

TRANSTORNOS INTESTINAIS

Robin C. SPILLER¹ W. Grant THOMPSON²

SINTOMAS INTESTINAIS

Os principais sintomas de origem intestinal são: dor abdominal ou desconforto, hábito intestinal alterado, distensão abdominal e borborigmos.

Dor abdominal/desconforto

As características da dor abdominal incluem a localização, a irradiação (se houver), o caráter (ardor, em pontadas, cólicas), padrão e duração (desde o início e a duração da crise) e fatores precipitantes e de alívio. Dor abdominal ou desconforto de origem gastrointestinal funcional surge da estimulação dos nervos viscerais: normalmente é difusa e mal localizada, muitas vezes no abdome inferior ou central. Quando perguntado para demonstrá-la, o paciente pode usar uma mão estendida, colocada sobre a área. Dados que sugerem a origem gastrointestinal da dor abdominal incluem exacerbação ao comer e alívio por defecação, sendo esta última parte dos critérios diagnósticos para síndrome do intestino irritável (SII). No entanto, apesar da alimentação aumentar a motilidade do cólon, pode produzir desconforto por meia hora depois, sendo característica de muitas doenças gastrointestinais. Portanto, a dor após refeições não faz parte dos critérios diagnósticos para a SII.

Em contraste, quando doença visceral está associada com a estimulação dos neurônios somáticos, a dor é localizada mais precisamente. Diverticulite e apendicite são exemplos de doença intra-abdominal que, inicialmente são mal localizados, porque uma leve inflamação afeta apenas os neurônios viscerais. No entanto, quando a inflamação progride e atinge o peritônio parietal, a dor abdominal somática mais

precisamente localizada é experimentada. Outros exemplos incluem a irradiação para as costas, que é típica de doença pancreática ou de úlcera duodenal penetrante.

Dor em parede abdominal devida à hérnia de Spiegelian (hérnia através da fâscia aponeurótica lateral ao músculo retoabdominal), lesão no músculo reto ou síndrome de dor em costelas é também localizada com mais precisão. Dor de tais causas pode ser identificada pelo teste do Carnett, no qual o paciente dobra seus braços sobre o peito e levanta sua cabeça contra a resistência suave. Exacerbação da dor por enrijecer os músculos retos desta forma, indica um distúrbio de parede abdominal⁽¹⁾. Dor na caixa torácica é também precisamente localizada e agravada pela pressão local ou compressão. Reconhecimento precoce destas fontes somáticas menos comuns de dor abdominal pode evitar muita investigação fútil⁽²⁾.

A dor abdominal da SII é visceral por natureza e geralmente episódica e imprevisível. Períodos de dor reaparecem durante uma mediana (intervalo) de 3 dias⁽²⁻⁸⁾, intercalados com alguns dias sem dor⁽³⁾. No entanto, em alguns casos, períodos dolorosos podem ser mais prolongados. Uma característica crucial da dor abdominal de SII é a associação temporal com hábito intestinal alterado. Uma alteração na frequência e consistência das evacuações simultânea com a dor é um fenômeno usado nos critérios de Manning. Para a SII, esses recursos têm sensibilidade de SII desde 0,39 – 0,6 e uma especificidade de 0,66 – 0,77 com relação de probabilidade que varia entre 1,7-2,1. Portanto, por si só, esses recursos são de pouco valor diagnóstico, mas as combinações deles têm muito melhor desempenho. Uma combinação de quaisquer três critérios de Manning — ou seja, três de fezes (a)

¹ Nottingham Digestive Diseases Centre, University Hospital, Nottingham, Reino Unido. ² Emeritus Professor of Medicine, University of Ottawa, Ontario, Canada. Correspondência: Robin C. Spiller, MD, Nottingham Digestive Diseases Centre, University Hospital, C Floor South Block, Ng7 2BB Nottingham, UK. E-mail: robin.spiller@nottingham.ac.uk

mais frequentes, com o início da dor, (b) fezes mais soltas no início da dor, (c) distensão visível ou (d) alívio por defecação — têm uma sensibilidade de 0,84 e uma especificidade de 0,76, com uma relação de probabilidade positiva de 2.9 e uma relação de probabilidade negativa de 0,2⁽⁴⁾.

Constipação

Com base em pesquisas realizadas há muitos anos, a “constipação” foi tradicionalmente definida como menos de três evacuações por semana⁽⁵⁾, no entanto, muitos que preenchem esta definição não se consideram constipados. A evidência atual sugere que o esforço para defecar e a consistência (forma) das fezes são mais importantes. A consistência das fezes, classificada pela Escala Bristol de Forma Fecal (EBFF), adiciona uma dimensão objetiva de suas formas, e correlaciona-se bem com o tempo de trânsito do cólon⁽⁶⁾. A EBFF faz parte dos critérios de Roma III, para o reconhecimento da SII com constipação, bem como apoia o reconhecimento da constipação funcional⁽⁷⁾. Assim, os critérios de Roma III para “constipação” incluem os parâmetros de forma das fezes, bem como frequência e esforço.

Os critérios dos pacientes para a constipação frequentemente diferem dos de seus médicos, levando aos possíveis mal entendidos entre ambos. Uma pesquisa de 731 mulheres no Reino Unido constatou que a presença de constipação difere conforme o indivíduo, o tempo de trânsito intestinal ou pelos critérios de Roma I para a constipação funcional que foram utilizados para defini-lo⁽⁸⁾. Embora cerca de 8,5% dos indivíduos tivessem constipação por cada uma dessas definições, apenas 2% foram constipados por todas as três definições. Portanto, o médico deve considerar todos os aspectos da queixa do paciente de constipação, incluindo a sua atitude para os sintomas. Fezes duras correlacionam-se bem com trânsito lento, mas dificuldade de eliminação e frequência de defecação não, havendo outros fatores determinantes que não o trânsito do cólon.

Diarreia

O termo “diarreia” sofre dificuldades de definição semelhantes às da constipação. Embora a passagem urgente de fezes líquidas, oito vezes por dia, seja diarreia por qualquer definição, há uma área cinzenta entre normal e anormal. Diarreia não é a passagem frequente de fezes duras. Por esta razão, fezes amolecidas ou aquosas, sem dor, que ocorrem em pelo menos 75% das evacuações é o critério de sintoma de diarreia funcional⁽⁷⁾, um recurso que indica geralmente trânsito rápido através do cólon. Assim como com SII com constipação, a EBFF também auxilia o reconhecimento da SII com diarreia. Não obstante, o paciente deve ser indagado sobre urgência e frequência, pois esses sintomas são socialmente debilitantes e podem impedir o paciente de comer fora ou viajar, reduzindo significativamente a qualidade de vida. Quando a urgência é uma característica acentuada, a fraqueza do esfíncter anal deve ser considerada, especialmente em mulheres com um parto vaginal anterior difícil. Mais do que muitos outros sintomas de distúrbios gastrointestinais funcionais, a diarreia, particularmente quando associada a

volumes acima de fezes normais, pode ter causa orgânica, necessitando de cuidado no questionamento e investigação mais extensa.

Distensão abdominal e inchaço

Pacientes com distúrbio intestinal funcional, frequentemente relatam sensação de inchaço, que pode ser invasiva e próxima de uma sensação de desconforto. Inchaço não é específico da SII e, portanto, não é um critério de diagnóstico. Alguns pacientes descrevem também distensão abdominal visível com a necessidade de afrouxar a roupa. Isso pode aparecer abruptamente e ser devido à uma contração reflexa do diafragma combinada com o relaxamento dos músculos abdominais⁽⁹⁾. Apesar de flatulência e distensão poderem ocorrer no mesmo paciente, inchaço geralmente reflete um fenômeno perceptivo ou sensorial, considerando-se que distensão indica uma mudança observável no diâmetro da parede abdominal⁽¹⁰⁾. Recentemente, medições objetivas confirmaram que perímetro abdominal normalmente aumenta ligeiramente durante o dia, caindo abruptamente quando deita-se para dormir e, aumentando ao levantar-se. O aumento diurno é maior que o normal em pacientes com SII e constipação⁽¹⁰⁾. Apenas a metade dos pacientes de SII que relatam a sensação de inchaço tem distensão acima da faixa normal. Aqueles sem distensão visível têm limiares mais baixos de dor visceral, sendo assim, é provável que a sensação seja devida à hipersensibilidade visceral⁽¹¹⁾.

Síndromes funcionais do intestino

Dor abdominal ou desconforto, hábito intestinal alterado com constipação ou diarreia e inchaço são sintomas comuns na população geral, sintomas que individualmente não têm sensibilidade e especificidade para o diagnóstico. No entanto, combinações de tais sintomas são mais específicas. Quando caracterizadas com limites apropriados de frequência, tais combinações podem ser identificadas como síndromes. Os distúrbios intestinais funcionais são o grupo de desordens atribuídas à disfunção intestinal. O distúrbio intestinal funcional mais comum é a ISS.

Gravidade dos sintomas

Os médicos frequentemente tomam decisões de diagnóstico e tratamento baseados não só pelo padrão de sintoma, mas também pela severidade, muitas vezes pela dor, mas também pelo padrão de fezes, através do relato dos pacientes. Portanto, este é um parâmetro importante a avaliar como parte do diagnóstico. Por exemplo, pacientes com diarreia, que é mais grave e associada à incontinência, podem exigir testes de motilidade anorretal e o biofeedback pode ser possível. Em geral, quando os sintomas tornam-se mais graves e interferem no dia a dia, podem se associar com outros, somáticos ou psicológicos (comorbidades). Em particular, o clínico deve considerar sintomas simultâneos de sofrimento psicológico (ansiedade ou depressão) ou mesmo da comorbidade com transtornos psiquiátricos, por exemplo depressão maior, transtorno de estresse pós-traumático, somatização ou transtornos de personalidade, que também podem existir. Muitos

destes pacientes terão uma história de doença psiquiátrica anterior⁽¹²⁾. Se esses tipos de sintomas psicológicos são importantes, o médico precisa explorar a relevância. As escalas do Questionário de Alarme Psicossocial Roma III (ver apêndice A), do Questionário de Ansiedade e Depressão Hospitalar⁽¹³⁾ ou do Questionário de Saúde Pessoal (PHQ15)⁽¹⁴⁾, ou seus equivalentes, podem ser aplicados aos pacientes em poucos minutos. Estes questionários podem ajudar a identificar aqueles pacientes que podem se beneficiar de tratamentos e avaliações psicológicas e, uma vez bem sucedidos, os sintomas do intestino também podem melhorar. Os doentes que se incluem nos critérios para transtorno de somatização devem ser identificados logo, pois exigem gerenciamento diferente e consomem mais recursos médicos⁽¹⁵⁾.

Dependendo do nível de confiança alcançado, pode ser apropriado explorar as zonas mais sensíveis como por exemplo, abuso na infância. Tratamento com antidepressivos geralmente melhora os sintomas do paciente, reduz o sofrimento psicológico e melhora o bem estar e hábitos diários⁽¹⁶⁾. Em casos graves ou intratáveis, deve-se também considerar encaminhamento para profissional de saúde mental para ajudar o paciente a desenvolver estratégias eficazes de tratamento.

DOR ABDOMINAL RECORRENTE/DESCONFORTO COM O HÁBITO INTESTINAL ALTERADO

Anamnese

Empresária com 32 anos de idade foi encaminhada ao gastroenterologista em função de episódios recorrentes de dor abdominal associada ao hábito intestinal alterado (Caixa 1, Figura 1). Os sintomas estão presentes de maneira intermitente por cerca de 5 anos, mas se tornaram mais frequentes e graves nos últimos 4 meses. A dor ocorre a cada 2 ou 3 semanas, permanecendo por vários dias a cada crise, situando-se geralmente, na fossa ilíaca esquerda ou na região periumbilical e, frequentemente, surge ao se alimentar e é aliviada pela evacuação. Ao surgir a dor, as fezes normalmente se tornam moles e mais frequentes, podendo apresentar até quatro evacuações soltas e pastosas em período de 2 horas durante a manhã. Em outros momentos não evacua por 3 ou 4 dias e as fezes, então, são duras e grumosas. Relata urgência associada à evacuação

de fezes mais amolecidas, esforço evacuatório com a defecação de fezes duras e, com frequência, tem a sensação de evacuação incompleta. Também apresenta desconfortável sensação de estufamento (empachamento) e o abdome frequente e visivelmente está distendido, especialmente à tarde e à noite (Caixa 2). Não há sinais clínicos de alarme, sem sangue nem muco nas fezes, sem perda de peso, sem qualquer dor durante a noite (Caixa 3). Não apresenta náusea, vômito ou anorexia, mas sente cansaço a maior parte do tempo. Sua menstruação é intensa, geralmente com duração de 6 ou mais dias. Não tem história médica anterior significativa, exceto enxaqueca há muito tempo. Não há história familiar de doença gastrointestinal (Caixa 3).

A paciente não fuma e se alimenta de dieta balanceada, sem intolerâncias alimentares conhecidas. A ingestão de leite é inferior a 240 mL por dia, e a de cafeína, fibra e frutose não é excessiva. Faz uso apenas de pílula anticoncepcional oral e, raramente, comprimidos de sumatriptano para enxaqueca. Não fez uso de antibióticos, recentemente. Já tentou uso de várias preparações fitoterápicas para os seus sintomas, sem apresentar melhora. O exame físico é normal, sem palidez nem massa abdominal. A paciente mostra o local da dor com as duas mãos espalmadas sobre o umbigo. Os exames perianal e retal são normais (Quadros 2, 3). Em razão do seu cansaço e da menstruação intensa, o gastroenterologista solicita um hemograma completo (HC); sugere também verificar a sorologia celíaca (Caixa 7). O hemograma está normal (hemoglobina (Hb) 11,7 g/dL, volume corpuscular médio (VCM) 88 dL) e a transglutaminase tecidual é negativa (Caixa 8).

É feito o diagnóstico de **síndrome do intestino irritável (SII)** (Caixa 9), e seu médico discute-o, incluindo as possíveis causas e como podem ocorrer os sintomas, além de reassegurar-lhe que a SII não resulta em doença mais séria. Ele usa a EBFF para auxiliá-la a descrever seu padrão usual de consistência fecal (sem laxantes ou preparações antidiarreicas) (Caixa 10). Esta discussão confirma que sua forma, de acordo com a EBFF, varia do Tipo 1 ou 2 (dura/grumosa) ao Tipo 6 ou 7 (pastosa/líquida), em proporções de tempo aproximadamente iguais (pelo menos 25% do tempo para cada padrão). Com base nestes dados, é feito o diagnóstico de SII mista (SII-M) (Caixa 12).

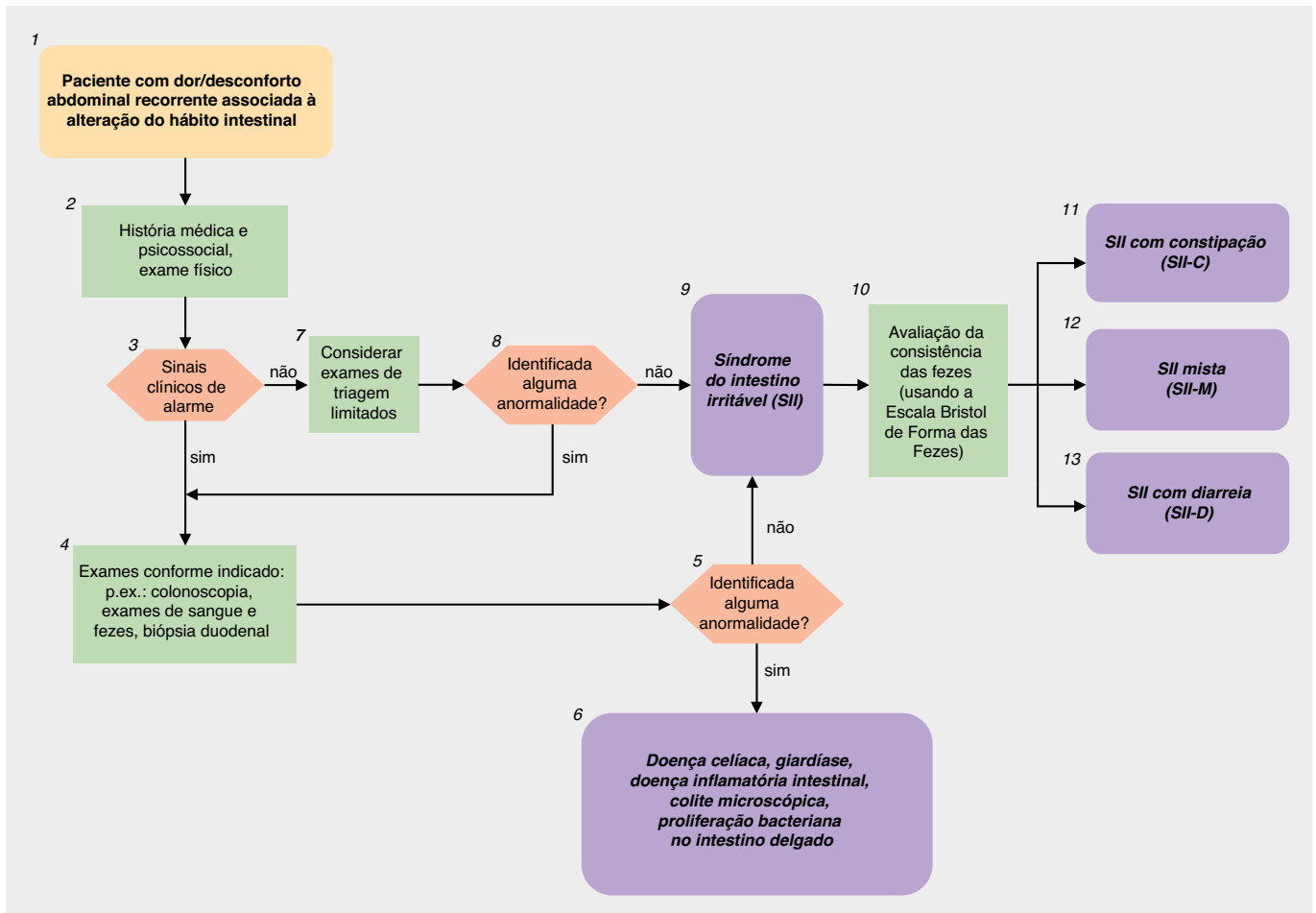


FIGURA 1. Dor abdominal recorrente/desconforto com alteração do hábito intestinal

Legenda da figura 1

1. Os aspectos da dor ou do desconforto abdominal devem ser mais bem caracterizados em termos de frequência, local, caráter, duração, irradiação (se houver) e fatores de precipitação e de alívio. Neste contexto, desconforto significa uma sensação não descrita como dor⁽⁷⁾. O padrão intestinal deve ser caracterizado em frequência, consistência e facilidade ou dificuldade de passagem das fezes. Deve-se estabelecer a relação temporal, se houver, entre a dor abdominal e o hábito intestinal alterado. Deve-se observar qualquer sangramento retal ou passagem de muco, bem como a presença de sintomas noturnos, de acordo com os sinais clínicos de alarme descritos abaixo.
2. Deve-se obter um critério histórico dos sintomas atuais, incluindo o que o paciente acredita causar os seus sintomas, juntamente com os antecedentes de história médica, cirúrgica, psicossocial e medicamentosa. A dor da SII é tipicamente difusa, pouco localizada e percebida tanto na região abdominal central como na inferior. Geralmente ocorre em surtos que duram vários dias⁽⁵⁾, período de tempo em que a mesma é intermitente. É, frequentemente, precipitada à alimentação⁽¹⁷⁾ e pode desaparecer com o jejum. Um aspecto comum do hábito intestinal na SII, é que ela não é previsível e, além disso, a frequência e a forma das fezes se alteram com o início da dor. Alguns pacientes relatam que há alívio da dor abdominal com a defecação, sugerindo fortemente que se origina no cólon. A perturbação do hábito intestinal pode incluir urgência frequentemente, mas nem sempre associada com fezes amolecidas ou com a passagem de pequenas fezes duras (cibalosas). Caracteristicamente, os pacientes com SII mista podem descrever a passagem de fezes duras e amolecidas no mesmo dia, geralmente iniciando com fezes formadas e passando progressivamente para fezes amolecidas conforme o conteúdo é esvaziado na sequência do cólon distal para o proximal. O exame físico inclui a palpação à procura de massas abdominais e o toque retal para revelar evidência de DII e avaliar a consistência fecal. Dependendo do padrão exato dos sintomas, particularmente se houver ligação entre a dor abdominal e o hábito intestinal alterado, conforme discutido abaixo, a idade do paciente e a presença ou a ausência de outros sinais clínicos de alarme (ver abaixo), pode-se considerar diagnóstico provisório de SII, mesmo neste estágio.
3. Deve ser feito um questionamento sistemático durante a consulta inicial para excluir os sinais clínicos de alarme, cuja identificação indica a necessidade de se considerar atentamente o diagnóstico diferencial e de assegurar a realização dos exames adequados. O American College of Gastroenterology e a The British Society of Gastroenterology recentemente publicaram orientações^(18, 19) que incluem os seguintes 'sinais de alarme':
 - Perda de peso documentada;
 - Sintomas noturnos;
 - História familiar de câncer de cólon;
 - Sangue misturado às fezes;
 - Uso recente de antibiótico;

- Anormalidades relevantes no exame físico;
- Idade > 50 anos;
- Início recente dos sintomas;
- Sexo masculino;

Alguns destes sinais foram usados pela primeira vez no sistema de pontuação de Kruis para SII⁽²⁰⁾, no qual a presença de “achados físicos anormais ou aspectos sugestivos de outra doença”, VSG (velocidade de sedimentação globular) > 10 mm/h, leucócitos > 10 x 10⁹/L, anemia ou história de sangue nas fezes, gerou pontuação negativa, que reduziu substancialmente a probabilidade SII. O sistema apresentou melhor resultado do que os critérios de Manning, com razão de probabilidade positiva de 4,6 comparada com 2,9 para quaisquer três critérios de Manning⁽⁴⁾. O valor dos sinais de perigo foi confirmado em um estudo ambulatorial de 154 pacientes com sintomas sugestivos de SII, que foram integralmente examinados. A combinação dos critérios de Roma com a ausência de sinais de alarme apresentou sensibilidade de 0,65, mas especificidade de 100%. Estudo prospectivo subsequente de 95 pacientes que atendiam os critérios Roma I, na ausência de sinais de alarme, apresentou taxa de positivo verdadeiro de 93%, com apenas dois falsos-positivos⁽²¹⁾. Assim, na ausência de sinais de alarme, o diagnóstico clínico de SII é um diagnóstico seguro. Além disso, várias séries confirmam que, uma vez estabelecido este diagnóstico, raramente ele necessita ser revisado⁽²²⁾.

- 4-5. Se um ou mais aspectos de alarme estiverem presentes, são necessários exames adicionais. Os exames de sangue relevantes incluem hemograma, VSG/PCR (proteína C-reativa), juntamente com cálcio, transglutaminase tecidual (tTGA) ou anticorpos endomisiais (EMA) e hormônio estimulador da tireóide (TSH). Anemia ou a elevação dos marcadores inflamatórios (VSG/PCR) podem ocorrer em razão de doença de Crohn oculta. Em pacientes idosos, anemia pode ser decorrente de um grande pólipó colônico ou câncer. O nível baixo de cálcio sérico sugere má absorção. Estes exames simples e baratos são geralmente normais (naquele paciente que atenda os critérios Roma II para SII e que não apresente sinais clínicos de alarme, em 1%–2%, são anormais). Um tTGA ou EMA positivo sugere doença celíaca (cerca de 95% de sensibilidade e especificidade em ambiente de atenção secundária). Vários estudos sugerem que a detecção de anormalidades na tireóide em pacientes de SII não é maior do que ao acaso⁽²³⁾ e, apenas raramente a correção desta anormalidade resolve os sintomas de SII. O exame de fezes pode apresentar cistos em giardíase. Entretanto, uma amostra de fezes apresenta sensibilidade de apenas 65% e, são necessárias três amostras para alcançar sensibilidade de 85%⁽²⁴⁾. Para este fim, exame de antígeno fecal é superior ao exame microscópico^(25, 26). O exame de fezes para outros parasitas, em estudos realizados em grande escala nos EUA, não trouxe benefício⁽²⁷⁾, mas isto pode não ser verdade em outros países onde parasitas são mais comuns. A perda de peso e a diarreia crônica devem levantar a possibilidade de infecção por HIV e o paciente deve ser questionado sobre o abuso de drogas injetáveis ou relações sexuais sem proteção com múltiplos parceiros. Se relevante, devem ser realizados o teste sorológico para infecção por HIV e a contagem de células (linfócitos) T-CD4. História de uso recente de antibiótico precedendo o início dos sintomas deve conduzir à consideração da possibilidade infecção por *C. difficile*. A colonoscopia é indicada para excluir câncer de cólon ou doença inflamatória intestinal em paciente com um ou mais dos quatro primeiros sinais clínicos de alarme. Durante a colonoscopia devem ser realizadas biópsias, mesmo se a mucosa estiver macroscopicamente normal, pois elas podem revelar colite microscópica ou melanose coli (indicando o uso de laxantes derivados da antraquinona). A prevalência de colite microscópica aumenta acentuadamente com a idade, sendo rara abaixo dos 40 anos, mas sendo responsável por cerca de um em cada dez diarreias não explicadas em pacientes com idade > 70 anos⁽²⁸⁾. O termo colite microscópica inclui a colite colagenosa, sendo 87% em mulheres e, a colite linfocítica, que não apresenta nenhuma propensão maior por sexo⁽²⁸⁾. Se houver suspeita de íleíte de Crohn (em função, por exemplo, de anemia, PCR elevada), o diagnóstico pode ser confirmado por inspeção ou biópsia do íleo terminal durante a colonoscopia. As alternativas são o trânsito de intestino delgado com bário ou a enterografia por TC. Exames de imagem devem ser reduzidos a um mínimo, evitando a irradiação em pacientes em idade fértil. A endoscopia por cápsula deve ser reservada para aqueles com uma alta probabilidade de doença de Crohn nos quais outros exames são negativos⁽²⁹⁾. A proliferação bacteriana no intestino delgado [super crescimento bacteriano do intestino delgado (SCBID)] é rara na ausência de acloridria, “alças cegas”, divertículos, estenoses ou graves distúrbios de motilidade do intestino delgado (pseudo-obstrução intestinal crônica). As causas mais comuns da acloridria são os inibidores de bomba de próton e a anemia perniciosa. A contribuição ou não do SCBID primário (presumivelmente devido à motilidade anormal), a SII é controversa, mas parece improvável na maior parte dos indivíduos. Pode ser diagnosticada em centros especializados através da cultura de aspirado jejunal. Usando este exame altamente específico, a incidência de SCBID em pacientes positivos para SII pelos critérios Roma é de apenas 4%⁽³⁰⁾. O teste respiratório de hidrogênio glicose é muito mais fácil para o paciente, mas muito menos confiável com sensibilidade e especificidade fraca de 41,7% e 44,4%, respectivamente⁽³¹⁾. A má absorção do ácido biliar (MAAB) também é rara e diagnosticada de maneira mais confiável, por medicina nuclear, através da avaliação da percentagem de retenção de ácido homocólico-taurina marcado com Selênio⁷⁵, 7 dias após a sua administração (exame SeHCAT). Valores < 5% são frequentemente observados com o início agudo, geralmente em MAAB pós-infecção e, estes valores baixos, predizem uma boa resposta à colestiramina⁽³²⁾. Valores entre 5%-10% também são anormais, mas apenas 50% respondem à colestiramina. Se o exame SeHCAT não estiver disponível, tentativa com colestiramina é uma alternativa razoável. A MAAB é caracterizada por sintomas noturnos e com peso das fezes acima de 250 g⁽³³⁾.
6. A incidência precisa de doença celíaca e de giardíase depende de onde o paciente vive ou é originário, mas em muitos países estas doenças são mais prevalentes do que a DII. O câncer de cólon é raro na idade abaixo de 40 anos e na Ásia.
7. Se não houver sinais clínicos de alarme, uma avaliação limitada para distúrbios que possam acompanhar ou estar mascarados, como SII, pode ainda ser necessária. A maior parte das diretrizes⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ recomenda hemograma e exame sorológico para doença celíaca, especialmente em pacientes com diarreia ou hábito intestinal misto. A causa de qualquer anemia deve ser completamente elucidada antes de ser feito um diagnóstico de SII. Em muitas mulheres adultas a anemia está relacionada à perda menstrual, mas devem ser excluídas outras causas. Nas crianças, o hemograma é altamente sensível e moderadamente específico para DII⁽³⁴⁾. A PCR > 5 mg/L apresenta baixa sensibilidade (50%), mas boa especificidade (81%) para DII e também deve ser avaliada se houver a presença de diarreia⁽³⁵⁾. O valor da avaliação para doença celíaca depende da prevalência na população de base. No norte da Europa Ocidental, a prevalência é de cerca de 1% da população e, em uma população de SII não selecionada, que atende os critérios Roma II, a prevalência é de 4,6%⁽³⁶⁾. Se doença celíaca estiver presente, a resposta à uma dieta isenta de glúten pode indicar em que medida a doença estava causando os sintomas similares aos da SII.
8. Se a avaliação laboratorial limitada revelar um ou mais resultados positivos, são necessários exames adicionais (conforme o quadro 4).
9. Se os sintomas do paciente atenderem aos critérios Roma III para SII (ver abaixo), se não houver sinais clínicos de alarme (ver anotação n° 3 acima) e, se os resultados dos exames de avaliação limitada forem negativos, pode-se fazer um diagnóstico de SII.
- Os critérios diagnósticos de Roma III de sintomas para SII são:
- a. dor ou desconforto abdominal recorrente por pelo menos 3 dias por mês nos últimos 3 meses, com dois ou mais dos seguintes:
 - I. melhora com a defecação;
 - II. início associado à uma alteração na frequência de evacuação e,
 - III. início associado à uma alteração na forma (aparência) das fezes e,
 - b. critérios preenchidos durante pelo menos 3 meses, com início do sintoma pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.
- Em análise de fator de pacientes e da população geral, estes critérios se agrupam⁽³⁷⁾. Há sintomas associados que ocorrem na SII, mas não são sufi-

cientemente específicos para serem incluídos nos critérios. Incluem as sensações de estufamento (empachamento), evacuação incompleta, esforço ou de urgência evacuatória e, o aumento de flatulência e eructação. A presença de sintomas extraintestinais comum na SII também deve ser avaliada, pois eles podem ser igualmente controlados; incluem letargia, cefaleia, palpitação, dispneia, dor nas costas, dispareunia e dismenorria. Cerca de 10% dos pacientes de SII relatam que os sintomas se iniciaram com uma infecção intestinal bacteriana aguda⁽³⁸⁾. O significado do diagnóstico de SII deve ser explicado ao paciente, enfatizando que são pouco prováveis outros diagnósticos neste momento e/ou no futuro. O padrão dos sintomas e a sua relação com certos precipitadores podem indicar a influência do estresse ou da dieta. Muitos pacientes perguntam se a dieta é importante, particularmente os que são intolerantes à lactose. A prevalência de intolerância à lactose difere consideravelmente por raça (90% em chineses, 60% em asiáticos e 40% na população do mediterrâneo oriental). No noroeste da Europa apenas 10% das pessoas são intolerantes à lactose⁽³⁹⁾. Muitos dos que sofrem reconhecem a ligação com produtos lácteos e os evita. Os sintomas da intolerância à lactose incluem dor abdominal, flatulência e diarreia. Entretanto, a incidência de intolerância à lactose em pacientes de SII é similar à de pessoas saudáveis⁽⁴¹⁾. Os efeitos da lactose são relacionados à dose e, a menos que os sujeitos ingiram 240 ml de leite ou o seu equivalente diariamente, é improvável que a intolerância à lactose seja a causa dos seus sintomas⁽⁴¹⁾. É importante também considerar o papel potencial da frutose e de substâncias relacionadas. Houve um aumento recente substancial pela população da ingestão de frutose, particularmente em refrigerantes. Como a frutose é pouco absorvida, grandes quantidades podem exceder a capacidade de absorção do intestino delgado, resultando em flatulência e diarreia⁽⁴²⁾. Dietas de exclusão algumas vezes indicam que o trigo e os produtos lácteos provocam diarreia ou distensão e os ajustes dietéticos podem resultar em melhoras a longo prazo^(43, 44).

10. Em muitos casos é útil determinar o subtipo da SII de acordo com o hábito intestinal, no momento da consulta. Na classificação de Roma III isto se baseia na EBFF (Diagrama 1). O diagrama seguinte (Diagrama 2) ilustra como a escala pode ser usada para identificar a SII com diarreia, SII com constipação e SII mista (SII-M), quando ambas estão presentes em momentos diferentes e a SII é indefinida (SII-I), quando nenhuma está presente. Os pacientes com SII apresentam grande variabilidade no horário da defecação e na consistência das fezes⁽⁴⁵⁾. Pode haver incerteza sobre o padrão intestinal, pois os sintomas de SII geralmente fluuam com exacerbações durante 5 dias em média⁽³⁾. Neste caso, um diário de duas semanas usando a EBFF pode ajudar a determinar o padrão intestinal predominante, e assim orientar o tratamento.
- 11-13. A EBFF é usada nos critérios diagnósticos Roma III para identificar a forma das fezes dos pacientes com SII. O uso repetido desta escala por longos períodos pode identificar os pacientes com SII cujo hábito intestinal se alterna (SII-M). A distribuição precisa dos subtipos de SII varia nas diferentes populações. Em uma grande pesquisa, o subtipo mais frequente foi SII-M com 46%, SII-C 17%, SII-D 32% e 3,9% não classificados⁽⁴⁷⁾. Isto é importante porque aproximadamente um terço dos pacientes alterna os subtipos entre SII-D e SII-C ao longo de 1 ano (SII-M) e, até 75% mudam de diarreia ou constipação para um padrão misto⁽⁴⁹⁾. Portanto, como vários medicamentos propostos para SII têm como alvo o hábito intestinal alterado, a subtipificação pode ajudar o gastroenterologista a escolher o tratamento apropriado no momento da consulta. Como o subtipo pode mudar, o paciente e o médico devem estar preparados para alterar ao longo do tempo, o medicamento ou outro tratamento que esteja sendo empregado.

Escala Bristol de Forma Fecal

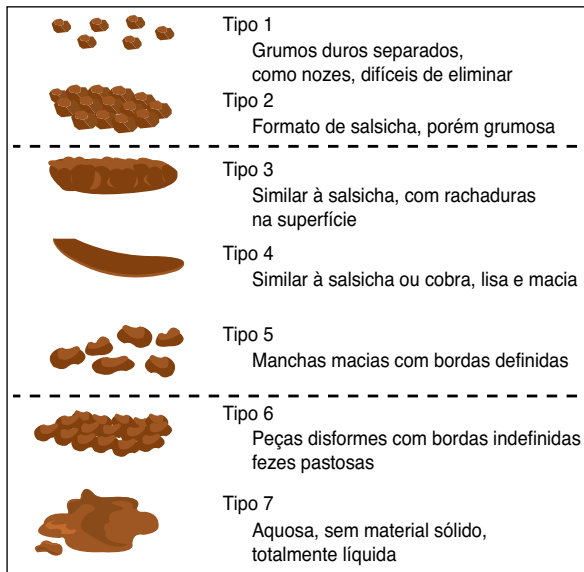


DIAGRAMA 1. O diagrama mostra o sistema de classificação da forma de fezes Bristol, com ilustrações e descrições que são de fácil entendimento para os pacientes descreverem a consistência de suas fezes.

Subtipos SII Roma III: Forma Fecal

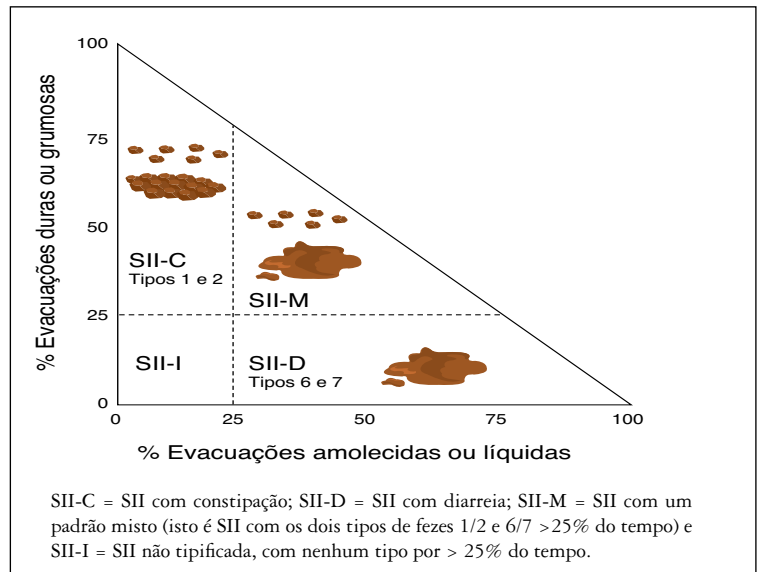


DIAGRAMA 2. O diagrama 2 ilustra como a Escala pode ser usada para identificar a SII com constipação (SII-C), SII com diarreia (SII-D), SII mista (SII-M), quando a presença de fezes amolecidas e duras é frequente (> 25% do tempo) e, SII indefinida (SII-I), quando fezes amolecidas ou duras são infrequentes (< 25%). As formas fecais são ilustradas nos segmentos adequados do diagrama para indicar a forma fecal predominante (> 25%) no momento da visita ou a partir de um diário. Isto permite subtipificar os pacientes com SII em SII-C, SII-D, SII com um padrão misto (SII-M) e um grupo indeterminado, onde não há padrão do hábito intestinal predominante (SII-I). São necessárias observações seriadas para determinar aqueles com um padrão alternante, onde o hábito intestinal se altera por semanas ou meses (SII-M).

DIARREIA CRÔNICA SEM DOR

Anamnese

Contador de 27 anos de idade foi encaminhado ao gastroenterologista em função de histórico de 2 anos de frequentes fezes aquosas (Caixa 1, Figura 2). Evacua de 5 a 6 vezes por dia, frequentemente com acentuada urgência, mas sem episódios de incontinência fecal. Geralmente precisa evacuar imediatamente ao se levantar e várias vezes durante a manhã, em intervalos curtos. Em cada ocasião há apenas uma pequena quantidade de fezes, porém são sempre aquosas ou muito moles. O gastroenterologista apresenta ao paciente a EBFF e este indica que as suas fezes sempre correspondem ao tipo fecal 6 ou 7. Não há características de esteatorreia e o paciente também não apresenta dor abdominal, náusea, vômitos ou anorexia (Caixa 2). Não há sangue ou muco nas fezes, nem dor abdominal, sem haver perda peso desde o início dos sintomas; a urgência para defecar raramente o desperta à noite (Caixa 3). A diarreia surgiu repentinamente, sem qualquer fator desencadeante, como um episódio de gastroenterite, um ciclo de antibióticos ou um evento estressante grave. O padrão não se alterou ao longo dos 2 anos. Não apresenta outra enfermidade nem cirurgia anterior. Não há história familiar relevante de doença gastrointestinal ou qualquer outra. Doze meses antes o médico de atenção primária solicitou exames hematológicos e de bioquímica de rotina, que foram normais. O paciente também experimentou loperamida por curto período, mas achou difícil ajustar sua dose sem desenvolver constipação.

O paciente nega o uso de qualquer medicamento, inclusive laxantes. Não fuma, mas bebe até 30 g de álcool diariamente. A sua ingestão de lactose é limitada a um copo pequeno de leite por dia e não consome bebidas que contenham cafeína, doces, adoçantes artificiais ou conservantes. Ao ser questionado, descreve seu trabalho como sendo muito estressante e está preocupado em perder a atual posição na empresa. A preocupação resulta em sono de má qualidade e sente dificuldade para lidar com a filha de 3 anos de idade

(Caixa 2). O exame físico é normal. A pressão arterial está em 125/75 mm Hg e a frequência de pulso é de 70/bpm. Há fezes amolecidas presentes durante o exame retal (EBFF 6), mas o tônus do esfíncter anal parece normal com pressão de contração voluntária satisfatória (Caixa 2).

O gastroenterologista solicita um conjunto adicional de testes de avaliação incluindo hemograma, VSG, ureia e eletrólitos, cálcio, TSH e sorologia celiaca (tTGA/EMA) bem como três exames parasitológicos de fezes (Caixa 5). Todos estes exames estão dentro dos limites normais (Caixa 6). Em função da duração da história e da gravidade da diarreia, decide solicitar a colonoscopia, que é normal, e a biópsia não apresenta inflamação da mucosa colônica ou melanose cólica. O paciente admite não ter fatores de risco para infecção por HIV. Observando que o paciente se mantém bastante ansioso, o gastroenterologista lhe pede que responda ao **questionário Roma III de alarme psicossocial**, que é compatível com o quadro de ansiedade.

É feito um diagnóstico provisório de **diarreia funcional** e o gastroenterologista explica ao paciente (Caixa 10), tranquilizando-o. Informa que existem medicamentos disponíveis para controlar os sintomas de diarreia e, que o acompanhará para orientar o tratamento e ficar alerta para quaisquer alterações importantes. Também discute o papel da ansiedade na possibilidade de contribuir para os sintomas. Ao reconhecer esta associação, é recomendada ao paciente a orientação e/ou os serviços de um profissional de saúde mental, com que concorda.

Como o paciente não apresenta melhora após 1 mês de doses regulares e cuidadosamente tituladas de agentes antidiarreicos e de redução na ingestão de álcool, o gastroenterologista solicita exames adicionais (Quadros 11, 12). A biópsia duodenal é negativa. Uma tentativa de colestiramina não melhora a diarreia. A tomografia computadorizada (TC) do abdômen é normal. O exame para laxantes é negativo. O diagnóstico de **diarreia funcional** é confirmado e a continuidade do controle se concentra na redução da ansiedade (Caixa 14).

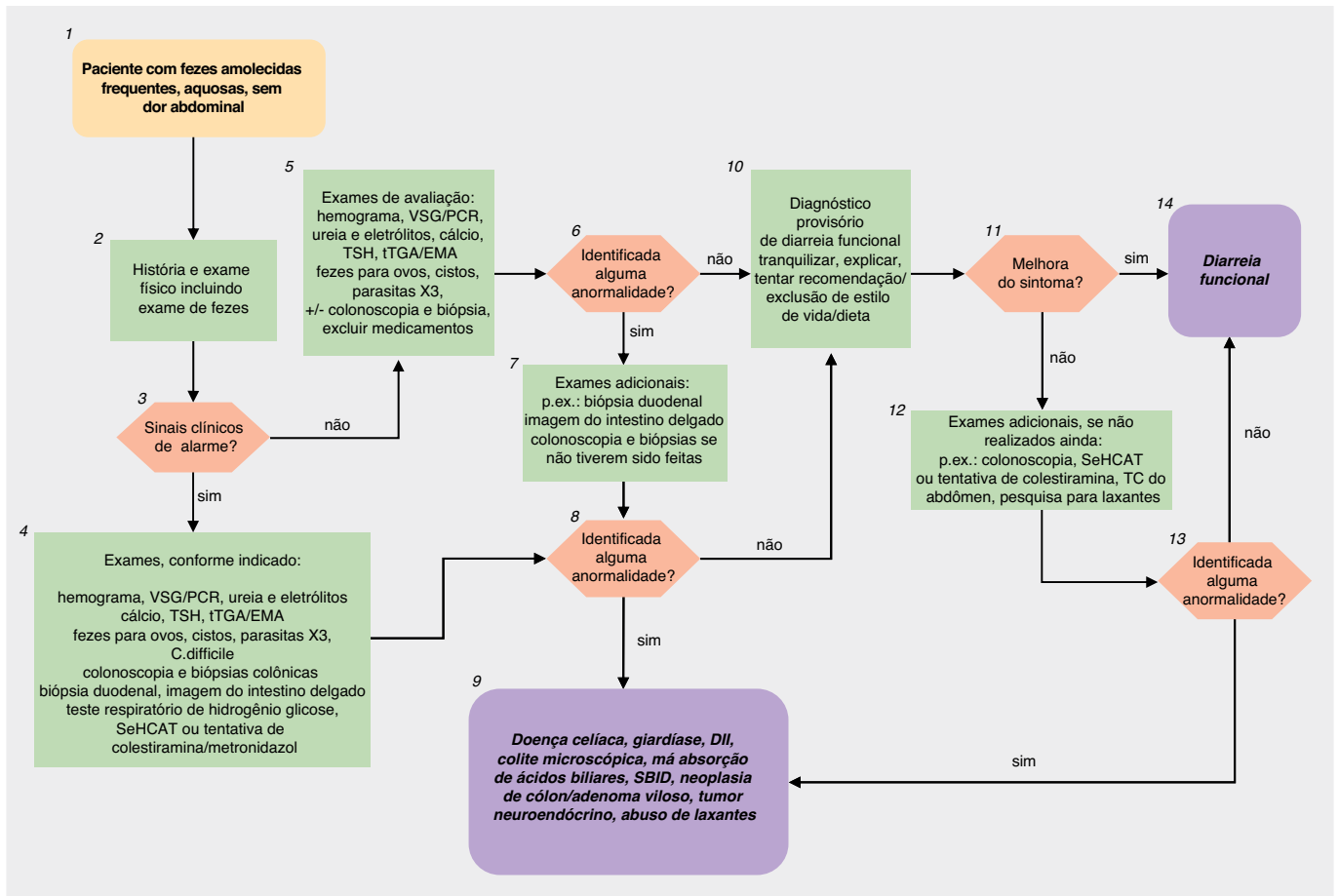


FIGURA 2. Diarreia crônica sem dor

Legenda da figura 2

1. O padrão e o tipo de diarreia devem ser observados, com especial atenção à forma fecal, à possível esteatorreia, bem como estimar se o volume de fezes é baixo ou alto, além de observar a presença de qualquer sinal clínico de alarme (ver abaixo). Deve-se estabelecer a presença ou ausência de dor abdominal associada. Se a dor estiver presente, deve-se considerar a possibilidade SII-D (ver “Dor abdominal recorrente/desconforto com hábito intestinal alterado” – Figura 1).
2. O paciente deve ser indagado sobre a presença de urgência e/ou incontinência, pois estas situações têm um forte impacto na qualidade de vida. Alguns pacientes podem ficar muito constrangidos para descrever estes sintomas. O gastroenterologista deve investigar se a diarreia começou com uma doença infecciosa aguda sugerindo disfunção intestinal pós-infecção⁽³⁸⁾, ou se podem estar implicados quaisquer outros fatores precipitantes. Uma história anterior de procedimentos cirúrgicos gastrointestinais ou algum novo medicamento, incluindo antibióticos, no início dos sintomas, podem sugerir uma etiologia. O histórico dietético deve observar a ingestão excessiva de alimentos com potencial laxativo como dietas ricas em fibras, fruta ou agentes laxativos, como o sorbitol (em goma de mascar) ou certas frutas que contêm frutose como as ameixas e cerejas⁽⁴⁸⁾. A EBFF pode ser usada para confirmar a forma fecal atual e mais comum do paciente. Durante o exame físico deve-se buscar especialmente por sinais de doença orgânica incluindo doença inflamatória intestinal (massa abdominal, anemia, hipocratismo) e má absorção (anemia, edema periférico, estomatite angular, unhas sulcadas, leuconíquia). O exame de toque retal deve incluir avaliação do tônus do esfíncter anal. Deve-se confirmar a natureza exata das fezes no vaso sanitário ou através do exame retal ou da coleta de fezes.
3. Deve ser estabelecida a presença de sinais clínicos de alarme, especialmente sangramento retal, perda de peso, diarreia noturna ou história familiar de câncer de cólon^(18, 19). O uso recente de antibiótico pode ser acompanhado de colite pelo *Clostridium difficile*. A idade acima de 50 anos e/ou o início recente dos sintomas e/ou um aparente volume grande de fezes, também podem sinalizar para a necessidade de exames adicionais.
4. Na presença de um ou mais sinais clínicos de alarme é indicada a realização de exames adicionais. Estes exames serão orientados pelo histórico, incluindo onde o paciente vive ou trabalha. Incluem hemograma, VSG/PCR, ureia e eletrólitos, cálcio sérico, TSH, sorologia celíaca, exame de fezes para infecções, incluindo *C. difficile* se houver uma história recente de uso de antibiótico, colonoscopia com biópsia, bem como biópsia duodenal. O médico deve estimar o volume de fezes, particularmente se forem de consistência aquosa. Como esta estimativa pode não ser precisa, se houver suspeita de um grande volume, deve ser realizada a coleta de fezes de 3 dias para avaliar o peso e outros testes (por exemplo, para detecção de laxantes, eletrólitos ou gordura nas fezes). Se o peso for alto (por exemplo, >350 g/dia), devem ser considerados exames de fezes adicionais e outros diagnósticos⁽³³⁾. Exames mais especializados podem incluir aqueles de imagem que avaliem o intestino delgado e o abdome, teste respiratório de hidrogênio glicose ou SeHCAT/tentativa com colestiramina⁽³²⁾. (Para detalhes adicionais destes exames, ver a legenda do algoritmo anterior). Estudos adicionais, como folato em hemácias, B12 sérica, proteínas séricas ou outros exames, podem ser realizados conforme indicado. Os resultados destes exames permitem o diagnóstico de uma variedade de doenças (Caixa 9).

5. Se não houver sinais clínicos de alarme, um conjunto de exames mais limitado é adequado, especialmente os de sangue e de fezes detalhados acima. É importante neste estágio excluir definitivamente a possibilidade de diarreia relacionada a medicamento (por exemplo, antiácidos contendo magnésio, inibidores de lipase, como orlistat, colchicina, misoprostol, procinéticos, como eritromicina e metoclopramida, antibióticos de amplo espectro). A colonoscopia ou a sigmoidoscopia e biópsia também podem ser indicadas neste estágio, dependendo dos aspectos clínicos particulares do caso.
- 6-8. As anormalidades dos exames acima podem revelar um diagnóstico específico ou exigir exames adicionais, como a biópsia duodenal, para excluir a doença celíaca ou a colonoscopia com exame do íleo terminal e biópsia para excluir a doença de Crohn (se ainda não realizados).
9. Um de vários distúrbios pode ser diagnosticado com base nos exames realizados até o momento. Detalhes adicionais destes distúrbios são fornecidos na legenda do algoritmo anterior.
10. Se os resultados dos exames relevantes forem normais ou negativos, justifica-se um diagnóstico provisório de diarreia funcional. O gastroenterologista deve explicar as implicações deste diagnóstico ao paciente e, assim, assegurar-lhe que não foi encontrada nenhuma doença estrutural e que, em alguns casos, há eventualmente uma melhora espontânea⁽⁴⁹⁾.
Deve ser oferecida orientação sobre a redução de elementos potencialmente laxativos na dieta (por exemplo, cereais e certas frutas contendo frutose e oligossacarídeos⁽⁵⁰⁾ e redução na ingestão de álcool. Abster-se de produtos lácteos pode ajudar, se forem consumidos mais de 240 mL de leite ou o seu equivalente por dia⁽⁴¹⁾. Um diário das fezes observando quando ocorrem as exacerbações, pode fornecer um indício com relação aos possíveis fatores de agravamento a serem evitados. Justifica-se uma tentativa de tratamento com loperamida⁽⁵¹⁾.
11. Se houver melhora com as medidas acima, o diagnóstico de diarreia funcional pode ser feito (ver o nº 14 abaixo).
12. Se não houver melhora, pode ser indicada a realização de exames adicionais, como o teste SeHCAT para má absorção de ácido biliar, ou colonoscopia com biópsia para colite microscópica⁽²⁸⁾ e melnose cólica, se não realizados ainda. Deve ser considerada uma pesquisa para laxante, pois o abuso escondido do mesmo é uma forma de “falsa doença” (manifestações clínicas decorrentes de ação dos pacientes) e explica alguns casos de diarreia persistente⁽⁵²⁾. Se ainda não realizada, pode ser justificável uma avaliação dos sintomas psicológicos usando o **questionário Roma III de alarme psicossocial** (Apêndice A), pois ansiedade, especialmente no caso de incontinência, pode causar defecação frequente.
13. Os exames acima podem fornecer um diagnóstico, conforme listado no Caixa 9.
14. A melhora da diarreia com a orientação sobre estilo de vida e dieta ou a não detecção de anormalidades nos exames adicionais, suportam o diagnóstico de diarreia funcional.

Os critérios diagnósticos Roma III para diarreia funcional⁽⁷⁾ são:

1. fezes moles ou líquidas, sem ocorrência de dor, em pelo menos 75% das evacuações e,
2. critérios preenchidos durante pelo menos 3 meses, com início do sintoma pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

De acordo com as pesquisas usando as versões anteriores dos critérios de Roma, a diarreia funcional está presente em menos de 2% da população em geral e é incomum na clínica. O tratamento é com loperamida e restrição dietética de alimentos com propriedades laxativas. Pode ser útil a orientação dietética especializada. Muitos casos eventualmente⁽⁵²⁾ remitem, mas são necessários mais estudos.

CONSTIPAÇÃO CRÔNICA

Anamnese

Cabeleireira de 40 anos de idade foi encaminhada ao gastroenterologista pelo seu médico de atenção primária em razão de uma prolongada situação de evacuação de fezes duras e infrequentes (Caixa 1, Figura 3). Defeca em média duas vezes por semana e, na maior parte das vezes, isto exige um esforço considerável. As fezes são constituídas de pequenas pelotas duras, nunca soltas ou aquosas, a não ser que use laxativos. O gastroenterologista apresenta à paciente a EBFF e esta indica que as suas fezes geralmente correspondem ao tipo fecal 1 ou 2. Estes sintomas estão presentes há 8 anos, mas se tornaram gradualmente mais graves e incômodos nos últimos 2 anos. Ela nega a necessidade de extração digital das fezes ou sensação de haver alguma coisa bloqueando a passagem das fezes. Não há dor abdominal, mas refere empachamento (estufamento) abdominal várias vezes na semana (Caixa 2). Não apresenta perda de peso (Caixa 3). As suas menstruações são bastante intensas e duram 7 dias. Fuma cinco cigarros por dia, não ingere bebida alcoólica, nem toma medicamentos constipantes (Caixa 7). Tem dois filhos, ambos nascidos de parto vaginal sem complicação. Nega depressão e descreve uma vida social ativa. A análise da dieta indica que ingere de 15 a 20 g de fibras diariamente. Não há dados relevantes em seu histórico médico e não há história familiar de constipação, câncer intestinal ou outra doença gastrointestinal.

O exame físico é normal, inclusive o exame abdominal.

Na inspeção anal são evidentes pequenas hemorroidas e, o exame de toque retal revela apenas fezes duras. Em particular, o tônus do esfíncter anal é normal e a evacuação simulada é acompanhada pelo relaxamento do músculo puborretal com descida perineal normal (Caixa 2). A paciente tentou uma série de preparações disponíveis sem prescrição médica, incluindo emoliente de fezes e chás fitoterápicos, que não foram muito eficazes. Recentemente descobriu que se tomar dois comprimidos de bisacodil pela manhã, algumas vezes consegue evacuar no final da tarde, mas a melhora é passageira.

O hemograma está normal. Na ausência de evidência sugerindo disfunção do assoalho pélvico ou inércia colônica (ver o algoritmo seguinte ‘constipação refratária e defecação difícil’), o gastroenterologista faz o diagnóstico de **constipação funcional** (Caixa 11). Explica os possíveis mecanismos para a constipação, sugere que aumente gradualmente a ingestão de fibras na dieta e comece com uma dose baixa de *psyllium*, aumentando gradualmente ao longo de vários meses, com ingestão adequada de líquidos (Caixa 12). Sugere-lhe adicionar uma preparação de polietilenoglicol (PEG), se necessário. Três meses mais tarde a paciente relata melhora significativa da forma fecal e do esforço evacuatório, bem como da defecação que ocorre 3 ou 4 vezes por semana (Caixa 13). Tem tomado *psyllium* de forma regular com adição de uma preparação de PEG e está satisfeita com a continuidade desta medida a longo prazo (Caixa 14).

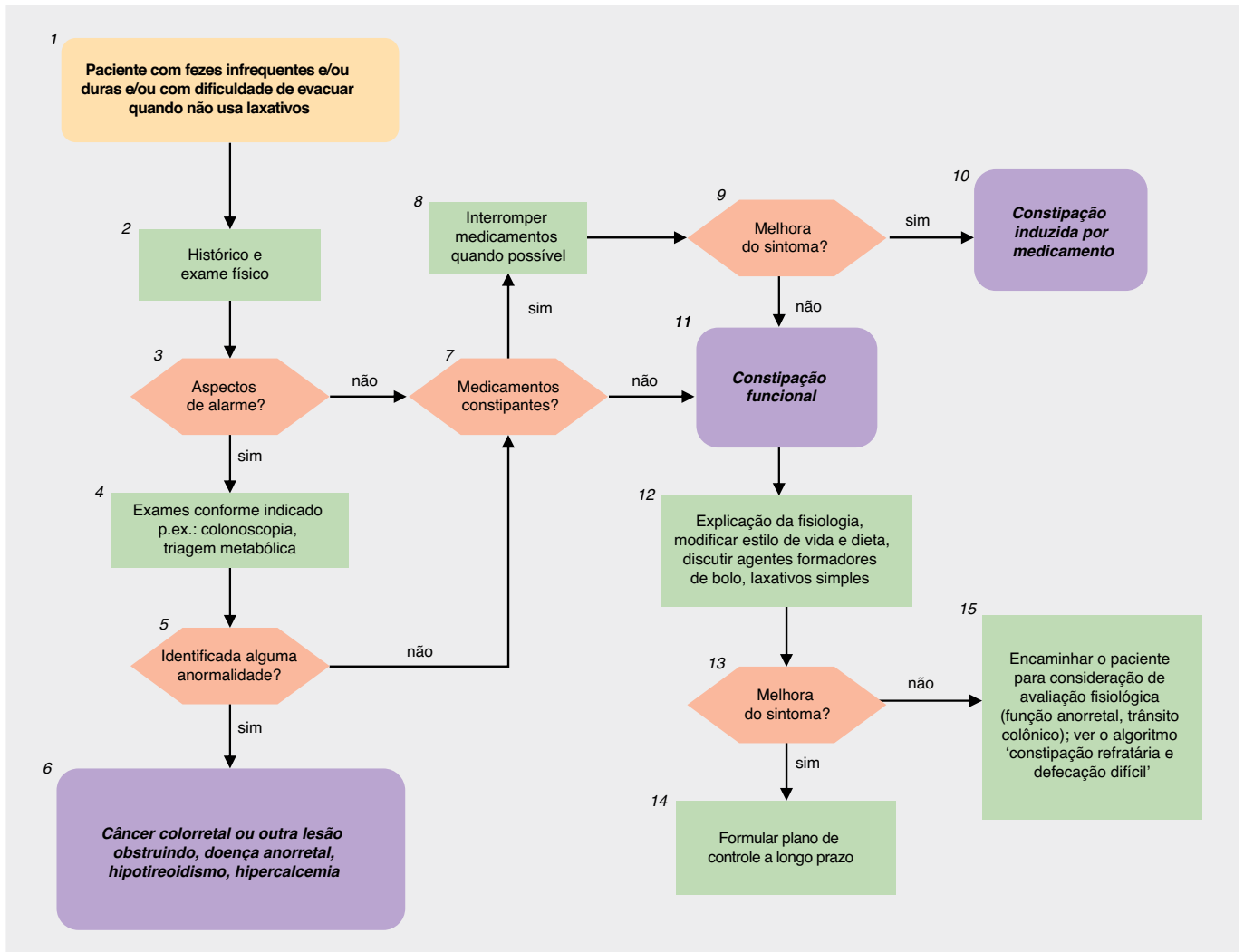


FIGURA 3. Constipação crônica

Legenda da figura 3

1. Deve-se obter uma descrição detalhada do padrão de defecação do paciente, sendo observados além da frequência de evacuação, a forma, o esforço e a sensação de evacuação incompleta. A necessidade de ajudar manualmente a expulsão das fezes ou o esforço prolongado, são aspectos que podem sugerir um distúrbio de defecação. A EBFF pode ser usada para confirmar a forma fecal atual e mais comum ao paciente. Além disso, a dor abdominal não é necessariamente uma característica da constipação crônica, porém, se presente, o diagnóstico poderia ser SII-C (ver “Dor abdominal recorrente/desconforto com hábito intestinal alterado” Figura 1).
2. O histórico deve incluir os fatores desencadeantes que ocorrem no início dos sintomas, incluindo qualquer novo medicamento constipante e uma estimativa da ingestão de fibras na dieta. Também deve ser observada qualquer alteração na atividade física ou no estilo de vida. O exame geral do paciente pode revelar evidência de anemia ou, ocasionalmente, hipotireoidismo. Deve ser realizado um exame completo do abdome incluindo toque retal. O tônus do esfíncter anal deve ser avaliado tanto em repouso como durante a contração. Durante a evacuação simulada deve ser avaliado o relaxamento normal do músculo puborretal e da descida perineal. Se não puderem ser demonstrados, pode estar presente um distúrbio de defecação (ver o algoritmo abaixo ‘Constipação Refratária e Defecação Difícil’).
3. Os aspectos de alarme mais importantes incluem alteração recente no hábito intestinal, perda de peso, história familiar de câncer colorretal, sangramento retal e idade acima de 50 anos.
4. Se houver um ou mais dos aspectos de alarme, o exame mais importante é a colonoscopia. O hemograma e a VSG/CRP ajudam a excluir anemia oculta ou inflamação. Pode ser realizada a avaliação metabólica para hipotireoidismo e hipercalcemia, especialmente se houver algum indicador clínico, mas isto raramente altera o manejo do paciente⁽²³⁾.
- 5-6. O câncer de cólon é raro em idade abaixo de 50 anos⁽⁵³⁾. Melanose colica é uma pigmentação peculiar da mucosa do cólon que é observada em alguns pacientes no momento da colonoscopia e indica o uso crônico de antraquinona como laxante⁽⁵⁴⁾. A função tireoidiana limítrofe é comum na população em geral, mas raramente se apresenta como constipação na ausência de outras características da doença da tireóide, como a letargia, a intolerância ao frio e o ganho de peso⁽⁵⁵⁾. A hipercalcemia também está associada à constipação, embora raramente na ausência de outros sintomas da doença de base, como dor nas costas ou anemia em uma pessoa com mieloma⁽⁵⁶⁾.

7. Se não houver aspecto de alarme nem for detectada anormalidade nos exames adicionais, deve ser considerado o potencial para qualquer efeito de medicamento. Os medicamentos constipantes incluem opioides como codeína, morfina, tramadol e diidrocodeína, antidepressivos tricíclicos, antiácidos contendo cálcio, preparações de ferro, quimioterapia (por exemplo, sorafenibe, cladribina) e antipsicóticos (por exemplo, clorpromazina, sulpirida).
- 8-10. Se um medicamento suspeito de causar ou exacerbar a constipação puder ser interrompido e, se a constipação melhorar com sua retirada, justifica-se o diagnóstico de constipação induzida por medicamento. A substituição por analgésicos não constipantes como ácido mefenâmico ou outros medicamentos antiinflamatórios não esteroidais (AINEs) pode auxiliar. A desintoxicação de opioides pode exigir um tratamento mais intensivo. A clonidina pode auxiliar na retirada de opioide, assim como na substituição de analgésico não opioide como a pregabalina. Também deve ser considerada a combinação de opioides de ação central com naloxona ou com antagonistas de opioides de ação periférica, se disponíveis. Recentemente a metilnaltrexona tem se mostrado eficiente para a constipação induzida por opioides em doença maligna⁽⁵⁷⁾.
11. Se não houver medicamentos suspeitos ou se a descontinuação do medicamento não melhorar a constipação e, se não houver aspectos de alarme, pode-se concluir pelo diagnóstico de constipação funcional. Os critérios diagnósticos Roma III para constipação funcional⁽¹⁾ são:
- dois ou mais dos seguintes:
 - esforço durante pelo menos 25% das evacuações
 - fezes duras ou grumosas em pelo menos 25% das evacuações
 - sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações
 - sensação de obstrução/bloqueio anorretal em pelo menos 25% das defecações
 - manobras manuais para facilitar em pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação digital, apoio do assoalho pélvico)
 - menos de três defecações por semana e
 - diarreia, raramente presente sem o uso de laxativos
 - critérios insuficientes para síndrome do intestino irritável
 - critérios preenchidos durante pelo menos três meses, com início do sintoma pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.
- A constipação funcional, conforme definida pelos critérios de Roma, afeta cerca de 8% da população⁽⁷⁾. O principal objetivo do tratamento deve ser minimizar a medicação e apoiar-se a longo prazo em medidas comportamentais e dietéticas. A maioria dos estudos clínicos controlados por placebo mostra que os sintomas daqueles que estão em tratamento, se aproxima daqueles que estão no braço de tratamento após cerca de 3 meses, sugerindo que, com instrução adequada, a constipação pode ser controlada sem medicamentos na maior parte do tempo.
12. Deve ser feita explicação cuidadosa da importância de se fazer refeições regulares contendo quantidades adequadas de "fibras" e açúcares na dieta e da absorção lenta que ocorre com a frutose ou o sorbitol, por exemplo. É igualmente importante orientar sobre o momento e a postura adequados para a defecação, assim como o momento ótimo. Por exemplo, é proveitoso tentar a defecação 30 a 60 minutos após a refeição, quando o reflexo gastrocólico pode ativar os movimentos da massa colônica e auxiliar a defecação. Os agentes formadores de bolo como a ispaghula husk ou psyllium podem ajudar a aumentar o volume de fezes e a amaciá-las⁽⁵⁸⁾. As fezes volumosas transitam mais facilmente do que as pequenas⁽⁵⁹⁾. As soluções de PEG se mostraram eficazes em vários estudos clínicos randomizados controlados por placebo, mesmo com fecaloma⁽⁶⁰⁾. Laxantes estimuladores como o sene, ou laxantes osmóticos, como a lactulose, podem causar dor⁽⁶³⁾ e resultar em fezes aquosas seguidas por vários dias sem evacuação, o que pode ser mal interpretado como constipação, resultando em doses adicionais e laxação excessiva.
- 13-14. A melhora dos sintomas reforça o diagnóstico de constipação funcional e, neste estágio, um plano de controle a longo prazo deve ser desenvolvido.
15. Se a constipação não melhorar e o paciente descrever fezes muito infrequentes e/ou defecação difícil, especialmente uma sensação de bloqueio anorretal e/ou a necessidade de digitação anal durante a defecação, deve-se encaminhá-lo para um estudo da função anorretal e do trânsito colônico. Isto pode determinar se apresenta distúrbio de defecação ou trânsito colônico lento, ou ambos, na base de sua constipação, (ver o algoritmo que se segue 'Constipação refratária e defecação difícil').

CONFLITO DE INTERESSE

Garantia do artigo: Rome Foundation.

Contribuições específicas dos autores: Redação e revisão: Robin C. Spiller e W. Grant Thompson

Apoio financeiro: Financiado com subvenção da Rome Foundation.

Potenciais conflitos de interesse: Nenhum.

REFERÊNCIAS

- Costanza CD, Longstreth GF, Liu AL. Chronic abdominal wall pain: clinical features, health care costs, and long-term outcome. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2:395-9.
- Gregory PL, Biswas AC, Batt ME. Musculoskeletal problems of the chest wall in athletes. *Sports Med.* 2002;32:235-50.
- Hahn B, Watson M, Yan S, et al. Irritable bowel syndrome symptom patterns: frequency, duration, and severity. *Dig Dis Sci.* 1998;43:2715-8.
- Ford AC, Talley NJ, Veldhuyzen Van Zanten SJ, et al. Will the history and physical examination help establish that irritable bowel syndrome is causing this patient's lower gastrointestinal tract symptoms? *JAMA.* 2008;300:1793-805.
- Connell AM, Hilton C, Irvine G, et al. Variation of bowel habit in two population samples. *Br Med J.* 1965;2:1095-9.
- Heaton KW, O'Donnell LJ. An office guide to whole-gut transit time. Patients' recollection of their stool form. *J Clin Gastroenterol.* 1994;19:28-30.
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1480-91.
- Probert CS, Emmett PM, Cripps HA, et al. Evidence for the ambiguity of the term constipation: the role of irritable bowel syndrome. *Gut.* 1994;35:1455-8.
- Accarino A, Perez F, Azpiroz F, et al. Abdominal distention results from caudo-ventral redistribution of contents. *Gastroenterology.* 2009;136:1544-51.
- Houghton LA, Lea R, Agrawal A et al. Relationship of abdominal bloating to distention in irritable bowel syndrome and effect of bowel habit. *Gastroenterology.* 2006;131:1003-10.
- Agrawal A, Houghton LA, Lea R, et al. Bloating and distention in irritable bowel syndrome: the role of visceral sensation. *Gastroenterology.* 2008;134:1882-9.
- Sykes MA, Blanchard EB, Lackner J, et al. Psychopathology in irritable bowel syndrome: support for a psychophysiological model. *J Behav Med.* 2003;26:361-72.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med.* 2002;64:258-66.
- North CS, Downs D, Clouse RE, et al. The presentation of irritable bowel syndrome in the context of somatization disorder. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2:787-95.
- Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology.* 2006;130:1447-58.
- Ragnarsson G, Bodemar G. Pain is temporally related to eating but not to defecation in the irritable bowel syndrome (IBS). Patients' description of diarrhea, constipation and symptom variation during a prospective 6-week study. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1998;10:415-21.

18. Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2009;104(Suppl 1):S1–35.
19. Spiller R, Aziz Q, Creed F, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut.* 2007;56:1770–98.
20. Kruis W, Thieme C, Weinzierl M, et al. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology.* 1984;87:1–7.
21. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:2912–7.
22. Sloth H, Jorgensen LS. Chronic non-organic upper abdominal pain: diagnostic safety and prognosis of gastrointestinal and non-intestinal symptoms. A 5- to 7-year follow-up study. *Scand J Gastroenterol.* 1988;23:1275–80.
23. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:2812–9.
24. Goka AK, Rolston DD, Mathan VI, et al. The relative merits of faecal and duodenal juice microscopy in the diagnosis of giardiasis. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1990;84:66–7.
25. Weitzel T, Dittrich S, Mohl I, et al. Evaluation of seven commercial antigen detection tests for *Giardia* and *Cryptosporidium* in stool samples. *Clin Microbiol Infect.* 2006;12:656–9.
26. Nagaty IM, Hegazi MM. Dot-ELISA copro-antigen and direct stool examination in diagnosis of giardiasis patients. *J Egypt Soc Parasitol.* 2007;37:641–8.
27. Hamm LR, Sorrells SC, Harding JP, et al. Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulfilling the Rome Criteria. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:1279–82.
28. Pardi DS, Loftus EV Jr, Smyrk TC, et al. The epidemiology of microscopic colitis: a population based study in Olmsted County, Minnesota. *Gut.* 2007;56:504–8.
29. Solem CA, Loftus EV Jr, Fletcher JG, et al. Small-bowel imaging in Crohn's disease: a prospective, blinded, 4-way comparison trial. *Gastrointest Endosc.* 2008;68:255–66.
30. Posserud I, Stotzer PO, Bjornsson ES, et al. Small intestinal bacterial overgrowth in patients with irritable bowel syndrome. *Gut.* 2007;56:802–8.
31. Berthold HK, Schober P, Scheurlen C, et al. Use of the lactose-[13C]ureide breath test for diagnosis of small bowel bacterial overgrowth: comparison to the glucose hydrogen breath test. *J Gastroenterol.* 2009;44:944–51.
32. Williams AJK, Merrick MV, Eastwood MA. Idiopathic bile acid malabsorption — a review of clinical presentation, diagnosis, and response to treatment. *Gut.* 1991;32:1004–6.
33. Sinha L, Liston R, Testa HJ, et al. Idiopathic bile acid malabsorption: qualitative and quantitative clinical features and response to cholestyramine. *Aliment Pharmacol Ther.* 1998;12:839–44.
34. Cabrera-Abreu JC, Davies P, Matek Z, et al. Performance of blood tests in diagnosis of inflammatory bowel disease in a specialist clinic. *Arch Dis Child.* 2004;89:69–71.
35. Tibble JA, Sigthorsson G, Foster R, et al. Use of surrogate markers of inflammation and Rome criteria to distinguish organic from nonorganic intestinal disease. *Gastroenterology.* 2002;123:450–60.
36. Sanders DS, Carter MJ, Hurlstone DP, et al. Association of adult coeliac disease with irritable bowel syndrome: a case-control study in patients fulfilling ROME II criteria referred to secondary care. *Lancet.* 2001;358:1504–8.
37. Whitehead WE, Crowell MD, Bosmajian L, et al. Existence of irritable bowel syndrome supported by factor analysis of symptoms in two community samples. *Gastroenterology.* 1990;98:336–40.
38. Spiller R, Garsed K. Postinfectious irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2009;136:1979–88.
39. Simoons FJ. The geographic hypothesis and lactose malabsorption a weighing of the evidence. *Dig Dis Sci.* 1978;23:963–79.
40. Tolliver BA, Jackson MS, Jackson KL, et al. Does lactose maldigestion really play a role in the irritable bowel? *J Clin Gastroenterol.* 1996;23:15–7.
41. Suarez FL, Savaiano DA, Levitt MD. A comparison of symptoms after the consumption of milk or lactose-hydrolyzed milk by people with self-reported severe lactose intolerance. *N Engl J Med.* 1995;333:1–4.
42. Shepherd SJ, Parker FC, Muir JG, et al. Dietary triggers of abdominal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: randomized placebo-controlled nevidence. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6:765–71.
43. Atkinson W, Sheldon TA, Shaath N, et al. Food elimination based on IgG antibodies in irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial. *Gut.* 2004;53:1459–64.
44. Nanda R, James R, Smith H, et al. Food intolerance and the irritable bowel syndrome. *Gut.* 1989;30:1099–104.
45. Heaton KW, Ghosh S, Braddon FE. How bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel syndrome? A prospective, controlled study with emphasis on stool form. *Gut.* 1991;32:73–9.
46. Tillisch K, Labus JS, Naliboff BD, et al. Characterization of the alternating bowel habit subtype in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:896–904.
47. Drossman DA, Morris CB, Hu YM, et al. A prospective assessment of bowel habit in irritable bowel syndrome in women: defining an alternator. *Gastroenterology.* 2005;128:580–9.
48. Shepherd SJ, Gibson PR. Fructose malabsorption and symptoms of irritable bowel syndrome: guidelines for effective dietary management. *J Am Diet Assoc.* 2006;106:1631–9.
49. Afzalpurkar RG, Schiller LR, Little KH, et al. The self-limited nature of chronic idiopathic diarrhea. *N Engl J Med.* 1992;327:1849–52.
50. Parker TJ, Naylor SJ, Riordan AM, et al. Management of patients with food intolerance in irritable bowel syndrome: The development and use of an exclusion diet. *J Hum Nutr Diet.* 1995;8:159–66.
51. Lavo B, Stenstam M, Nielsen AL. Loperamide in treatment of irritable bowel syndrome — a double-blind placebo controlled study. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1987;22:77–80.
52. Read NW, Krejs GJ, Read MG, et al. Chronic diarrhea of unknown origin. *Gastroenterology.* 1980;78:264–71.
53. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2007;57:43–66.
54. da Silva JG, De Brito T, Cintra Damiao AO, et al. Histologic study of colonic mucosa in patients with chronic diarrhea and normal colonoscopic findings. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40:44–8.
55. Al-Sultan AI, Larbi EB, Magbool G, et al. Clinical presentation of spontaneous primary hypothyroidism in adults. *Ann Saudi Med.* 1995;15:143–7.
56. Lamy O, Jenzer-Closuit A, Burckhardt P. Hypercalcaemia of malignancy: an undiagnosed and undertreated disease. *J Intern Med.* 2001;250:73–9.
57. Thomas J, Karver S, Cooney GA, et al. Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in advanced illness. *N Engl J Med.* 2008;358:2332–43.
58. Bannister JJ, Davison P, Timms JM, et al. Effect of stool size and consistency on defecation. *Gut.* 1987;28:1246–50.
59. 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.
60. Passmore AP, Wilson-Davies K, Stoker C, et al. Chronic constipation in long stay elderly patients: a comparison of lactulose and a senna-fibre combination. *BMJ.* 1993;307:769–71. Simoons FJ. The geographic hypothesis and lactose malabsorption a weighing of the evidence. *Dig Dis Sci.* 1978;23:963–79.