

DIARRÉIA E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

DIARRHEA AND CONSTIPATION

Roberto Oliveira Dantas

Docente. Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

CORRESPONDÊNCIA: Departamento de Clínica Médica - FMRP-USP, Campus Universitário - CEP 14049-900 Ribeirão Preto-SP

Tel: (16) 602-2457 - FAX: (16) 633-6695. e-mail: rodantas@fmrp.usp.br

DANTAS RO. Diarréia e constipação intestinal. **Medicina, Ribeirão Preto**, 37, 262-266, jul./dez. 2004.

RESUMO: Diarréia e constipação são sintomas que refletem alteração do hábito intestinal. Para o diagnóstico da causa desses sintomas são fundamentais a anamnese detalhada e o exame físico completo. Informações quanto ao início do sintoma, duração, evolução, comprometimento do estado geral e a presença de outros sintomas, são indispensáveis. Exames complementares somente devem ser realizados após a completa observação clínica.

UNITERMOS: Diarréia. Constipação. Gastroenteropatias.

O hábito intestinal varia entre as pessoas, sendo difícil o estabelecimento de padrões de normalidade^(1,2). Duas evacuações por dia é o que se considera normal.

O cólon tem participação decisiva na manutenção do hábito intestinal, normal⁽³⁾. Sua motilidade é complexa e varia com a parte considerada. Embora ainda haja algumas controvérsias, em consequência das dificuldades de estudo da motilidade, existem várias evidências de que, no cólon ascendente, ocorram movimentos antiperistálticos, que seguram o conteúdo que passa a válvula ileocecal para o cólon direito. Marcadores radiológicos, ingeridos, aí permanecem por mais tempo do que seria esperado. O cólon sigmóide também é local que retarda o trânsito do conteúdo colônico. No cólon transverso e descendente, ocorrem contrações segmentares, que, lentamente, movimentam o conteúdo colônico em direção ao reto e em direção proximal. Ocasionalmente, ocorre movimento mais vigoroso (chamado movimento de massa), que move o conteúdo do cólon por distâncias maiores, de até um terço do comprimento do cólon. O movimento de massa é freqüentemente associado com a alimen-

tação. A freqüência dos diferentes movimentos do cólon depende do seu conteúdo, em relação à presença de fibras, água, eletrólitos e restos alimentares.

Os movimentos do intestino delgado também dependem das características do conteúdo ingerido e acontecem no estado de jejum⁽⁴⁾. Em jejum, o intestino delgado tem movimentos periódicos, que ocorrem em direção caudal, o que é conhecido como complexo motor, migrante⁽⁴⁾.

O mecanismo da defecação é controlado pelo sistema nervoso central. Para o aumento da pressão intra-abdominal é preciso o fechamento da glote, abaixamento do diafragma, contração da musculatura da parede abdominal e contração da musculatura do assoalho pélvico. No reto, ocorre relaxamento dos esfíncteres e contração peristáltica da parede do reto. Todos os movimentos são, em parte, voluntários e, em parte, involuntários, e são desencadeados por estimulação de mecanorreceptores na área anorretal.

O cólon tem três funções importantes⁽³⁾ reabsorção de água, manutenção de grande população de bactéria intraluminal e controle da eliminação de fezes. A perda da capacidade de reabsorver água, ou a

chegada de grande quantidade e hiperosmótica, o desequilíbrio na composição e na quantidade das bactérias intestinais e o distúrbio muscular ou nervoso, no controle da eliminação de fezes, provocam alterações do hábito intestinal.

1- DIARRÉIA

Diarréia significa mudança no hábito intestinal do indivíduo, que implica em aumento do peso das fezes, da quantidade da parte líquida e da frequência de evacuações. Geralmente, mais de uma dessas características estão presentes.

A diarréia ocorre quando há excesso de fluido nas fezes, por anormalidades na secreção ou na absorção, e é classificada como mostramos a seguir.

1.1. Diarréia osmótica

Ocorre quando há grande quantidade de moléculas hidrossolúveis no lúmen intestinal, levando à retenção osmótica de água. Tem como causa mais frequente o uso de laxativos e a má-absorção intestinal de carboidratos.

1.2. Diarréia secretória

A mucosa intestinal tem a capacidade de secretar fluidos isotônicos. Dentre os estímulos que provocam aumento da secreção estão vírus, enterotoxinas bacterianas, como *Vibrio cholerae* e *Escherichia coli*, neoplasias que produzem hormônios gastrointestinais (VIP), síndrome de Zollinger-Ellinson, ácidos graxos, de cadeia longa (esteatorréia), ácidos biliares (ressecção ileal) e catárticos, derivados da antraquinona.

1.3. Diarréia exsudativa

Exsudação de proteínas do soro, sangue, muco ou pus, a partir de áreas inflamadas, de doenças ulcerativas ou infiltrativas, aumenta o volume fecal e causa diarréia. Nesse grupo, estão incluídas as doenças inflamatórias intestinais, neoplasias intestinais, a colite induzida por antibióticos e a parasitose (giardíase).

1.4. Diarréia motora

Para que haja absorção o conteúdo intestinal deve estar exposto a uma superfície absorvente adequada, por suficiente período de tempo. Também há necessidade de que esteja preparado para a absorção, ou seja, a digestão deve estar completada. Os

mecanismos envolvidos na diarréia motora são o trânsito acelerado, causando inadequada mistura do alimento com as enzimas digestivas, e o pouco contato com a superfície absorvente, por ressecção intestinal ou fístulas enteroentéricas.

É frequente a existência de mais de um mecanismo envolvido no desencadeamento da diarréia. É o caso da síndrome de má-absorção e, aí, onde a caracterização da presença de esteatorréia é fundamental para o diagnóstico.

Para que possamos diagnosticar a causa da diarréia, e solicitar corretamente possíveis exames complementares, é necessário que algumas informações sejam obtidas do paciente, como a duração do sintoma, a associação com outras manifestações, a idade e o sexo. O padrão da diarréia sugere a sua origem, podendo ser “alta”, causada por doença em intestino delgado, ou “baixa”, causada por doença no intestino grosso. Na diarréia de origem “alta”, o volume evacuado em cada ocasião é grande, a frequência é pequena, cessa com o jejum, tem restos alimentares digeríveis nas fezes, pode haver esteatorréia (gordura nas fezes) e distensão abdominal. Na diarréia de origem “baixa”, o volume é pequeno, a frequência é alta, diminui mas não cessa com o jejum, ocorre tenesmo, podendo haver eliminação de muco e desinteria. Não é raro que características de diarréia “alta” e “baixa” estejam presentes no mesmo paciente.

A diarréia pode ser manifestação de doença funcional, situação em que não é acompanhada de comprometimento sistêmico ou doença orgânica. São evidências de que a diarréia tem causa orgânica a ocorrência durante a noite, a presença de sangue nas fezes, hipotrofia muscular, esteatorréia, a queixa de dor abdominal, emagrecimento, febre, adenomegalia, massas palpáveis no abdômen, sintomas carenciais, anemia e redução do subcutâneo. Causas de diarréia estão apresentadas nas Tabelas I e II.

Na história do paciente com diarréia, alguns itens devem ser esclarecidos⁽¹⁾:

- As características do início da diarréia. Ela pode ser congênita, ter início abrupto ou gradual.
- O padrão de diarréia, contínua ou intermitente.
- Duração do sintoma.
- Fatores epidemiológicos, como viagens antes do início da diarréia, possível exposição a alimento ou água contaminada e doenças em membros da família ou em pessoa da relação do paciente.
- Características das fezes: aquosas, sanguinolentas ou esteatorréia.

- f. Presença ou ausência de incontinência fecal.
- g. Presença ou ausência de dor abdominal e sua característica. Dor abdominal está freqüentemente presente na doença inflamatória, intestinal, síndrome do intestino irritável e isquemia mesentérica.
- h. Perda de peso, o que pode acontecer com qualquer doença que provoque diarreia, uma vez que o paciente, geralmente, diminui a ingestão com a intenção de reduzir o sintoma. Entretanto, perda de peso acentuada pode indicar má-absorção, neoplasia ou isquemia.
- i. Fatores agravantes, como alimentação ou estresse.
- j. Fatores de melhora, como alterações na alimentação ou remédios.
- k. Resultados de exames já realizados.
- l. Fatores iatrogênicos. História pregressa de ingestão de medicações, radioterapia e operações deve ser esclarecida.
- m. Diarreia factícia, provocada pela ingestão de laxantes, deve ser considerada em todo paciente com o sintoma. Ela está, geralmente, associada a distúrbios na alimentação, ganhos secundários ou antecedentes de simulação de doença.
- n. Presença de doença sistêmica, como hipertireoidismo, diabetes melito, doenças do colágeno, doenças inflamatórias, neoplasias ou síndrome da imunodeficiência adquirida.

O exame físico deve ser completo, para conhecermos a repercussão da diarreia, e pode sugerir o diagnóstico, o que isto não é freqüente. O mais importante, no exame físico, é caracterizar a desidratação e a desnutrição, se estiverem presentes. Outros dados importantes são eritemas, úlceras na boca, nódulos na tireóide, sibilos na ausculta pulmonar, artrite, ruídos cardíacos, hepatomegalia, massa abdominal, ascite, edemas e o exame anorretal.

Nas informações a serem obtidas do paciente com diarreia, não podem ser esquecidas aquelas referentes à duração, o que define se é aguda ou crônica, o seu padrão, que orienta quanto à localização da causa, o comprometimento sistêmico associado à diarreia, a presença de sangue nas fezes, que pode vir misturado com as mesmas, vir após a evacuação ou mesmo haver evacuação unicamente de sangue, a existência de esteatorréia, restos alimentares nas fezes, o hábito intestinal noturno e sintomas de comprometimento de outros órgãos, como dor articular e lesões cutâneas.

O exame físico deve ser aquele realizado na observação clínica, e atenção e o cuidado são indis-

Tabela I: Causas de Diarreia Aguda

Infecções
Bacterianas
Parasitas
Vírus
Fungos
Alimentos Contaminados
Medicações
Ingestão recente de açúcares não absorvíveis
Isquemia Intestinal
Impactação Fecal
Inflamação Pélvica

Tabela II: Causas de Diarreia Crônica

Síndrome do Intestino Irritável
Doença Inflamatória, Intestinal
Isquemia do Intestino
Infecção Crônica
Parasitose
Infecção por Fungos
Enterite por Radiação
Síndrome de Má-absorção
Medicação
Álcool
Adenoma Viloso
Diverticulite
Operações Prévias, Gastrointestinais
Doenças Endócrinas
Impactação Fecal
Envenenamento por Metais Pesados
Abuso de Laxativos
Incontinência Anal
Colite Microscópica
Diarreia Crônica, Idiopática
Amiloidase
Alergia a Alimentos

pensáveis. Merecem destaque os sinais de desidratação, má-absorção, doenças inflamatórias e outras, como esclerodermia, diabetes e hipertireoidismo.

2. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Vários fatores podem levar à constipação. É sabido que o sintoma é mais freqüente nas mulheres do que nos homens, sem que haja explicação para isso. Os mais idosos também têm maior freqüência de constipação do que os mais jovens, o que pode ser associado à menor ingestão alimentar, perda da mobilidade, fraqueza das musculaturas abdominais e pélvica e medicações. A presença de constipação está associada à falta de resíduos dentro do cólon, perda de sensibilidade dos órgãos que desencadeiam os mecanismos da defecação, perda das contrações dos músculos envolvidos com a defecação e obstrução mecânica. Muito da clínica e o exame físico são correspondentes às várias situações relacionadas com tais mecanismos de constipação.

O diagnóstico de constipação intestinal é mais difícil do que o de diarréia. É um sintoma relativamente freqüente, muitas vezes conseqüente a alterações funcionais, que derivam de padrões de comportamento. É variável o que cada paciente denomina constipação. Menos do que três evacuações por semana é considerado constipação. Geralmente, o paciente refere dificuldade para evacuar, fezes duras, urgência sem que consiga evacuar, baixa freqüência de evacuações e sensação de evacuação incompleta⁽⁵⁾. Em condições alimentares e de vida normais, um indivíduo evacua fezes formadas a intervalos que variam entre 06 e 72 horas.

Ao paciente que procura o médico com queixa de constipação deve ser perguntado o que houve no início do sintoma e sua evolução. O início pode ser insidioso ou abrupto, e, na evolução, pode ocorrer piora progressiva. É importante o conhecimento das circunstâncias ligadas ao início do sintoma, a história alimentar, quanto ao volume, tipo de alimento ingerido, a ingestão de fibras, e o volume de água consumido por dia. A comparação entre o hábito intestinal, atual e o remoto, e o uso atual de drogas, são informações indispensáveis⁽⁶⁾.

A constipação pode ter causa motora, por distúrbios da motilidade enterocólica, conseqüente a condições metabólicas, miopatias e neuropatias, ou causa mecânica, por suboclusão intestinal. Entre as causas motoras, estão a síndrome do cólon irritable, uso crô-

nico de laxativos, megacólon, alimentação inadequada, lesões neurológicas, sedentarismo, desequilíbrio hidroeletrólítico, fatores psicogênicos, hipotireoidismo e efeito colateral de medicamentos, como antiácidos (com cálcio e alumínio), antiespasmódicos, diuréticos, analgésicos, anticonvulsivantes e antidepressivos. Entre as causas mecânicas estão os tumores benignos e malignos, diverticulite, colite isquêmica e compressão extrínseca. Devem ser consideradas, também, as afecções proctológicas, como fissuras, hemorroidas e proctite, que dificultam a evacuação (Tabela III). Cons-

Tabela III: Causas de Constipação

Funcional

Efeito de drogas

Obstrução mecânica:

Câncer do cólon

Compressão extrínseca

Estenoses: divertículo ou pós-isquemia

Retocele

Pós-operatória

Megacólon

Fissura anal

Metabólica:

Diabetes Melito

Hipotireoidismo

Hipercalemia

Hipercalcemia

Hipomagnesemia

Uremia

Intoxicação com metais pesados

Miopatias:

Amiloidose

Esclerodermia

Neuropatias:

Doença de Parkinson

Lesão da medula

Tumor na medula

Doença cerebrovascular

Esclerose múltipla

Outras condições:

Depressão

Doença articular, degenerativa

Neuropatia autonômica

Prejuízo cognitivo

Imobilidade

Doença cardíaca

tipação é um sintoma e não uma doença. Pode estar associada, sem que possamos estabelecer a relação causa-efeito, com infecção urinária, enurese noturna e incapacidade de contrair a bexiga. A incidência é três vezes maior nos homens obesos, e duas vezes

maior nas mulheres obesas, do que na população com peso normal. Não podemos esquecer que a causa mais freqüente é a funcional, mas, para que possamos ter certeza desse diagnóstico, as causas orgânicas devem ser excluídas.

DANTAS RO. Diarrhea and constipation. **Medicina, Ribeirão Preto**, 37: 262-266, jul./dez. 2004.

ABSTRACT: Diarrhea and constipation are symptoms that need a careful history and physical examination, which will help to localize the disease process and establish its nature. The questions to ask at first visit are about the onset and characterization of the symptom, duration and the evidences of systemic disease. Only then ancillary exams should be ordered.

UNITERMS: Diarrhea. Constipation. Gastrointestinal Diseases.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - FINE KD & ESCHILLER LR. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines for the evaluation and management of chronic diarrhea. AGA technical review on the evaluation and management of chronic diarrhea. **Gastroenterology** 116: 1461-1486, 1999.
- 2 - FINE KD. Diarrhea. In: FELDMAN M; SCHARSCHMIDT BF & SLEISENGER MH, eds. **Gastrointestinal and liver disease**, 6th ed. WB Saunders Company, Philadelphia, p. 128-152, 1998.
- 3 - CHRISTENSEN J. The motility of the colon. In: JOHNSON LR, ed. **Physiology of the gastrointestinal tract**, 3th ed. Raven Press, New York, p. 991-1024, 1994.
- 4 - MAKHLOUF GM. Neuromuscular function of the small intestine. In: JOHNSON LR, ed. **Physiology of the gastrointestinal tract**, 3th ed. Raven Press, New York, p. 977-990, 1994.
- 5 - LOCKE GR III; PEMBERTON JH & PHILLIPS SF. American Gastroenterological Association medical position statement: Guidelines on constipation. AGA technical review on constipation. **Gastroenterology** 119: 1761-1778, 2000.
- 6 - LENNARD-JONES JE. Constipation. In: FELDMAN M; SCHARSCHMIDT BF & SLEISENGER MH, eds. **Gastrointestinal and liver disease**, 6th ed. WB Saunders Company, Philadelphia, p. 174-197, 1998.