

## Obstipação na Criança – Como Lidar

Fernando Pereira<sup>1</sup>

A obstipação é um sintoma frequente na criança em qualquer grupo etário e responsável por numerosas referências à consulta de Gastroenterologia Pediátrica. Embora os pais nos procurem muito preocupados com o problema e com receio de se tratar de patologia grave, a maior parte das situações são de natureza funcional, resultantes de erros alimentares ou não aquisição dos hábitos sociais normais e fáceis de resolver com medidas simples que podem e devem ser aplicadas pelo médico de família ou pelo Pediatra assistente.

São várias as definições de obstipação que podemos encontrar na literatura mas aquela que me parece mais apropriada, por ser mais simples e sucinta, é a que considera existir obstipação quando há menos de 3 dejectões por semana e quando esse facto causa mal estar, anorexia, dor e distensão abdominal, ou seja sintomas. De facto mais do que o número de dejectões semanais ou do que a própria consistência das fezes, é o mal estar, incómodo, causado que caracterizam a obstipação.

Para termos uma noção quantitativa da importância do problema poderemos dizer que os dados publicados referem que cerca de 30% das crianças entre os 4 e os 11 anos têm obstipação, que 3% das consultas de clínica geral são por esta razão e que constitui cerca de 25% das observações na Gastroenterologia Pediátrica. A obstipação tem vindo a agravar-se ao longo dos anos e deverá acentuar-se, tendo em conta o estilo de vida cada vez mais sedentário das populações e a sua alimentação pobre em resíduos.

É um sintoma mais frequente nas crianças do sexo masculino (2/1), nas de baixo peso (30%) e nas que sofrem de patologias neurológicas em geral (20-70% das crianças com paralisia cerebral).

Depois desta breve introdução para conhecermos a importância do problema, vamos analisar de forma sumária a fisiologia do cólon e da dinâmica defecatória.

O cólon é um segmento do tubo digestivo que tem essencialmente a função de absorver água, armazenar os resíduos fecais e promover a sua propulsão e segmentação ao longo do seu trajecto e finalmente de expulsão dos mesmos. Para que estas funções decorram normalmente, é necessário que exista conteúdo residual, depois do processo de digestão e absorção dos alimentos, lançado no interior do cólon e que uma correcta actividade neuromuscular intrínseca do mesmo (plexos nervosos intestinais/células musculares da parede cólica) e uma adequada integração funcional entre esta e o sistema nervoso central. Assim sendo, facilmente compreenderemos que um resíduo anormal em volume, consistência e mesmo composição, um plexo mientérico anormal, uma doença da estrutura muscular ou que altere a sua função (desequilíbrios iónicos, doenças metabólicas, fármacos) ou perturbações do sistema nervoso central orgânicas ou funcionais podem ocasionar o aparecimento de um quadro de obstipação.

Mas tudo o que acabamos de referir pode funcionar normalmente e mesmo assim não se verificar uma normal expulsão para o exterior do conteúdo intestinal se a dinâmica defecatória estiver alterada. A expulsão das fezes acumuladas na porção terminal do cólon depende da actividade conjugada e integrada de várias estruturas musculares, o esfinc-

ter anal, com o seu componente interno e externo, os músculo pubo-rectal, as estruturas musculares do pavimento pélvico, do ângulo ano-rectal e mais ainda dos músculos responsáveis pela pressão intra-abdominal. A distensão do recto pelo acumular das fezes provoca o relaxamento do esfíncter anal interno permitindo o contacto das mesmas com a porção interna do canal anal, estimulando as células sensitivas responsáveis pela capacidade discriminatória, o que nos permite tomar consciência da natureza, sólida, líquida ou gasosa do conteúdo rectal. Nesta altura podemos fazer duas opções, ou não é o momento e local apropriado para a defecação e contraímos voluntariamente o esfíncter anal externo, o pubo-rectal (acentuando o ângulo ano-rectal) e ocorre relaxamento da musculatura rectal com adaptação ao volume fecal (continência) ou se pelo contrário decidimos evacuar, adoptamos uma posição facilitadora, relaxamos todas estas estruturas pelvirectais e contraímos os músculos abdominais (aumento da pressão intra-abdominal) e expulsamos o conteúdo rectal.

A defecção é reflexa no lactente e voluntária na criança e no adulto. O controlo voluntário é adquirido em média pelos 28 meses.

Tendo em consideração estas noções fisiológicas muito gerais podemos compreender que as alterações funcionais do colon, da dinâmica defecatória ou do sistema nervoso central (perturbações do comportamento) ou alterações orgânicas nomeadamente cólicas ou ano-rectais que modifiquem a actividade funcional poderão provocar obstipação.

Na prática clínica contudo, deve dizer-se que com os meios de investigação de que dispomos actualmente, 90-95%

<sup>1</sup> Serviço de Gastroenterologia  
Hospital Maria Pia / CHPorto

dos quadros de obstipação são de natureza ideopática e que a fissura anal e menos vezes as malformações ano-rectais são as alterações mais vezes observadas nos primeiros anos de vida.

As doenças neurológicas e metabólicas e o uso de fármacos com interferência na actividade intestinal, são responsáveis por quadros de obstipação, como podemos ver no Quadro I.

Deveremos começar o estudo de uma criança com obstipação fazendo uma história clínica cuidada, recolhida junto da criança e da família, tentando conhecer a idade de início do quadro, os hábitos alimentares da criança e da família, os hábitos defecatórios e se há ou não alterações do comportamento e do ambiente social e escolar da criança e da família. Deveremos também inquirir se existem sintomas associados, anorexia, vômitos, emagrecimento, enurese, dor abdominal, proctalgia ou rectorragia. Prosseguiremos com o exame objectivo geral não esquecendo um exame neurológico sumário e o exame proctológico, incluindo o toque rectal caso não existam fissuras ou outras lesões dolorosas anais.

Com estes dados é possível na maior parte dos casos fazer um diagnóstico etiológico da obstipação e da sua gravidade e iniciar um esquema terapêutico.

Assim na criança com menos de 6 meses na maior parte dos casos estamos perante um quadro a que se chama disquêsia. Observa-se uma criança que durante cerca de 10 minutos faz grande esforço defecatório, chora e acaba por expulsar fezes pastosas com alívio. Trata-se de uma situação de não aquisição da coordenação do aumento da pressão abdominal com o relaxamento pélvico que o tempo irá resolver. Deveremos intervir o menos possível e assegurar aos pais que não existe qualquer problema orgânico e que a resolução será espontânea.

Na criança nos primeiros anos de vida é também muito frequente a história de instalação súbita de recusa defecatória, por vezes associada a pequena quantidade de sangue no papel de limpeza, após episódio de esforço para expulsar fezes duras ou de grande volume. Isto sugere a presença de fissura que o exame objectivo irá revelar na comissura anterior e ou posterior.

É importante neste grupo etário chamar a atenção para a doença de Hirschprung ou aganglionismo cólico congénito, razão muito frequentemente invocada para enviar as crianças à consulta de Gastroenterologia Pediátrica. É preciso ter a noção clara que se trata de uma doença rara (1/5000 nados vivos), mais frequente no sexo masculino (4/1), que se manifesta desde o nascimento, começando por atraso na eliminação de mecónio e que por isso uma criança que teve trânsito intestinal normal até aos 2 ou 3 anos e depois desenvolve um quadro de obstipação não tem seguramente uma situação destas, embora possa ter retenção fecal acentuada e distensão cólica e abdominal marcada.

Na criança em idade escolar é cada vez mais frequente identificar na história clínica erros alimentares importantes da responsabilidade do doente e da família e que uma vez conhecidos, se torna indispensável corrigir antes de iniciar qualquer investigação incómoda e dispendiosa e que não vai trazer qualquer informação adicional para a orientação terapêutica.

Quando a observação clínica não permite um diagnóstico etiológico para a obstipação ou quando sugere a existência de patologia orgânica deveremos proceder a exames auxiliares de diagnóstico.

Para além do estudo analítico geral que pode já sugerir um diagnóstico, devemos excluir a doença celíaca que pode ter esta forma de apresentação, o hipotiroidismo, a fibrose quística e as doenças musculares das quais podemos suspeitar pela presença de CPK elevada. Podemos recorrer aos estudos radiológicos (Radiografia da coluna lombo-sagrada, trânsito cólico, clíster opaco e defecografia) que devemos escolher em função da patologia sugerida pela observação já efectuada; à endoscopia e ecoendoscopia e à manometria anorectal e cólica, esta última de mais difícil execução nas crianças.

Para o estudo do trânsito cólico podemos utilizar a cintigrafia, o estudo radiológico após ingestão de marcadores radiopacos ou a manometria. Para o estudo da dinâmica defecatória recorreremos à manometria anorectal (Pressão

**Quadro I**

**Causas de obstipação**

Ideopática (90-95%)	
Secundária a lesão anal	– fissura e malformação ano/rectal
Secundária doença endócrina	– hipotiroidismo Diabetes
Associada a hipercalcemia	
Associada a Insuficiência Renal	
Secund. Doenças neurológicas	– Mielomeningocele Displasia neuronal Paralisia cerebral Pseudobstrução intestinal D. Hirschprung Espinha bífida
Secundária ao uso de fármacos	– Antiácidos Anticonvulsivantes Antidepressivos Opiáceos Anticolinérgicos
Associada a doença celíaca e fibrose quística	

basal do EA, resposta à contracção voluntária, Reflexo inibidor anal e estudo da sensibilidade e compliance rectal) e à defecografia. Na suspeita de processos inflamatórios, estenóticos ou tumorais recorreremos à endoscopia. Na suspeita de doença de Hirschprung é obrigatória a realização de biopsias rectais com estudo imunocitoquímico.

Em termos práticos diremos que poderemos deparar essencialmente com 3 tipos de situações: um quadro de obstipação ideopática ligeira (corresponde a cerca de 90% dos casos observados), em que não é necessário ir além da história clínica e exame objectivo e em que podemos desde a primeira consulta iniciar atitudes terapêuticas; uma situação de obstipação grave, com menos de uma dejectação por semana associada a sintomas gerais e retenção fecal e que obriga a investigação e instituição de tratamento sintomático; finalmente uma situação clara de obstipação secundária a patologia orgânica conhecida ou medicamentos que obrigará a medidas orientadas de correcção.

O tratamento da obstipação nas suas mais variadas formas é feito com recurso às seguintes medidas:

1. Educação (higiênica e dietética)
2. Treino defecatório
3. Desimpactação fecal quando presente
4. Prevenção da retenção (Laxantes)
5. Acompanhamento
6. Tratamento específico da patologia responsável quando exista.

Os laxantes mais utilizados nas crianças e que resolvem a maior parte das situações são a lactulose, o lactilol, o leite de magnésia philips, o bisacodil e o polietilenoglicol. A estimulação anal e os microclisteres podem ser utilizados quando não existam lesões anais mas devem no ser o menos possível. Na presença de retenção fecal acentuada é indispen-

sável começar por proceder à remoção das fezes retidas, recorrendo à utilização de enemas com água ou soro fisiológico, antes de iniciar a outras medidas. Os laxantes quando instituídos devem ser mantidos na dose eficaz pelo tempo necessário à normalização do quadro. Nas crianças que não adquiriram ainda o hábito defecatório normal deverão ser mantidos, se necessários, até que aquela aquisição se faça. A interrupção súbita do laxante ou a sua utilização em baixa dose levam à descrença na sua eficácia e à mudança sucessiva para outro laxante, com o mesmo tipo de resultado e deses- pero subsequente.

Vamos agora fazer algumas considerações sobre uma situação clínica que muitas vezes se associa à obstipação e que é a incontinência fecal funcional por vezes também designada de encopresis/soiling. Trata-se de uma situação socialmente difícil de gerir, que pode ser primária, quando a criança não adquiriu o hábito defecatório ou secundária quando ocorre tempos depois daquela aquisição e que pode ou não também associar-se a acentuada retenção fecal (obstipação).

A situação de retenção fecal funcional ocorre em crianças ou adolescentes em que se verifica eliminação de fezes de grande volume com intervalos inferiores a 2x semana e postura de retenção, evitando a defecação por contracção voluntária do pavimento pélvico e músculos nadegueiros. Esta situação acontece após episódio de defecação dolorosa, muitas vezes associada à presença de fissuras, quando não há tempo para evacuar ou a criança tem nojo dos sanitários da escola ou sofreu traumatismo psicológico em consequência de abuso sexual ou anúncio comercial ou televisivo impressionante.

Associa-se a irritabilidade, soiling, dores abdominais, perda de apetite e saciedade fácil, sintomas que desaparecem após uma dejectação abundante e voltando alguns dias depois à medida que a retenção se vai verificando. Nestes

doentes é necessário proceder à limpeza intestinal, evitar a acumulação de fezes com recurso a laxantes que tornem as fezes moles e a defecação não dolorosa e em função da causa desencadeante acionar os mecanismos terapêuticos mais adequados para o acompanhamento da criança e da família.

A outra situação que habitualmente conduz os doentes à consulta especializada é a incontinência fecal funcional sem retenção. São crianças com mais de 4 anos, geralmente em idade escolar, com história de defecação em local socialmente não apropriado, a maior parte das vezes na roupa interior, sem evidência de retenção fecal e na ausência de doença anatómica, inflamatória, metabólica ou neoplásica associada e frequentemente com enuresis. A família entra na consulta e quando inquirida sobre o motivo da visita refere que o filho não segura as fezes, suja-se e não sente que está sujo. A história clínica e o exame do doente permitem identificar alterações do comportamento ou personalidade da criança frequentemente provocados pelo ambiente social ou familiar que a rodeia. É muitas vezes possível encontrar uma relação temporal entre acontecimentos familiares ou escolares e o aparecimento do quadro. Estes doentes têm que criar hábito defecatório diário, os laxantes poderão apenas em alguns casos ser úteis e é o apoio psicológico ou mesmo psiquiátrico, o aspecto mais importante do seu tratamento. A violência física sobre o doente que alguns pais adoptam, por considerarem que o filho é "porco", está formalmente contraindicada no tratamento desta situação clínica.

Para terminar gostaria de dizer-lhes que em todas as situações que acabamos de descrever a intervenção terapêutica multidisciplinar é importante, com a participação do médico de família, do gastroenterologista, do psiquiatra, psicólogo e assistente social, e a indispensável colaboração e empenhamento da família.