterações de sensibilidade retal na MAR.

Palavras-chave: Constipação; sensibilidade; crianças; tratamento, manometria.

ABSTRACT

The anorectal manometry (ARM) is indicated for patients suspected of having congenital megacolon. Studies have also shown changes in the ARM of patients with functional intestinal chronic constipation (FICC). This article reports the case of 3 children with FICC resistant to treatment and changes in rectal sensibility in ARM.

Keywords: Constipation; sensibility, children, treatment, manometry.

INTRODUÇÃO

Constipação intestinal crônica é uma manifestação clínica prevalente na população pediátrica, variando entre 17,5 e 36,5% no Brasil e na população mundial entre 1,7 e 29,6%. Cerca de 90% dos casos de constipação correspondem ao diagnóstico de constipação intestinal funcional crônica (CIFC).^{1,2}

O diagnóstico da CIFC é essencialmente clínico. Para isso, vários grupos de especialistas tentam organizar esse diagnóstico, agrupando características clínicas previamente associadas a quadros funcionais.^{2,3} Um dos critérios mais conhecidos constituem os Critérios de Roma, cuja versão mais recente foi lançada em 2006 e chamada de Critérios de Roma III.³ Além de definir outras desordens gastrointestinais

funcionais, esses critérios caracterizam a CIFIC desde a idade de lactente até adolescência.

Um tratamento abrangente incluindo laxantes, mudanças comportamentais e dietéticas, aliado a um acompanhamento rigoroso é sugerido em crianças com diagnóstico de CIFIC. Uma parcela dos pacientes não apresenta melhora clínica mesmo com boa adesão ao tratamento e mostram-se refratários ao uso de laxantes e às medidas educacionais, evoluindo com manutenção do escape fecal, comportamento de retenção e impactação de fezes. Alguns destes pacientes mostram alteração na dinâmica de defecação e dificuldade para perceber a chegada das fezes na ampola retal, fatos relacionados à falha do tratamento medicamentoso e comportamental.¹

Apesar de a CIFIC ser diagnosticada a partir das suas características clínicas, os casos refratários ao tratamento podem exigir nova investigação diagnóstica a fim de verificar formas atípicas de doenças orgânicas, como no megacólon congênito de segmentos mais curtos. A manometria anorretal (MAR) pode ajudar a verificar a presença do reflexo inibitório anal (RIA), o que afastaria o diagnóstico de megacólon congênito. No entanto, a MAR também utiliza outros parâmetros além do RIA, podendo verificar outras medidas baseadas na variação da pressão, como pressão máxima de contração anal, dinâmica de defecação e a sensibilidade retal.

Feinberg et al. correlacionaram os sintomas e os achados da manometria anorretal de crianças com constipação e encontraram relação significativa entre o limiar do RIA e a presença de escape fecal.⁴ Bigélli et al. não conseguiram encontrar relações significativas entre os parâmetros da manometria anorretal e as características clínicas da constipação.⁵ No entanto, há poucos estudos sobre esse assunto.

A escassez de informações sobre a dinâmica da defecação e sensibilidade retal em pacientes com CIFIC, principalmente os poucos responsivos ao tratamento, permite

questionar qual o verdadeiro papel da manometria para estabelecer o tratamento mais adequado nesses pacientes. Nos casos de difícil controle se faz necessária a sistematização de medidas diagnósticas e de tratamento que minimizem as consequências de um quadro sem resposta à terapia convencional. A avaliação da dinâmica da defecação, do RIA e da sensibilidade retal pode ajudar a identificar alterações pontuais que necessitem de terapêutica específica e assim, elucidar falhas na escolha do tratamento para pacientes com constipação de difícil controle. Portanto, esse estudo levanta três casos de pacientes acompanhados no ambulatório de gastroenterologia pediátrica do IMIP, no período de 2007 a 2013 com CIFC e sensibilidade retal reduzida e tem como finalidade descrever suas características clínicas e manométricas.

CASO 1

R.S.B., 8 anos e 3 meses, sexo masculino, referia constipação desde os 3 anos de vida. Genitora e informante relatava que o paciente permanecia até 18 dias sem evacuar, com fezes endurecidas e com esforço. A informante negava atraso na eliminação do mecônio ao nascer e, enquanto lactente, não houve intercorrências. O paciente não foi amamentado e atualmente sua dieta é pobre em vegetais e água. O paciente encontrava-se eutrófico na curva de crescimento e desenvolvimento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Na primeira consulta necessitou de desimpactação fecal com enema fosfatado e foi iniciado óleo mineral na dose de 1,5ml/kg/dia. A criança permaneceu refratária ao tratamento e por isso, foram investigadas causas orgânicas como fibrose cística e hipotireoidismo, sendo estas afastadas. Em vários retornos de acompanhamento, necessitou de desimpactação fecal e tratamento com laxantes osmóticos (polietilenoglicol 3350 0,8g/kg/dia) e estimulantes (picosulfato de sódio 10

gotas/dia), estes últimos, foram utilizados como terapia de resgate por curtos períodos. Entre os exames realizados, o enema opaco mostrou moderado aumento do calibre e do conteúdo fecal do cólon e do reto e a radiografia de coluna lombo-sacra mostrou a presença de espinha bífida em L5, porém sem significado clínico. Devido à refratariedade ao tratamento, o paciente foi submetido à manometria anorretal (aparelho Manograph – Sigma instrumentos), realizando antes desse exame a desimpactação fecal com enema fosfatado (Fleet enema®) e manutenção do laxante oral (óleo mineral 1,0ml/kg/dia e bisacodil 5mg). A MAR foi realizado sem intercorrências, não sendo necessária sedação. A conclusão do exame foi que a presença do reflexo inibitório anal, sensibilidade retal reduzida, capacidade de contração anal preservada e dinâmica da defecação normal. O paciente evoluiu com boa resposta com aumento da dose de laxante osmótico (polietilenoglicol 3350 1g/kg/dia) e orientação à família quanto ao treinamento esfinteriano do menor.

CASO 2

M.A.S.A., 11 anos, sexo masculino, referia constipação desde os 6 anos e 6 meses. O paciente apresentava fezes endurecidas, volumosas e escape fecal a cada 15 dias, com comportamento de retenção e dor ao evacuar. O mesmo fazia uso de leite de magnésia (1,0 ml/kg/dia) irregularmente e de dieta pobre em fibras. Em relação à avaliação nutricional, apresentava IMC acima do percentil 97, segundo os parâmetros da OMS, sendo classificada como obesidade. Durante o acompanhamento foram afastadas doença celíaca e hipotireoidismo. Após troca da medicação para polietilenoglicol 3350 0,8g/kg/dia, o paciente evoluiu com evacuações a cada 2 dias, porém mantendo escape fecal. A criança negava a sensação de conteúdo fecal na ampola retal e, portanto, foi solicitada a MAR (aparelho Manograph – Sigma

instrumentos). Este exame foi realizado sem sedação, após preparo com enema fosfatado (Fleet enema®) e laxantes osmóticos (polietilenoglicol 3350 0,8g/kg/dia) e estimulantes, picossulfato de sódio (Guttalax®) 10 gotas/dia. O exame apresentou os seguintes parâmetros: reflexo inibitório anal presente, sensibilidade retal ausente até 120 ml de ar insuflado no balão, contração anorretal preservada e dinâmica da defecação alterada. O paciente foi orientado a continuar a medicação laxante e tratamento com fisioterapia e biofeedback no setor de fisioterapia do centro de reabilitação do IMIP.

CASO 3

W.P.M.S., 9 anos, sexo masculino, relatava constipação desde os 2 anos de idade. Apresentava fezes de grosso calibre, com esforço, dor, escape fecal e comportamento retentivo. Na primeira consulta, através do toque retal, foi percebido fezes em grande quantidade na ampola retal, sendo necessário desimpactação com enema fosfatado (Fleet enema ®). Desde então, o menor recebia polietilenoglicol 3350 na dose de 0,8g/kg/dia, mantendo escape fecal diário. Durante o acompanhamento o paciente se mostrava eutrófico na curva de crescimento da OMS e foram afastadas a doença celíaca e o hipotireoidismo. O enema opaco, realizado no início da investigação, apresentava aumento do calibre do cólon descendente e sigmóide sem zona de transição. Devido à manutenção do escape fecal diário, foi solicitada manometria anorretal (aparelho Manograph – Sigma instrumentos), cujos resultados foram: pressão anal de repouso -3 mmHg, reflexo inibitório anal presente com 40 ml de ar insuflado no balão retal, sensibilidade retal ausente até 120 ml de ar insuflado no balão retal; na contração anorretal a pressão anal elevou-se até 51,5 mmHg e a dinâmica da defecação mostrou-se alterada com elevação da pressão anal para 49,6 mmHg. Paciente foi mantido com medicação laxante (polietilenoglicol 3350) e encaminhado para acompanhamento com

fisioterapia e biofeedback. Evoluiu com redução do escape fecal, necessitando de doses menores de laxante, sendo este suspenso na última consulta.

Os resultados da manometria dos 3 pacientes estão representados na tabela 1.

DISCUSSÃO

Em relação ao tratamento convencional de CIFC, Cruz et al. preconizaram orientações quanto a adequada ingestão de fibras e líquidos, desimpactação de fezes a cada quatro dias, caso não houvesse evacuação espontânea, treino evacuatório e prescrição de laxativos como hidróxido de magnésio.⁶ Os pacientes relatados, após reavaliação ambulatorial a cada dois meses, demonstraram a ausência de resposta ao tratamento, considerando os critérios de Roma III, e apesar da adesão considerada adequada ao tratamento.⁴ Após um período de seis meses, naqueles que apresentaram falha terapêutica, em pelo menos dois ciclos de oito semanas, foi caracterizada a refratariedade ao tratamento. Nesses casos, os pacientes seguem em uma nova investigação para diagnóstico diferencial com causas orgânicas, entre as quais podemos citar: intolerância à proteína do leite de vaca, doença celíaca, hipotireoidismo, espinha bífida e megacólon congênito.¹

Os exames complementares são necessários para investigar estas patologias, afastando ou confirmando o diagnóstico. Entre os exames complementares, a manometria anorretal teria a proposta de fornecer dados tanto em relação ao megacólon congênito, quanto às alterações associadas com pacientes portadores de constipação crônica funcional, porém com quadros mais graves ou refratários ao tratamento.¹

A manometria anorretal trabalha com as diferenças de pressões geradas por estímulos também de pressão no reto. O RIA reflete a queda de pressão devido ao relaxamento involuntário do esfíncter anal interno após aumento da pressão no canal

anal pela massa fecal, que durante a MAR, é simulado pela insuflação do balão. Nesse momento, um comando é enviado ao sistema nervoso central, sinalizando que há conteúdo fecal a ser eliminado, dando ao indivíduo autonomia para realizar relaxamento ou contração do esfíncter anal externo, resultando em evacuação imediata ou armazenamento das fezes, respectivamente.⁷

A pressão máxima de contração é a força máxima que a criança faz para evacuar e pode ser percebida na manometria com aumento pressóricos em relação à pressão basal no canal retal. A dinâmica de defecação, em geral, traduz a coordenação entre a força que a criança faz tentando expulsar o bolo fecal (no caso da manometria, o balão) e o relaxamento do esfíncter anal externo. Quando em vez de relaxar ela aumenta a pressão de esfíncter anal externo, o processo de defecação também é alterado.⁷

Outro dado manométrico considerado é a sensibilidade retal, responsável pela sensação de chegada de fezes ao reto e pelo desencadeamento posterior do RIA. Na vigência de hipossensibilidade ocorre retenção do conteúdo fecal e, portanto, quando o volume máximo tolerado é atingido e o esfíncter anal externo não é competente, ocorre o escape fecal. Conseqüentemente, para haver uma boa dinâmica evacuatória deve ocorrer uma coordenação entre a força máxima de contração realizada e o relaxamento do esfíncter anal externo.

Correlacionando outros parâmetros manométricos com CIFIC, Fathy et al. avaliaram crianças constipadas, concluindo que o aumento do volume máximo tolerado e a diminuição da sensibilidade retal foram os fatores mais predominantes quando comparados a um grupo controle.⁸

A hipossensibilidade retal é encontrada em pacientes com CIFIC e tem sido definida como a elevação dos limiares sensoriais retais além da faixa de normalidade, resultando na insuficiência da manutenção da dinâmica evacuatória. Embora a literatura

não apresente estudos relevantes na população pediátrica, em adultos o tratamento com estimulação elétrica e biofeedback pode melhorar os sintomas de constipação, restaurando a sensibilidade retal nos refratários ao tratamento convencional.⁸

O biofeedback consiste numa eletromiografia realizada enquanto um balão insuflado com água é inserido no reto para simular a sensação de enchimento e estimular o início da defecação. Ahn JY et al. avaliaram pacientes com CIFIC refratários ao tratamento convencional e com hipossensibilidade retal antes e após o biofeedback. Os achados manométricos consistiram na melhora da pressão de relaxamento e contração, além de restauração da sensibilidade anorretal, com consequente melhora dos sintomas.⁹

A eletroestimulação é realizada através de um plug anal, o qual conduz corrente elétrica, ajustada de acordo com o limiar de dor de cada paciente. Kee Wook Jung et al avaliaram a resposta clínica e manométrica em pacientes com CIFIC refratários ao biofeedback e com hipossensibilidade retal antes e após eletroestimulação, mostrando eficácia terapêutica.¹⁰

Poucos estudos descrevem e relacionam alterações manométricas à CIFIC. O estudo do RIA e sua relação com o megacólon congênito já é bem estudado, descrito e, atualmente, a única contribuição da MAR com evidências científicas. No entanto, a MAR em um paciente colaborativo parece fornecer outras informações que podem ajudar no tratamento principalmente dos pacientes não responsivos ao tratamento convencional. Portanto, mais estudos são necessários visando testar a MAR como uma ferramenta diagnóstica para a CIFIC, confirmando essas informações.

AGRADECIMENTOS

Às nossas famílias pela paciência em tolerar a nossa ausência e pelo incentivo e apoio constantes.

Agradecemos também ao Ambulatório de Gastropediatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) pela troca de informações e materiais, uma demonstração de amizade e solidariedade.

E aos nossos amigos pelo estímulo, carinho, sugestões e apoio para o desenvolvimento deste trabalho, em especial, à Maíra Maria Sá Vasconcelos de Alencar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Croffie JM, DiLorenzo C, Ector W, et al. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006;43: e1-e13.
2. Morais MB, Tahan S. Constipação intestinal. *Pediatria Moderna.* 2009; 45(3): 79-98.
3. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology.* 2006; 130: 1527-37.
4. Feinberg L, Mahajan L, Steffen R. The Constipated child: is there a correlation between symptoms and manometric findings. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008; 47(5): 607-11.
5. Bigélli RHM, Fernandes MIM, Vicente YAMVA, Dantas RO, Galvão LC, Campos AD. Anorectal manometry in children with chronic functional constipation. *Arq Gastroenterol.* 2005; 42(3): 178-81.
6. Cruz DAO, Neufeld CB, Toporovski MS. Manometria anorretal em crianças com constipação intestinal crônica funcional refratária a tratamento. *Rev. paul. pediatr.* [serial on the Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Aug 18]; 28(4): 347-351.

7. Fotter R. Imaging of constipation in infants and children. *Eur Radiol.* 1998; 8(2):248-58.
8. Fathy A, Megahed A, Barakat T, Abdalla AF. Anorectal functional abnormalities in Egyptian children with chronic functional constipation. *Arab J Gastroenterol.* 2013; 14(1):6-9.
9. Ahn JY, Myung SJ, Jung KW, Yang DH, Koo HS, Seo SY et al. Effect of biofeedback therapy in constipation according to rectal sensation. *Gut Liver.* 2013; 7(2):157-62.
10. Jung KW, Yang DH, Yoon IJ, Seo SY, Koo HS, Lee HJ et al. Electrical stimulation therapy in chronic functional constipation: five years' experience in patients refractory to biofeedback therapy and with rectal hyposensitivity. *J Neurogastroenterol Motil.* 2013 J; 19(3):366-73.

ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Distribuição dos parâmetros manométricos dos 3 pacientes relatados.

Pacientes	Pressão Anal de Repouso	Reflexo Inibitório Anal (RIA)	Sensibilidade Retal	Capacidade de Contração Anorretal	Dinâmica de Defecação
Caso 1	-1,5 a +6,7mmHg	Presente	Reduzida	Preservada	Normal
Caso 2	-14,5 a -25,1mmHg	Presente	Reduzida	Preservada	Alterada
Caso 3	-3mmHg	Presente	Ausente	Reduzida	Alterada