

BMJ Best Practice

Constipação

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	13
Diagnóstico diferencial	15
Critérios de diagnóstico	16
Tratamento	19
Abordagem passo a passo do tratamento	19
Visão geral do tratamento	22
Opções de tratamento	24
Novidades	36
Acompanhamento	38
Recomendações	38
Complicações	38
Prognóstico	39
Diretrizes	40
Diretrizes de diagnóstico	40
Diretrizes de tratamento	40
Recursos online	42
Nível de evidência	43
Referências	44
Imagens	53
Aviso legal	55

Resumo

- ♦ Uma história e um exame físico detalhados, incluindo exame de toque retal, são a primeira etapa na avaliação da constipação.
- ♦ Avaliação diagnóstica pode incluir uma colonoscopia, se indicada, e um estudo de trânsito colônico, manometria anorretal e estudo de expulsão de balão.
- ♦ O tratamento inicial consiste em modificação do estilo de vida e laxantes.
- ♦ O tratamento clínico deve ser projetado para a etiologia subjacente. Pacientes que não respondem ao tratamento clínico podem precisar de avaliação especializada para disfunção do assoalho pélvico e terapia de biofeedback. A cirurgia é indicada apenas raramente.

Definição

Constipação crônica é um distúrbio heterogêneo polissintomático. Os pacientes definem constipação com base em esforço excessivo, sensação de evacuação incompleta, tentativas frustradas ou demoradas de defecar, fezes duras e, com menos frequência, pelo número de fezes por semana.[1] [2] [3] O American College of Gastroenterology descreve a constipação como defecação insatisfatória caracterizada por fezes infrequentes, dificuldade na passagem das fezes ou defecação que é infrequente e/ou difícil.[4]

Epidemiologia

Os hábitos intestinais e a percepção de constipação variam muito entre as populações. A prevalência mundial de constipação idiopática crônica em adultos é de cerca de 14%^[10] e varia entre 8% e 26% na Europa.^[11] A prevalência de constipação no Reino Unido, definida pelos critérios de Roma II, foi estimada em 8.2%;^[12] entretanto, em outra pesquisa do Reino Unido, 39% dos homens e 52% das mulheres relataram esforço ao defecar em mais de 1 em 4 ocasiões.^[13] A prevalência de constipação crônica nos EUA varia de 2% a 28%.^{[10] [14] [15] [16] [17] [18]}

A história natural da constipação crônica não é bem compreendida, embora, em um estudo, 89% tenham apresentado sintomas similares quando pesquisados em duas ocasiões separadas ao longo de 12 a 20 meses,^[19] e em outro, 45% das pessoas entrevistadas relataram essa condição por ≥ 5 anos.^[15]

A constipação é pelo menos duas vezes mais comum em mulheres que em homens, com uma razão estimada de 2.2:1.^{[2] [10] [20] [21] [22]} Sua ocorrência aumenta com o avanço da idade, especialmente após os 65 anos.^{[2] [21] [22]} Sua prevalência é de duas vezes mais em pacientes negros,^{[2] [17]} naqueles de menor condição socioeconômica,^{[2] [10] [14] [17]} e em residentes de casas de repouso.^{[2] [3] [23]} A gestação também está associada a uma maior prevalência de constipação.^[24] A constipação crônica é frequentemente associada a outros distúrbios de motilidade gastrointestinal funcional, incluindo dor torácica,^[25] doença do refluxo gastroesofágico (DRGE),^{[26] [27]} síndrome do intestino irritável e dispepsia funcional.^{[26] [27] [28]} A constipação crônica impõe um peso substancial sobre os recursos de saúde.^[29] Nos EUA, foram gastos US\$ 821 milhões em laxantes em 2002.^[30] A constipação foi um motivo para se buscar atendimento em cerca de 5.7 milhões de consultas médicas ambulatoriais por ano.^[31]

Etiologia

Constipação primária:

- Devido à regulação desordenada das funções neuromusculares anorretais e colônicas, bem como da função neuroentérica cérebro-intestino. A constipação primária inclui constipação de trânsito lento e distúrbios de evacuação (defecação dissinérgica).
- Várias etiologias possíveis foram propostas para a síndrome do intestino irritável-constipação (SII-C), que incluem fatores genéticos, ambientais, sociais, biológicos e psicológicos.^[32]

Constipação secundária:

- Resulta de uma plethora de fatores, como distúrbios metabólicos (hipercalcemia, hipotireoidismo), medicamentos (por exemplo, opiáceos, bloqueadores do canal de cálcio, antipsicóticos), distúrbios neurológicos (doença de Parkinson, lesões da medula espinhal, diabetes mellitus) e doenças primárias do cólon (estenose, câncer, fissura anal, proctite).

- Embora haja uma associação definitiva entre retoccele e constipação, a causalidade ou a direção de causalidade não está totalmente clara. Não está claro se a retoccele causa a constipação ou se a constipação predispõe à formação de retoccele.

Fisiopatologia

A constipação de trânsito lento (CTL) está relacionada à disfunção primária do músculo liso do cólon (miopatia), à sua inervação (neuropatia) ou a ambas.[33] Estudos confirmaram que pacientes com CTL exibem atividade motora colônica fásica significativamente prejudicada,[34] bem como das respostas gastrocolônicas e ao despertar, embora a variação diurna da motilidade colônica seja preservada.[33] A atividade motora periódica na área retossigmoide é aumentada, servindo como um freio à propulsão alimentar colônica.[34] Além disso, há uma redução significativa não apenas no número de contrações propulsivas de alta amplitude (CPAA), mas também na velocidade de propagação e na amplitude, levando a um cancelamento prematuro dessas ondas em pacientes constipados.[33] [34] [35]

A dissinergia parece ser um distúrbio comportamental da defecação adquirido em dois terços dos pacientes adultos com dificuldade de defecação, derivando de problemas no ensino do uso do banheiro, problemas de comportamento ou conflitos entre pais e filhos.[3] Em um estudo prospectivo, a maioria dos pacientes com defecação dissinérgica mostrou incapacidade de coordenar os músculos abdominais, retoanais e do assoalho pélvico durante a tentativa de defecação.[3] [36] A insuficiência na coordenação retoanal consistia em contração anal paradoxal, relaxamento anal inadequado ou forças propulsivas retais/abdominais prejudicadas.[3] Além disso, dois terços desses pacientes apresentaram hipossensibilidade retal.[3]

Pacientes com síndrome do intestino irritável-constipação podem ter alteração na regulação autonômica ou na liberação de neurotransmissores como a serotonina, ou funções alteradas dos receptores do intestino.[32] Estudos de agregação familiar e com gêmeos relataram a existência de suscetibilidade genética para a síndrome do intestino irritável (SII).[37] Embora vários candidatos a marcadores genéticos estejam associados a SII, a ocorrência de polimorfismo genético significativo torna uma relevância etiológica ou patogênica menos provável.[38] Fatores dietéticos, como intolerância à frutose, também podem levar a sintomas de SII, especialmente naqueles com gás e distensão abdominal e SII-diarreia (ISS-D).[39] [40] Um supercrescimento bacteriano no intestino delgado foi implicado, e sua erradicação com rifaximina parece melhorar os sintomas em alguns pacientes.[41] [42] Além disso, a SII foi relatada em um subgrupo de pacientes após gastroenterite, e essa SII pós-infecção pode estar relacionada a regulação para cima das citocinas intestinais e/ou problemas psiquiátricos anteriores.[43] [44] Estudos de interações entre cérebro-intestino revelam que percepção cortical anormal, hipervigilância e inibição prejudicada dos sinais eferentes descendentes ou desregulação no tronco encefálico podem desempenhar uma função.[44]

Classificação

Tipos de constipação

Primário: devido à regulação desordenada das funções neuromusculares anorretais e colônicas, bem como da função neuroentérica cérebro-intestino. Usando critérios baseados em sintomas, um grupo internacional de especialistas classificou constipação em:[5] [6] [7]

- Distúrbios de defecação funcionais:

- Defecação dissinérgica: contração paradoxal ou relaxamento inadequado dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de defecação[8]
- Constipação de trânsito lento: propulsão defecatória inadequada (forças propulsivas inadequadas durante a tentativa de defecação)
- Síndrome do intestino irritável-constipação (SII-C)

Secundário: constipação secundária a outra condição, como dieta, medicamentos ou doenças comportamentais, endócrinas, metabólicas, neurológicas e primárias do cólon (estenose, câncer, fissura anal, proctite).[9]

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 39 anos apresenta-se com história de 2 anos de constipação em piora gradual. Ela reclama de distensão abdominal, gases e desconforto abdominal inferior com hábitos intestinais irregulares. Ela descreve suas fezes como em formato de salsicha, duras e grumosas na maioria das vezes. Ela toma metoprolol para hipertensão e lansoprazol para pirose. Anteriormente, ela usou senna e bisacodil sem melhora dos sintomas. Ela também aumentou sua ingestão diária de fibras e líquidos sem alívio. O exame físico não apresenta nada digno de nota, exceto por distensão abdominal leve e fezes palpáveis nos quadrantes inferiores direito e esquerdo. A inspeção perianal é normal, e o reflexo anocutâneo está presente em todos os 4 quadrantes. O exame de toque retal revela uma grande quantidade de fezes no reto. Quando solicitada a empurrar e forçar para baixo, ela mostra descimento pélvico adequado com relaxamento anal normal.

Caso clínico #2

Uma mulher de 50 anos apresenta-se com história de vida inteira de constipação que piorou nos últimos 2 anos. Ela relata redução na frequência das fezes e esforço durante a defecação. Ela tem sensação de evacuação incompleta e admite aplicar pressão sobre a parede vaginal posterior durante a defecação. Ela descreve suas fezes como grumos duros separados. Ela teve 2 partos vaginais, sem história conhecida de rompimentos. Ela realizou uma cirurgia de suspensão da bexiga e histerectomia. Ela usou psílio e leite de magnésia, com alívio limitado. O exame não apresenta nada digno de nota. Seu abdome é macio e sem distensão, sem massas palpáveis. A inspeção perianal é normal, e o reflexo anocutâneo está presente em todos os 4 quadrantes. O exame de toque retal não revela fezes no reto. No exame de toque retal, o tônus anal em repouso é fraco, mas o tônus de aperto é normal. Ela não relaxa o músculo puborretal ou o esfíncter anal externo ao estimular a defecação, além disso, ela apresenta 2 cm de descida perineal com o esforço.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A avaliação inicial envolve obter uma história e um exame físico detalhados (incluindo exame de toque retal [ETR]), e investigações iniciais.

História

Uma história detalhada inclui:

- Descrição dos hábitos intestinais do paciente
- Avaliação da duração e da gravidade dos sintomas
- Qualquer história de eventos precipitantes, incluindo história medicamentosa.

Questões específicas sobre hábitos intestinais incluem: detalhes da frequência das fezes, consistência das fezes (pode ser classificada usando a escala de forma de fezes de Bristol [BSFS]), o tamanho das fezes, a urgência em defecar, o grau de esforço durante a defecação, a sensação de evacuação incompleta, a necessidade de descompactação por toque das fezes e qualquer história de ignorar a necessidade de defecar.

A história deve apurar o surgimento, a gravidade e a duração de cada sintoma. Os pacientes frequentemente definem constipação com base em esforço excessivo, sensação de evacuação incompleta, tentativas frustradas ou demoradas de defecar, fezes duras e, com menos frequência, pelo número de fezes por semana.[1] [2] [3] O American College of Gastroenterology descreve a constipação como defecação insatisfatória caracterizada por fezes infrequentes, dificuldade na passagem das fezes ou defecação que é infrequente e/ou difícil.[4]

O paciente também deve ser questionado sobre a presença de fatores de risco para constipação. Fatores de risco incluem ter mais de 65 anos, ser mulher, ter uma dieta pobre em fibras, ter um estilo de vida sedentário e ter uma história de uso de qualquer medicamento indutor de constipação.

Escala de forma de fezes de Bristol

Um diário prospectivo de fezes de 7 dias pode ser útil para documentar a frequência e a consistência das fezes.[55] A lembrança retrospectiva dos padrões de fezes muitas vezes pode ser pouco confiável. Uma BSFS ≤ 3 indica fezes endurecidas.

- Tipo 1 - grumos duros separados, como nozes (difíceis de passar)
- Tipo 2 - formato de salsicha, mas grumosas
- Tipo 3 - formato de salsicha, mas com rachaduras na superfície
- Tipo 4 - formato de salsicha ou cobra, lisa e macia
- Tipo 5 - gotas macias com bordas de corte claro (passadas facilmente)
- Tipo 6 - pedaços fofos com bordas irregulares, fezes moles
- Tipo 7 - aguada, sem pedaços sólidos (totalmente líquida)

Exame físico

O exame físico inclui um exame neurológico detalhado para avaliar sinais de neuropatia, diabetes, hipotireoidismo, câncer gastrointestinal e problemas neurológicos. O abdome é examinado quanto a massas ou à presença de fezes nos quadrantes abdominais inferiores esquerdo ou direito. A inspeção anorretal busca escoriações na pele, acrocórdones, fissuras anais ou hemorroidas. Um ETR é realizado para avaliar estenoses retais, fezes no arco retal, fezes positivas para heme e retocelos. Se houver suspeita de retocelo em uma paciente feminina, um exame vaginal pode ser útil. O tônus do esfíncter anal é avaliado, tanto em repouso quanto durante aperto. Se houver fezes, sua consistência deve ser anotada e pacientes devem ser questionados quanto a se estavam cientes da sua presença. Não saber da presença das fezes no reto pode sugerir hipossensibilidade retal. A avaliação do tônus em repouso e em aperto do esfíncter anal e do músculo puborretal é feita pedindo ao sujeito para apertar. O sujeito deve ser solicitado a empurrar e pressionar para baixo como se fosse defecar. Durante essa manobra, o examinador deve perceber o relaxamento do esfíncter anal externo e/ou do músculo puborretal, junto com descida perineal. Uma mão posicionada no abdome pode medir o esforço de pressão abdominal. Ausência desses achados normais deve elevar o índice de suspeita de um distúrbio de evacuação, como defecação dissinérgica.[8]

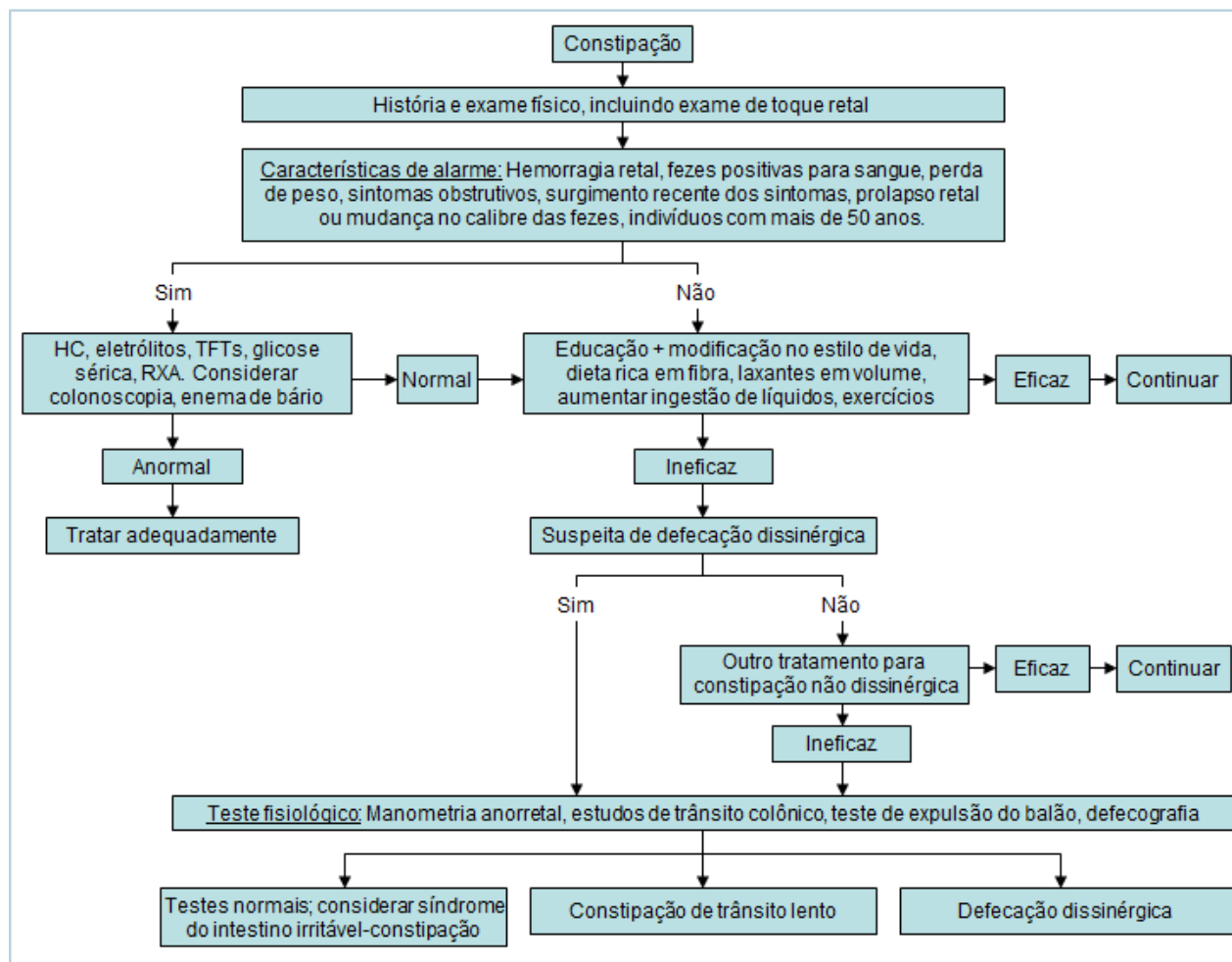
Características de alarme

Características de alarme detectadas durante exame físico e da história incluem:

- Sangramento retal
- Fezes positivas para sangue
- Perda de peso

- Sintomas obstrutivos
- Surgimento recente dos sintomas
- Prolapso retal
- Mudança no calibre das fezes
- Idade >50 anos.

A presença de qualquer uma dessas características indica um maior risco de causa secundária para constipação. Etapas subsequentes na avaliação diagnóstica e manejo inicial dependerão da presença ou ausência das características de alarme.



Algoritmo de diagnóstico para constipação. raio-X abdominal: radiografia abdominal

Criado pelo BMJ Evidence Centre a partir de material fornecido por Satish Rao, MD e Ashok Attaluri, MD

Investigações iniciais em pessoas com características de alarme

Um hemograma completo e estudos de eletrólitos séricos (incluindo cálcio e magnésio), glicose e função da tireoide são realizados quando há suspeitas clínicas de uma causa secundária. Não há estudos demonstrando a utilidade de realizar exames de sangue em todos os pacientes que apresentam constipação.

Radiografia abdominal e enemas de bário são realizados, embora sua especificidade e sensibilidade exatas nesse contexto não sejam conhecidas. A radiografia abdominal pode ser útil para avaliar a carga de fezes colônicas em pacientes obesos, nos quais o exame físico é difícil. A colonoscopia também pode ser considerada. A American Society of Gastrointestinal Endoscopy recomenda colonoscopia em pacientes com constipação apenas se eles tiverem características de alarme ou anemia ferropriva.

Pacientes com mais de 50 anos de idade podem ser considerados para colonoscopia se não tiverem realizado rastreamento para câncer de cólon anteriormente.[56] Se qualquer uma dessas investigações revelar uma causa secundária, ela deve ser tratada adequadamente. Porém, se todas as investigações forem normais, os pacientes podem ser gerenciados e investigados melhor, embora não tenham características de alarme.

Manejo inicial de pessoas sem características de alarme

Os seguintes são tratamentos iniciais, cujos resultados ajudarão a decidir sobre a necessidade de mais avaliação em pessoas sem características de alarme:

- Educação do paciente
- Orientação para ingerir uma dieta rica em fibras
- Orientação para beber mais fluidos
- Orientação para realizar exercícios regulares
- Laxantes expansores do volume fecal.

A radiografia abdominal pode ser útil para avaliar a carga de fezes colônicas em pacientes obesos, nos quais o exame físico é difícil.

Investigações adicionais

Se as medidas de tratamento iniciais forem eficazes, elas devem ser continuadas. Porém, se forem ineficazes, após cerca de 6 a 8 semanas o diagnóstico de defecação dissinérgica será levado em consideração. Sintomas associados a dissinergia incluem:

- Sensação de bloqueio anal
- Esforço
- Uso de manobras digitais para auxiliar na defecação.

Pacientes com constipação e avaliações negativas e/ou falta de resposta à terapia convencional devem passar por teste fisiológico. Testes fisiológicos incluem estudos de trânsito colônico, manometria anorretal, estudos de expulsão de balão e manometria colônica (indicada em pacientes selecionados). Embora não haja evidência definitiva de que isso afeta o desfecho do tratamento, essa abordagem define a fisiopatologia subjacente e facilita a terapia focada.[4] [30] [57]

Defecografia também pode ser realizada nesse estágio. A defecografia pode fornecer informações úteis sobre anatomia e pode ajudar na avaliação de vários parâmetros de função anorretal (ângulo anorretal em repouso e durante esforço, descida perineal, diâmetro anal, recuo do músculo puborretal, quantidade de esvaziamento retal e do retocele).[58] [59] Uma vez que esse procedimento envolve exposição a altos níveis de radiação, o clínico deve ter cuidado ao obter este teste, especialmente em mulheres férteis. Ressonância nuclear magnética (RNM) pélvica dinâmica (defecografia por ressonância magnética) é uma modalidade mais recente que pode simultaneamente avaliar a anatomia global do assoalho pélvico e o movimento dinâmico.[60] [61] [62]

Esses testes adicionais podem ajudar a diagnosticar constipação de trânsito lento ou defecação dissinérgica. Porém, esses testes não estão amplamente disponíveis e frequentemente precisam de encaminhamento a um hospital de nível terciário. Se o teste fisiológico for normal, o diagnóstico de síndrome do intestino irritável-constipação (SII-C) predominante pode ser considerado, especialmente se dor abdominal for um dos sintomas predominantes.

Fatores de risco

Fortes

sexo feminino

- A constipação é pelo menos duas vezes mais comum em mulheres que em homens, com uma razão estimada de 2.2:1.[2] [20] [21] [22]

idade >65 anos

- A prevalência de constipação aumenta com o avanço da idade, especialmente após os 65 anos, com pessoas mais velhas relatando mais problemas na dificuldade nos movimentos intestinais (esforço, fezes duras) que infrequência.[2] [17] [21] [22] [45]

Fracos

Ancestralidade africana

- A prevalência da constipação é duas vezes maior em negros.[2]

situação socioeconômica baixa

- A constipação é mais comum entre pacientes de menor status socioeconômico.[2] [14] [17]

história familiar

- Uma pesquisa mostrou suscetibilidade familiar, com uma prevalência maior em irmãs, filhas e mães de mulheres constipadas, com uma razão de chances de 3.8.[46]

estilo de vida sedentário

- Em um estudo longitudinal de mulheres australianas, a constipação foi menos comum em mulheres que realizavam exercício leve a moderado que em mulheres sedentárias.[47] Em outro estudo de pacientes geriátricos, a constipação foi menos prevalente naqueles que caminhavam 0.5 km/dia em comparação àqueles que tinham mobilidade restrita.[48]

baixo consumo de fibras

- Uma dieta rica em fibras aumenta o peso das fezes e acelera o tempo de trânsito colônico.[49] Em contraste, uma dieta pobre em fibras pode levar a constipação.[49] [50] Entretanto, não há evidências de que pacientes constipados em geral consumam menos fibras que pacientes não constipados; na verdade, estudos mostram níveis similares de ingestão de fibras.[51]

ingestão inadequada de calorias

- Ingestão inadequada de calorias pode causar constipação,[52] e a constipação é um problema reconhecido em pacientes com anorexia nervosa. Realimentação e restauração do peso normal estão associadas com a aceleração do trânsito colônico.[53]

ingestão inadequada de líquidos

- A constipação pode ser aliviada em alguns pacientes aumentando a ingestão diária de fluidos. Em um estudo com 117 adultos constipados, 2 L de água mineral por dia aumentaram a frequência das fezes em comparação com os controles,[54] embora este efeito possa ter sido devido à presença de magnésio na água mineral.

procedimentos cirúrgicos e parto

- Uma história detalhada deve ser obtida, incluindo qualquer história de cirurgias abdominais, partos vaginais, necessidade de episiotomia e lesões obstétricas.

medicamentos que induzem à constipação

- Uma lista completa de medicamentos atuais deve ser obtida para avaliar a constipação induzida por medicamento. Medicamentos como opiáceos, bloqueadores do canal de cálcio e antidepressivos tricíclicos podem causar constipação.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco incluem: idade >65, sexo feminino, ingestão reduzida de fibras, estilo de vida sedentário e uso de medicamentos que induzem à constipação.

fezes infrequentes (comum)

- Uma das características usadas pelo American College of Gastroenterology para descrever constipação.[4] Os pacientes usam essa característica com menos frequência para descrever constipação.[1] [2] [3]
- Os critérios de Roma IV usam uma frequência <3 defecações por semana como 1 dos 6 fatores; 2 dos 6 fatores devem estar presentes para se fazer um diagnóstico.[6] [7]

dificuldade de defecar (comum)

- Uma das características usadas pelo American College of Gastroenterology para descrever constipação.[4]
- Pode haver tentativas sem sucesso ou demoradas de defecar.

sensação de evacuação incompleta (comum)

- Os pacientes usam frequentemente para descrever constipação.

esforço excessivo (comum)

- Os pacientes usam frequentemente para descrever constipação.

Outros fatores de diagnóstico

fezes duras (comum)

- Os pacientes usam frequentemente para descrever constipação. A consistência das fezes pode ser classificada usando a escala de forma de fezes de Bristol.

massa abdominal (incomum)

- A presença de fezes nos quadrantes abdominais inferiores esquerdo ou direito pode ser palpada. Outras massas abdominais podem indicar uma causa secundária, como um tumor.

sinais sugestivos de um distúrbio médico subjacente (incomum)

- Exame físico detalhado para avaliar sinais de neuropatia, diabetes, hipotireoidismo, câncer gastrointestinal e problemas neurológicos deve ser realizado.
- Características de alarme detectadas pela história ou pelo exame incluem sangramento retal, fezes positivas para sangue, perda de peso, sintomas obstrutivos, surgimento recente dos sintomas, prolapso retal, mudança no calibre das fezes, idade >50 anos.

lesões anorretais (incomum)

- A inspeção anorretal pode detectar escoriações na pele, acrocórdon, fissuras anais ou hemorroidas.
- Avaliação da sensação perineal e do reflexo anocutâneo suavemente batendo na pele perianal com uma haste flexível de algodão (ponta Q) ou agulha cega em todos os 4 quadrantes incitará contração por reflexo do esfíncter anal externo. Se esse reflexo estiver ausente, deve-se suspeitar de neuropatia.

anormalidade no exame de toque retal (ETR) (incomum)

- O ETR pode revelar estenose, espasmo, sensibilidade, massa, sangue, fezes ou retocele.
- Se houver fezes, sua consistência deve ser anotada e o paciente deve ser questionado quanto a se estava ciente da sua presença. Não saber da presença das fezes no reto pode sugerir hipossensibilidade retal.
- A avaliação do tônus em repouso e em aperto do esfíncter anal e do músculo puborretal é feita pedindo ao sujeito para apertar. O sujeito deve ser solicitado a empurrar e pressionar para baixo como se fosse defecar. Durante essa manobra, o examinador deve perceber o relaxamento do esfíncter anal externo e/ou do músculo puborretal, junto com descida perineal. Uma mão posicionada no abdome pode medir o esforço de pressão abdominal. Ausência desses achados normais deve elevar o índice de suspeita de um distúrbio de evacuação, como defecação dissinérgica.[8]

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • Indicado quando houver suspeita clínica de causas secundárias para a constipação. 	geralmente normal; hemoglobina reduzida, microcitose indicando anemia, especialmente anemia ferropriva, sugerem uma causa secundária
testes da função tireoidiana <ul style="list-style-type: none"> • Indicado quando houver suspeita clínica de causas secundárias para a constipação. 	geralmente normal; hormônio estimulante da tireoide (TSH) aumentado ou reduzido sugere uma causa secundária

Exame	Resultado
eletrólitos séricos, cálcio e magnésio <ul style="list-style-type: none"> Indicado quando houver suspeita clínica de causas secundárias para a constipação. 	geralmente normais; hipercalcemia, hipocalemia, hipomagnesemia ou outros problemas de eletrólitos sugerem uma causa secundária
glicose sanguínea <ul style="list-style-type: none"> Indicado quando houver suspeita clínica de causas secundárias para a constipação. 	geralmente normal; glicose sanguínea elevada sugere uma causa secundária
radiografia abdominal <ul style="list-style-type: none"> Opcional durante a avaliação inicial. Indicado quando houver suspeita clínica de causas secundárias para a constipação. Pode ser útil para avaliar a carga de fezes colônicas em pacientes obesos, nos quais o exame físico é difícil. 	impactação fecal, massas retais
enema de bário <ul style="list-style-type: none"> Opcional durante a avaliação inicial. Indicado quando houver suspeita clínica de causas secundárias para a constipação. 	impactação fecal, massas retais

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
defecografia <ul style="list-style-type: none"> Avalia o ângulo anorretal em repouso e durante esforço, descida perineal, diâmetro anal, recuo do puborretal, quantidade de esvaziamento retal e de retocele. 	evacuação incompleta do reto, onda de esvaziamento retal de má qualidade, descida perineal anormal
defecografia por ressonância magnética <ul style="list-style-type: none"> Avalia simultaneamente a anatomia global do assoalho pélvico e o movimento dinâmico para avaliar retocele, enterocelo, prolapso retal e outras disfunções do assoalho pélvico. 	evacuação incompleta do reto, onda de esvaziamento retal de má qualidade, descida perineal anormal
colonoscopia <ul style="list-style-type: none"> Indicada apenas na presença de sangramento retal, fezes positivas para sangue, anemia ferropriva, perda de peso, sintomas obstrutivos, surgimento recente dos sintomas, prolapso retal ou mudança no calibre das fezes em sujeitos com mais de 50 anos que não tenham passado por triagem para câncer de cólon anteriormente.^[56] 	massas intraluminais, estenoses ou obstrução luminal

Exame	Resultado
estudo de trânsito colônico <ul style="list-style-type: none"> Testes fisiológicos são indicados se a avaliação clínica não determinar uma causa e/ou se houver ausência de resposta à terapia medicamentosa inicial, permitindo a personalização de terapia adicional de acordo com a fisiopatologia subjacente. 	retenção de >20% dos marcadores radiopacos em uma radiografia abdominal realizada 120 horas após a ingestão da cápsula indica trânsito colônico lento; retenção de uma cápsula de motilidade sem fio por >59 horas após a ingestão da cápsula também fornece uma avaliação precisa do tempo de trânsito colônico
manometria anorretal <ul style="list-style-type: none"> Testes fisiológicos são indicados se a avaliação clínica não determinar uma causa e/ou se houver ausência de resposta à terapia medicamentosa inicial, permitindo a personalização de terapia adicional de acordo com a fisiopatologia subjacente. 	dissinergia, reflexo inibitório retoanal prejudicado/ausente, sensação retal anormal (hipo ou hipersensibilidade)
estudos de expulsão do balão <ul style="list-style-type: none"> Testes fisiológicos são indicados se a avaliação clínica não determinar uma causa e/ou se houver ausência de resposta à terapia medicamentosa inicial, permitindo a personalização de terapia adicional de acordo com a fisiopatologia subjacente. 	inabilidade de expelir um balão cheio com 50 mL de solução salina dentro de 60 segundos indica um provável diagnóstico de dissinergia
manometria colônica <ul style="list-style-type: none"> Indicado como parte da avaliação pré-operatória para colectomia para constipação refratária grave. 	neuropatia: ausência de contrações propulsivas de alta amplitude associada à ausência de respostas despertas ou gastrocolônicas; miopatia: respostas atenuadas ou prejudicadas

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fissura anal	<ul style="list-style-type: none"> Dor, sangramento e esforço excessivo retal. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosticada clinicamente por exame de toque retal (ETR).
Constipação induzida por medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Relação temporal do surgimento dos sintomas com o uso de medicamento. Medicamentos incluem opiáceos, bloqueadores do canal de cálcio e antipsicóticos. 	<ul style="list-style-type: none"> A supressão do medicamento desencadeante do problema pode melhorar os sintomas de constipação.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Hipercalcemia	<ul style="list-style-type: none"> Cansaço, náuseas, vômitos, perda de apetite. 	<ul style="list-style-type: none"> Nível de cálcio sérico corrigido >2.75 micromoles/L (>11 mg/dL).
Hipotireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> Ganho de peso, pele seca, depressão, fadiga, mudanças na voz. 	<ul style="list-style-type: none"> Nível de hormônio estimulante da tireoide (TSH) elevado no hipotireoidismo primário; baixo no hipotireoidismo central.
Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> Poliúria, polidipsia, polifagia. 	<ul style="list-style-type: none"> Glicemia de jejum: 6.9 mmol/L (126 mg/dL) ou superior. HbA1c: 48 mmol/mol (6.5%) ou superior. Glicemia aleatória: 11 mmol/L (200 mg/dL) ou superior na presença de sintomas de poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicada. Teste oral de tolerância à glicose anormal.
Lesão da medula espinhal	<ul style="list-style-type: none"> Mudanças motores e/ou sensoriais nas áreas do corpo afetadas. 	<ul style="list-style-type: none"> A imagem da medula espinhal por varredura com tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) pode ajudar a identificar o local e a gravidade da lesão.
Estenose do cólon	<ul style="list-style-type: none"> Alterações nos hábitos intestinais, incluindo calibre do intestino; surgimento gradual dos sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico endoscópico por visualização direta ou enema de bário.
Câncer de cólon	<ul style="list-style-type: none"> Perda de peso, melena, hematoquezia, mudanças nos hábitos intestinais. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico endoscópico por visualização direta ou enema de bário/TC.
Doença de Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> Rigidez, acinesia, tremor. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.

Critérios de diagnóstico

Critérios de Roma IV de distúrbios intestinais funcionais[6] [7]

Critérios de diagnóstico para constipação funcional (critérios atendidos pelos últimos 3 meses com início dos sintomas em pelo menos 6 meses antes do diagnóstico):

1. Deve incluir dois ou mais dos seguintes:

- Esforço durante pelo menos 25% das defecações

- Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações
 - 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 pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação digital, suporte do assoalho pélvico)
 - Menos de três defecações por semana.
2. Fezes soltas raramente estão presentes sem o uso de laxantes.
 3. Há critérios insuficientes para a síndrome do intestino irritável (SII).

Critérios de diagnóstico para SII-constipação (critérios atendidos pelos últimos 3 meses com início dos sintomas 6 meses antes do diagnóstico):

- Dor abdominal recorrente, em média pelo menos 1 dia por semana nos últimos 3 meses associados a dois ou mais dos seguintes critérios:
 1. Relacionados à defecação.
 2. Associados a uma mudança na frequência das fezes.
 3. Associados a uma mudança na forma (aparência) das fezes
 - Mais de um quarto (25%) das evacuações com fezes pela escala de Bristol dos tipos 1 e 2
 - Menos de um quarto (25%) das evacuações com fezes pela escala de Bristol dos tipos 6 e 7.

Critérios de diagnóstico para distúrbios de defecação funcional (critérios atendidos pelos últimos 3 meses com início dos sintomas em pelo menos 6 meses antes do diagnóstico):

1. O paciente deve atender aos critérios diagnósticos para constipação funcional.
2. Durante tentativas repetidas de defecar, deve haver pelo menos dois dos seguintes fatores:
 - Evidência de evacuação prejudicada com base no teste de expulsão do balão ou em imagem
 - Contração inadequada dos músculos do assoalho pélvico (por exemplo, esfíncter anal ou puborretal) ou <20% de relaxamento da pressão do esfíncter em repouso basal por manometria, imagem ou eletromiografia (EMG)
 - Forças propulsivas inadequadas, avaliadas por manometria ou imagem.

i) Defecação dissinérgica

- Contração inadequada do assoalho pélvico ou <20% de relaxamento da pressão do esfíncter em repouso basal com forças propulsivas adequadas durante a tentativa de defecação.

ii) Propulsão defecatória inadequada

- Forças propulsivas inadequadas com ou sem contração inadequada ou <20% de relaxamento do esfíncter anal durante a tentativa de defecação.

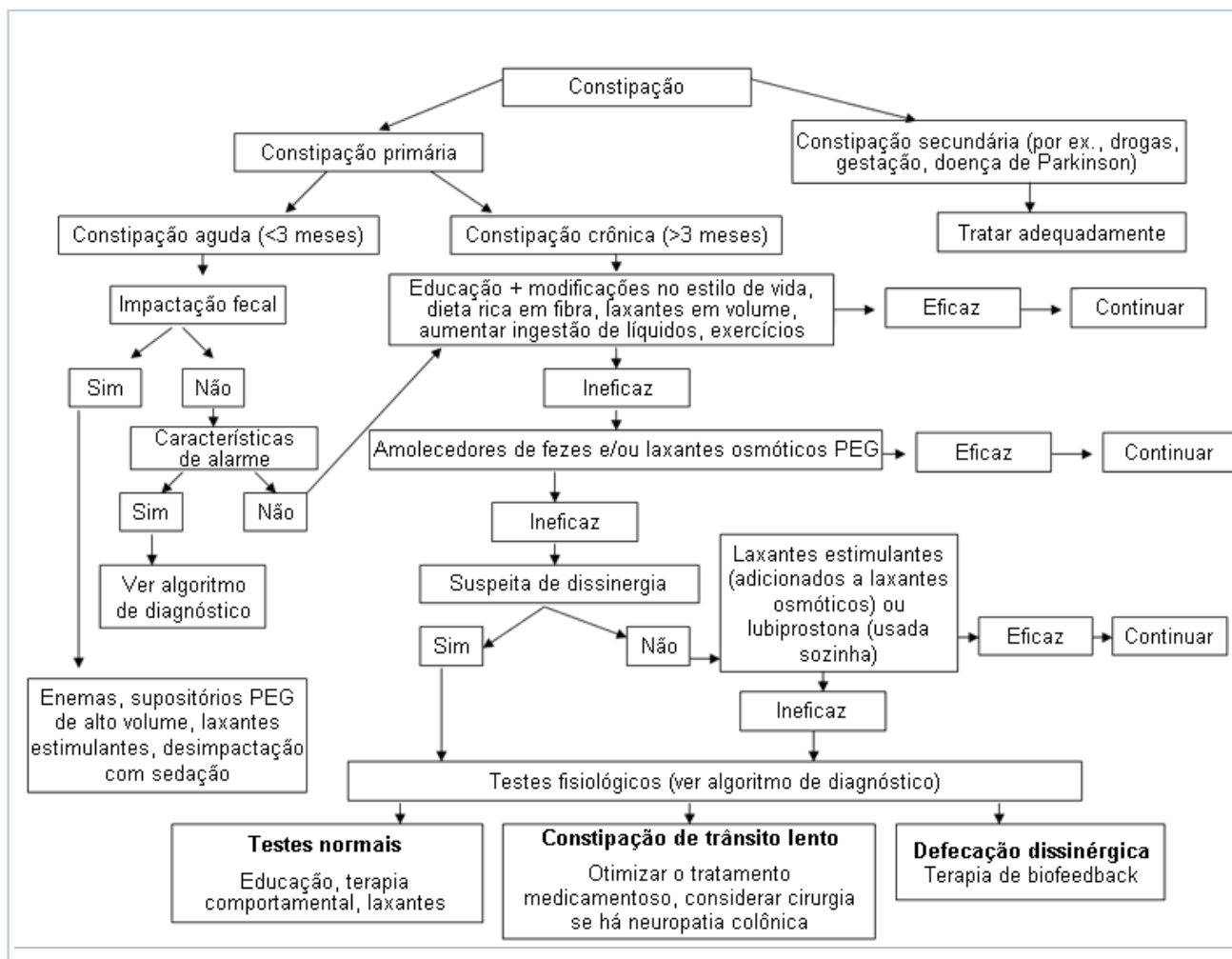
Critérios de diagnóstico de constipação induzida por opioides:

1. Sintomas novos ou agravados de constipação ao iniciar, alterar ou aumentar a terapia com opioides, que devem incluir dois ou mais dos seguintes:

- Esforço durante pelo menos 25% das defecações
 - Fezes grumosas ou duras (forma segundo escala de fezes de Bristol 1-2) em pelo menos 25% das defecações
 - Sensação de evacuação incompleta por pelo menos 25% das defecações
 - Sensação de obstrução/bloqueio anorretal por pelo menos 25% das defecações
 - Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação digital, suporte do assoalho pélvico)
 - Menos de três evacuações espontâneas por semana.
2. Fezes soltas raramente estão presentes sem o uso de laxantes.

Abordagem passo a passo do tratamento

A abordagem ao tratamento depende de se a constipação é diagnosticada como uma condição primária ou secundária (por exemplo, constipação induzida por medicamento, gestação, doença de Parkinson). Causas secundárias são tratadas apropriadamente. Em constipação induzida por medicamento, a etapa inicial é retirar o medicamento, se possível. A constipação em gestantes é gerenciada com fibras e laxantes, tendo em conta a supressão dos suplementos de ferro. O manejo inicial da constipação primária dependerá de se a apresentação é aguda (<3 meses) ou crônica (>3 meses). O manejo inicial da constipação crônica, independentemente da causa, foca em mudanças na dieta e no estilo de vida, garantindo uma ingestão adequada de fibras e modificação alimentar. Se a condição persistir, laxantes expansores do volume fecal e amolecedores de fezes são usados. Causas subjacentes em potencial da condição também são consideradas.



Algoritmo de tratamento para constipação. PEG: polietilenoglicol (macrogóis)

Criado pelo BMJ Evidence Centre a partir de material fornecido por Satish Rao, MD e Ashok Attaluri, MD

Manejo inicial da constipação primária aguda (sintomas <3 meses)

Quando a constipação se apresenta agudamente, é importante considerar as causas secundárias possíveis, incluindo câncer colorretal. Investigações adicionais podem ser realizadas para excluir causas secundárias. Enemas, supositórios, soluções com grandes volumes de polietilenoglicóis (PEG, também conhecidos como macrogóis), laxantes estimulantes ou desimpactação com sedação podem ser

necessários se houver impactação fecal. Se a impactação fecal estiver ausente e causas secundárias forem excluídas, o tratamento será o mesmo para pacientes com constipação crônica.

Metilnaltrexona, um antagonista opioide periférico disponível em formulações orais e subcutâneas, pode ser usado em pessoas com constipação induzida por opioide quando a resposta a outros laxativos é inadequada.^[63] Diversos ensaios clínicos randomizados demonstraram que cerca de 50% dos pacientes mostraram ter movimentos intestinais até 4 horas após a primeira dose subcutânea.^[63] Um ensaio clínico de fase 3 constatou que pacientes usando metilnaltrexona por via oral resultou em movimento intestinal espontâneo em até 4 horas em metade dos pacientes, levando à aprovação da formulação oral pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA.^[64] Os efeitos adversos mais comuns da metilnaltrexona são relatados como cólica abdominal e flatulência. Surgiram preocupações acerca de dor abdominal grave e perfuração do intestino em pacientes com câncer avançado que recebiam metilnaltrexona para constipação induzida por opioides. Essas preocupações levaram a Food and Drug Administration (FDA) a publicar um aviso para os médicos nos EUA para administrar com certa atenção a metilnaltrexona em pacientes com suspeita de lesões na parede intestinal conhecidas, e para interromper o tratamento com metilnaltrexona imediatamente se os sintomas gastrointestinais piorarem.^[65]

Manejo inicial da constipação primária crônica (sintomas >3 meses)

As etapas iniciais no manejo inicial da constipação primária crônica são:

- Educação do paciente
- Mudanças no estilo de vida
- Dieta rica em fibras
- Maior consumo de fluidos
- Exercícios regulares
- Laxantes expansores do volume fecal.

Mudanças alimentares e no estilo de vida podem ser úteis. Os pacientes são aconselhados a aumentar o consumo diário de fibras e calorias (em pacientes com baixo consumo de calorias). Os pacientes são aconselhados sobre a ingestão adequada de fluidos e incentivados a realizar exercício leve regular. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.^[47] Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.^[51]

Constipação primária que não responde a modificações alimentares e no estilo de vida

Laxantes são a base do tratamento farmacológico e são considerados terapia de longo prazo em pacientes que não respondem a mudanças no estilo de vida ou na dieta. Laxantes expansores do volume fecal e/ou amolecedores de fezes são a terapia de primeira linha preferida. Em pacientes que reclamam de fezes duras e esforço ao defecar, amolecedores de fezes podem ser preferidos a laxantes expansores de volume. Em pacientes que possuem fezes soltas ocasionais entre episódios de constipação, um laxante em volume pode ser preferido.

Ameixas (secas) são uma alternativa natural a laxantes e mostraram, em um estudo cego, randomizado e controlado, ser tão eficazes quanto psílio (casca de ispaghula) na melhora dos sintomas de constipação.^[66]

Se não houver resposta clínica (conforme definido como satisfação do paciente com os hábitos intestinais e sintomas associados) após pelo menos 6 semanas de terapia e não houver suspeita de dissinergia, laxantes osmóticos, como lactulose, compostos de polietilenoglicol (macrogóis)[67] [68] ou laxantes contendo magnésio são considerados. Uma metanálise mostrou que o polietilenoglicol é melhor que a lactulose na melhora das medidas de desfecho da frequência das fezes por semana, forma das fezes, alívio da dor abdominal e a necessidade de produtos adicionais.[67] Frequentemente uma única classe de laxante é usada o máximo possível. Sintomas persistentes após pelo menos 6 semanas de laxantes osmóticos devem ser tratados com laxantes estimulantes (por via oral). Laxantes estimulantes, como senna ou bisacodil[69] 1[A]Evidence podem ser usados com laxantes de resgate em pacientes usando outra classe de laxantes (a serem usados se o paciente não tiver movimentos intestinais por 3 dias).

A lubiprostona ou um agonista guanilato ciclase-C, como linaclotide ou plecanatide, também podem ser considerados nesse estágio.[70] [71] [72] [73] [74] [75] [76] [77] [78] [79] [80] [81] 2[A]Evidence Esses medicamentos geralmente são usados como monoterapia, e não em combinação com outros laxantes. Eles não são recomendados para pacientes grávidas, pois há uma falta de dados de segurança para uso na gravidez. Prucaloprida é outra opção nesse estágio. É um agonista do receptor 5-HT₄, com propriedades procinéticas. Depois de usá-lo, 24% dos pacientes com constipação crônica relataram pelo menos 3 movimentos intestinais espontâneos completos por semana.[82] [83] [84] [85] [86] [87] Cefaleia, náuseas, dor abdominal e diarreia foram relatadas por mais de 10% dos 4000 pacientes nos 3 ensaios clínicos de fase III. Nenhum efeito adverso cardíaco clinicamente relevante foi relatado.

Enemas, supositórios e manobras digitais normalmente não são recomendados para o manejo da constipação crônica.

Suspeita de dissinergia

Pacientes com suspeita de dissinergia já teriam sido tratados da mesma maneira que pacientes com constipação primária crônica, com educação, modificações no estilo de vida, dieta rica em fibras, laxantes expansores do volume fecal, maior consumo de líquidos e exercícios. Eles também podem ter sido tratados com amolecedores de fezes e/ou laxantes osmóticos ou polietilenoglicol (macrogol). Quando são ineficazes, a possibilidade de dissinergia pode ser considerada. Os sintomas associados incluem a sensação de bloqueio anal, esforço e uso de manobras digitais para auxiliar na defecação. O diagnóstico é confirmado com testes fisiológicos. O biofeedback foi determinado como eficaz no tratamento da dissinergia.[88] [89] [90] [91] Técnicas de biofeedback usadas para melhorar a coordenação dos músculos abdominais e anorretais incluem:

- Treinamento do músculo diafragmático com defecação simulada
- Retreinamento manométrico conduzido do assoalho pélvico
- Treinamento de defecação simulada.

Três ensaios clínicos randomizados e controlados compararam a terapia de biofeedback com feedback de simulação ou terapia farmacológica ou placebo.[88] [89] [91] Um ECRC determinou que a terapia de biofeedback era superior a biofeedback de simulação e a tratamento clínico padrão de dieta, exercícios e laxantes.[89] Outro ECRC determinou que o biofeedback foi mais eficaz que diazepam (5 mg) ou placebo.[91] O terceiro ECRC determinou que 5 sessões de biofeedback eram mais eficazes que PEG contínuo (14 g/dia) para o tratamento da dissinergia e os benefícios duravam por pelo menos 2 anos.[88] Sessenta por cento dos pacientes com defecação dissinérgica tinham sensação retal prejudicada,[92] e o condicionamento sensorial retal forneceu benefício terapêutico adicional.[90] [92] Dois ECRCs relataram

melhora sustentada (1 ano) dos sintomas e função colorretal, confirmando a eficácia de longo prazo da terapia de biofeedback.[88] [90]

Constipação crônica persistente apesar de terapia medicamentosa e medidas de estilo de vida

Pacientes com sintomas persistentes (durante vários meses a anos) que não respondem ao tratamento clínico podem ser encaminhados para um centro especializado para consideração de cirurgia, que pode incluir colectomia e cecostomia. Esses pacientes passam por uma avaliação de motilidade do intestino delgado e do intestino superior, junto com uma avaliação detalhada da motilidade colônica com manometria colônica. A cirurgia é reservada a pacientes refratários com neuropatia colônica grave e motilidade do intestino delgado e gástrica relativamente preservada. Todos os outros pacientes continuam em tratamento clínico. Se os pacientes falharam em todas as terapias e há evidência de disfunção de motilidade não limitada ao cólon (em outras palavras, se eles possuem alteração da motilidade gástrica ou do intestino delgado), a cirurgia tem pouca probabilidade de produzir benefícios. Mais manejo envolve uma abordagem multidisciplinar.

Cecostomia geralmente é preferida em pacientes institucionalizados e em pacientes com lesões neurológicas em quem parece haver uma alta taxa de sucesso, com resultados satisfatórios de 40% a 78%.[93] Várias técnicas de colectomia foram defendidas para o tratamento de constipação crônica, incluindo colectomia segmentar, anastomose ileorretal, anastomose ileosigmoide, anastomose cecorretal, anastomose ileoanal com proctocolectomia e formação de bolsa ou ileostomia.[94] A cirurgia também mostrou estar associada com um maior grau de satisfação do paciente.[95] A maioria dessas cirurgias pode ser realizada laparoscopicamente.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		(resumo)
sintomas <3 meses		
	1a	tratamento de qualquer causa subjacente identificada
	mais	dieta + orientação de estilo de vida + laxantes ou ameixas secas e/ou amolecedores de fezes
■ com impactação fecal	mais	medidas de evacuação
■ indução por opioide	adjunto	metilnaltrexona
Em curso		(resumo)
sintomas >3 meses		
	1a	tratamento de qualquer causa subjacente identificada

Em curso		(resumo)
	mais	dieta + orientação de estilo de vida
	mais	laxantes expansores do volume fecal ou ameixas secas e/ou amolecedores de fezes
	2a	laxantes osmóticos
	mais	dieta + orientação de estilo de vida
	3a	laxantes osmóticos
	mais	dieta + orientação de estilo de vida
	mais	laxantes estimulantes
	3a	agonista de guanilato ciclase-C
	mais	dieta + orientação de estilo de vida
	3a	lubiprostona
	mais	dieta + orientação de estilo de vida
	3a	prucaloprida
	mais	dieta + orientação de estilo de vida
refratária a laxantes		
■ teste positivo para dissinergia	1a	biofeedback
	mais	dieta + orientação de estilo de vida
■ teste negativo para dissinergia: sintomas refratários crônicos	1a	encaminhamento a um centro especializado
	mais	dieta + orientação de estilo de vida

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

sintomas <3 meses

1a **tratamento de qualquer causa subjacente identificada**

» Quando a constipação se apresenta agudamente, é importante considerar as causas secundárias possíveis, incluindo câncer colorretal. Causas secundárias são tratadas apropriadamente.

» A etapa inicial em constipação induzida por medicamento é retirar o medicamento, se possível.

» A constipação em gestantes é gerenciada com fibras e laxantes, tendo em conta a supressão dos suplementos de ferro.

mais **dieta + orientação de estilo de vida + laxantes ou ameixas secas e/ou amolecedores de fezes**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ispágula**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

-ou-

» **ameixas secas**

-ou-

» **metilcelulose**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

--E/OU--

» **docusato de sódio**: 100 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia

» Os pacientes são aconselhados a aumentar o consumo diário de fibras e a tomar a quantidade diária adequada de fluidos. Os pacientes com baixo consumo de calorias também são orientados a aumentar o consumo de calorias.

» Exercício leve regular é recomendado. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.^[47]

» Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar

Agudo

as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.[51]

» Laxantes expansores de volume fecal e/ou amolecedores de fezes são a terapia farmacológica inicial preferida. Em pacientes que reclamam de fezes duras e esforço ao defecar, amolecedores de fezes podem ser preferidos a laxantes expansores de volume. Em pacientes que possuem fezes soltas ocasionais entre episódios de constipação, um laxante em volume pode ser preferido.

» Laxantes expansores de volume, como casca de ispaghula e metilcelulose, podem produzir excesso de gases, levando à flatulência e à distensão abdominal, o que pode impedir os pacientes de continuar o tratamento.[96] Efeitos adversos de amolecedores de fezes incluem gosto amargo na boca, náuseas, diarreia e cólicas.

» Ameixas (secas) são uma alternativa natural a laxantes e mostraram, em um estudo cego, randomizado e controlado, ser tão eficazes quanto psílio (casca de ispaghula) na melhora dos sintomas de constipação.[66]

com impactação fecal

mais

medidas de evacuação

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Enemas, supositórios, solução de polietilenoglicol (PEG) em grande volume (macrogóis), laxantes estimulantes ou desimpactação com sedação podem ser necessários se houver impactação fecal.

» O tipo de enema ou medicamentos e a necessidade de sedação/anestesia variam e dependem do cenário clínico e das características individuais do paciente (por exemplo, criança, adulto, idoso, paciente ansioso, primeiro episódio ou episódio recorrente).

» Esquemas posológicos e tipos de sedação estão além do escopo deste tópico. Aconselha-se o encaminhamento a uma unidade especializada para manejo.

indução por opioide

adjunto

metilnaltrexona

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **metilnaltrexona**: 450 mg por via oral uma vez ao dia pela manhã; a dose subcutânea

Agudo

depende do peso corporal e da indicação; consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Metilnaltrexona, um antagonista opioide periférico disponível em formulações orais e subcutâneas, pode ser usado em pessoas com constipação induzida por opioide quando a resposta a outros laxativos é inadequada.[63] Diversos ensaios clínicos randomizados demonstraram que cerca de 50% dos pacientes mostraram ter movimentos intestinais até 4 horas após a primeira dose subcutânea.[63] Um ensaio clínico de fase 3 constatou que pacientes usando metilnaltrexona por via oral resultou em movimento intestinal espontâneo em até 4 horas em metade dos pacientes, levando à aprovação da formulação oral pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA.[64]

» Os efeitos adversos mais comuns da são relatados como cólica abdominal e flatulência. Surgiram preocupações acerca de dor abdominal grave e perfuração do intestino em pacientes com câncer avançado que recebiam metilnaltrexona para constipação induzida por opioides. Essas preocupações levaram a Food and Drug Administration (FDA) a publicar um aviso para os médicos nos EUA para administrar com certa atenção a metilnaltrexona em pacientes com suspeita de lesões na parede intestinal conhecidas, e para interromper o tratamento com metilnaltrexona imediatamente se os sintomas gastrointestinais piorarem.[65]

Em curso

sintomas >3 meses

1a tratamento de qualquer causa subjacente identificada

» A abordagem ao tratamento depende de se a constipação é diagnosticada como uma condição primária ou secundária (por exemplo, constipação induzida por medicamento, gestação, doença de Parkinson).

» A etapa inicial em constipação induzida por medicamento é retirar o medicamento, se possível.

» A constipação em gestantes é gerenciada com fibras e laxantes, tendo em conta a supressão dos suplementos de ferro.

mais dieta + orientação de estilo de vida

Em curso

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Mudanças no estilo de vida e na dieta são aconselhadas, incluindo ingestão diária adequada de fluidos e maior consumo de fibra na dieta. Uma dieta rica em fibras aumenta o peso das fezes e acelera o tempo de trânsito colônico.[49] Por outro lado, uma dieta pobre em fibras pode levar à constipação.[50] Em pessoas com baixo consumo de calorias, um aumento no consumo de calorias também é aconselhado. Foi demonstrado que uma ingestão inadequada de calorias pode causar constipação.[52]

» Exercício leve regular é recomendado. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.[47]

» Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.[51]

mais

laxantes expansores do volume fecal ou ameixas secas e/ou amolecedores de fezes

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ispágula**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

-ou-

» **ameixas secas**

-ou-

» **metilcelulose**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

--E/OU--

» **docusato de sódio**: 100 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia

» Laxantes expansores de volume fecal e/ou amolecedores de fezes são a terapia farmacológica inicial preferida. Em pacientes que reclamam de fezes duras e esforço ao defecar, amolecedores de fezes podem ser preferidos a laxantes expansores de volume. Em pacientes que possuem fezes soltas ocasionais entre episódios de constipação, um laxante em volume pode ser preferido.

» Laxantes expansores de volume, como casca de ispaghula e metilcelulose, podem produzir excesso de gases, levando à flatulência e à distensão abdominal, o que pode impedir os pacientes de continuar o tratamento.[96]

Em curso

2a

» Ameixas (secas) são uma alternativa natural a laxantes e mostraram, em um estudo cego, randomizado e controlado, ser tão eficazes quanto psílio (casca de ispaghula) na melhora dos sintomas de constipação.[66]

laxantes osmóticos**Opções primárias**

» **lactulose**: 10-20 g/dia por via oral, máximo de 40 g/dia

OU

» **macrogóis**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **citrato de magnésio**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **gluconato de magnésio**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **hidróxido de magnésio**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» Se não houver resposta clínica (conforme definido como satisfação do paciente com os hábitos intestinais e sintomas associados) após pelo menos 6 semanas de terapia e não houver suspeita de dissinergia, laxantes osmóticos, como lactulose, compostos de polietilenoglicol (macrogóis)[67] [68] ou laxantes contendo magnésio são considerados.

» Revisões sistemáticas concluíram que há evidência para apoiar o uso de lactulose e polietilenoglicol (macrogóis) para o tratamento de pacientes com constipação crônica.[4] [97]

» Laxantes osmóticos contendo magnésio podem ser usados. Efeitos colaterais comuns incluem náuseas, diarreia e hipermagnesemia.

» Os principais efeitos colaterais de laxantes osmóticos incluem distensão abdominal, diarreia, dor epigástrica, flatulência, náuseas, vômitos e, raramente, hipernatremia e hipocalemia.

mais**dieta + orientação de estilo de vida**

Em curso

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Mudanças no estilo de vida e na dieta são aconselhadas, incluindo ingestão diária adequada de fluidos e maior consumo de fibra na dieta. Uma dieta rica em fibras aumenta o peso das fezes e acelera o tempo de trânsito colônico.[49] Por outro lado, uma dieta pobre em fibras pode levar à constipação.[50] Em pessoas com baixo consumo de calorias, um aumento no consumo de calorias também é aconselhado. Foi demonstrado que uma ingestão inadequada de calorias pode causar constipação.[52]

» Exercício leve regular é recomendado. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.[47]

» Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.[51]

3a

laxantes osmóticos**Opções primárias**

» **lactulose**: 10-20 g/dia por via oral, máximo de 40 g/dia

OU

» **macrogóis**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **citrato de magnésio**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **gluconato de magnésio**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **hidróxido de magnésio**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» Laxantes osmóticos incluem lactulose, compostos de polietilenoglicol (macrogóis)[67][68] ou laxantes contendo magnésio.

» Revisões sistemáticas concluíram que há evidência para apoiar o uso de lactulose e

Em curso

polietilenoglicol (macrogóis) para o tratamento de pacientes com constipação crônica.[4] [97]

» Laxantes osmóticos contendo magnésio podem ser usados. Efeitos colaterais comuns incluem náuseas, diarreia e hipermagnesemia.

» Os principais efeitos colaterais de laxantes osmóticos incluem distensão abdominal, diarreia, dor epigástrica, flatulência, náuseas, vômitos e, raramente, hipernatremia e hipocalemia.

mais

dieta + orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Mudanças no estilo de vida e na dieta são aconselhadas, incluindo ingestão diária adequada de fluidos e maior consumo de fibra na dieta. Uma dieta rica em fibras aumenta o peso das fezes e acelera o tempo de trânsito colônico.[49] Por outro lado, uma dieta pobre em fibras pode levar à constipação.[50] Em pessoas com baixo consumo de calorias, um aumento no consumo de calorias também é aconselhado. Foi demonstrado que uma ingestão inadequada de calorias pode causar constipação.[52]

» Exercício leve regular é recomendado. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.[47]

» Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.[51]

mais

laxantes estimulantes

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **bisacodil**: 5-15 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **senna**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» Sintomas persistentes após pelo menos 6 semanas de laxantes osmóticos devem ser tratados com laxantes estimulantes, como senna e bisacodil. 1[A]Evidence Eles podem ser usados com laxantes de resgate em pacientes usando

Em curso

outra classe de laxantes (a serem usados se o paciente não tiver movimentos intestinais por 3 dias).

» Desconforto abdominal é o efeito colateral mais comum do bisacodil.[98] O uso de senna está associado a dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia.

» Enemas, supositórios e manobras digitais normalmente não são recomendados para o manejo da constipação crônica.

3a

agonista de guanilato ciclase-C**Opções primárias**

» **linaclotide**: constipação idiopática crônica: 72-145 microgramas por via oral uma vez ao dia; síndrome do intestino irritável com predominância de constipação: 290 microgramas por via oral uma vez ao dia

OU

» **plecanatide**: constipação idiopática crônica ou síndrome do intestino irritável com predominância de constipação: 3 mg por via oral uma vez ao dia

» Demonstrou-se que o linaclotide acelera o trânsito intestinal em pessoas saudáveis[74] e em pacientes do sexo feminino com síndrome do intestino irritável-constipação.[99]

» Plecanatida demonstrou similarmente aumentar o monofosfato de guanosina cíclico (cGMP) intracelular e promover a secreção luminal através do receptor do regulador da condutância transmembrana da fibrose cística (CFTR) para facilitar os movimentos intestinais.[81]

» Demonstrou-se que esta classe farmacológica é mais efetiva que o placebo em ensaios clínicos, em que foram demonstradas melhoras sustentáveis e rápidas dos hábitos intestinais, sintomas abdominais e intestinais, alívio global e qualidade de vida nos pacientes com constipação crônica.[75] [77] [78] [79] [80] 2[A]Evidence Além disso, o linaclotide e o plecanatide parece ter poucos eventos adversos.

» Esses medicamentos geralmente não são recomendados para gestantes.

Em curso

» Eles são geralmente usados como monoterapia e não em combinação com outros laxantes.

mais **dieta + orientação de estilo de vida**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Mudanças no estilo de vida e na dieta são aconselhadas, incluindo ingestão diária adequada de fluidos e maior consumo de fibra na dieta. Uma dieta rica em fibras aumenta o peso das fezes e acelera o tempo de trânsito colônico.[49] Por outro lado, uma dieta pobre em fibras pode levar à constipação.[50] Em pessoas com baixo consumo de calorias, um aumento no consumo de calorias também é aconselhado. Foi demonstrado que uma ingestão inadequada de calorias pode causar constipação.[52]

» Exercício leve regular é recomendado. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.[47]

» Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.[51]

3a **lubiproston**

Opções primárias

» **lubiproston**: 24 microgramas por via oral duas vezes ao dia

» Foi demonstrado que a lubiproston é mais eficaz que o placebo em aumentar o número de movimentos intestinais espontâneos, reduzir o esforço, melhorar a consistência das fezes e aliviar os sintomas da constipação crônica.[70] [71] [72] [73] Os eventos adversos mais comuns incluem náuseas (31%), cefaleia (13%), diarreia (13%), dor abdominal (7%) e distensão (7%).

» Não é recomendado para gestantes.

» Ela geralmente é usada como monoterapia e não em combinação com outros laxantes.

mais **dieta + orientação de estilo de vida**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Mudanças no estilo de vida e na dieta são aconselhadas, incluindo ingestão diária adequada de fluidos e maior consumo de fibra na dieta. Uma dieta rica em fibras aumenta o peso das fezes e acelera o tempo de trânsito

Em curso

colônico.[49] Por outro lado, uma dieta pobre em fibras pode levar à constipação.[50] Em pessoas com baixo consumo de calorias, um aumento no consumo de calorias também é aconselhado. Foi demonstrado que uma ingestão inadequada de calorias pode causar constipação.[52]

» Exercício leve regular é recomendado. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.[47]

» Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.[51]

3a prucaloprida

Opções primárias

» **prucaloprida**: 2 mg por via oral uma vez ao dia

» A prucaloprida é um agonista do receptor 5-HT₄, com propriedades procinéticas. Depois de usá-lo, 24% dos pacientes com constipação crônica relataram pelo menos três movimentos intestinais espontâneos completos por semana.[82] [83] [84] [85] [86] Cefaleia, náuseas, dor abdominal e diarreia foram relatadas por mais de 10% dos 4000 pacientes nos 3 ensaios clínicos de fase III. Nenhum efeito adverso cardíaco clinicamente relevante foi relatado.

mais dieta + orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Mudanças no estilo de vida e na dieta são aconselhadas, incluindo ingestão diária adequada de fluidos e maior consumo de fibra na dieta. Uma dieta rica em fibras aumenta o peso das fezes e acelera o tempo de trânsito colônico.[49] Por outro lado, uma dieta pobre em fibras pode levar à constipação.[50] Em pessoas com baixo consumo de calorias, um aumento no consumo de calorias também é aconselhado. Foi demonstrado que uma ingestão inadequada de calorias pode causar constipação.[52]

» Exercício leve regular é recomendado. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.[47]

» Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar

Em curso

as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.[51]

refratária a laxantes

■ teste positivo para dissinergia

1a **biofeedback**

» Os sintomas associados à dissinergia incluem sensação de bloqueio anal, esforço e uso de manobras digitais para auxiliar na defecação. O diagnóstico é confirmado com testes fisiológicos. O biofeedback foi determinado como eficaz no tratamento da dissinergia.[88] [89] [90] [91]

» Três técnicas de biofeedback usadas para melhorar a coordenação dos músculos abdominais e anorretais são: treinamento do músculo diafragmático com defecação simulada; retreinamento manométrico guiado do assoalho pélvico; e treinamento de defecação simulada.

mais **dieta + orientação de estilo de vida**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O uso de laxantes deve ser retirado gradualmente. As mudanças no estilo de vida e na dieta são continuadas, incluindo ingestão diária adequada de fluidos e maior consumo de fibra na dieta. Uma dieta rica em fibras aumenta o peso das fezes e acelera o tempo de trânsito colônico.[49] Por outro lado, uma dieta pobre em fibras pode levar à constipação.[50] Em pessoas com baixo consumo de calorias, um aumento no consumo de calorias também é aconselhado. Foi demonstrado que uma ingestão inadequada de calorias pode causar constipação.[52]

» Exercício leve regular é recomendado. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.[47]

» Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.[51]

■ teste negativo para dissinergia: sintomas refratários crônicos

1a **encaminhamento a um centro especializado**

» Pacientes com sintomas persistentes (durante vários meses a anos) que não respondem ao tratamento clínico podem ser encaminhados para um centro especializado. Os pacientes passam por uma avaliação de motilidade do intestino delgado e do intestino superior, além de

Em curso

uma avaliação detalhada da motilidade colônica com manometria colônica.

» A cirurgia é reservada a pacientes refratários com neuropatia colônica grave e motilidade do intestino delgado e gástrica relativamente preservada. Cecostomia geralmente é preferida em crianças e em pacientes institucionalizados e em pacientes com lesões neurológicas, em quem parece haver uma alta taxa de sucesso; os resultados satisfatórios variam de 40% a 78%.^[93]

» Várias técnicas de colectomia foram defendidas, incluindo colectomia segmentar, anastomose ileorretal, anastomose ileosigmoide, anastomose cecorretal, anastomose ileoanal com proctocolectomia e formação de bolsa ou ileostomia.^[94] A maioria pode ser feita laparoscopicamente.

» A cirurgia tem pouca probabilidade de produzir benefícios em pacientes que falharam em todas as terapias e que têm evidência de disfunção de motilidade não limitada ao cólon. Uma abordagem multidisciplinar pode ser tentada, incluindo abordar nutrição, terapia comportamental, biofeedback, psicoterapia e laxantes cíclicos. As evidências para esse tipo de terapia são principalmente anedóticas.

mais

dieta + orientação de estilo de vida

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O uso de laxantes deve ser retirado gradualmente. As mudanças no estilo de vida e na dieta são continuadas, incluindo ingestão diária adequada de fluidos e maior consumo de fibra na dieta. Uma dieta rica em fibras aumenta o peso das fezes e acelera o tempo de trânsito colônico.^[49] Por outro lado, uma dieta pobre em fibras pode levar à constipação.^[50] Em pessoas com baixo consumo de calorias, um aumento no consumo de calorias também é aconselhado. Foi demonstrado que uma ingestão inadequada de calorias pode causar constipação.^[52]

» Exercício leve regular é recomendado. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.^[47]

» Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.^[51]

Novidades

Tenapanor

Tenapanor é um inibidor de primeira classe do trocador sódio hidrogênio (NHE3) gastrointestinal, que reduz a absorção de sódio na dieta deixando mais fluido no intestino para soltar as fezes e aliviar a constipação. Estão em andamento ensaios clínicos fase 3,^[100] ^[101] e a Food and Drug Administration (FDA) dos EUA está analisando uma aplicação para a aprovação do tratamento de pessoas com síndrome do intestino irritável-constipação.

Neurotrofina 3

A neurotrofina 3 (NT 3) promove a maturação dos neurônios sensoriais e modula a transmissão sináptica na junção neuromuscular.^[102] Um estudo controlado randomizado de 4 semanas mostrou que o NT-3 aumentou o número de movimentos intestinais espontâneos, melhorou a consistência das fezes e o esforço de pressão e acelerou o tempo de trânsito colônico em 107 pacientes com constipação de trânsito lento (CTL) moderadamente grave dependentes de laxante ou enema.^[103]

Estimulação do nervo sacral (ENS)

Estudos relataram que a ENS pode beneficiar pacientes com constipação.^[104] ^[105] ^[106] ^[107] ^[108] O mecanismo pelo qual a ENS melhora a função intestinal não está claro, mas um estudo com 6 pacientes com CTL relatou que o estímulo das raízes nervosas S3 produziu uma frequência maior de contrações propagadas e contrações propulsivas de alta amplitude.^[104]

Naloxegol

Dois ensaios duplo cegos de fase 3, investigaram a eficácia e segurança do naloxegol, um antagonista receptor mu-opioide agindo periféricamente para o tratamento da constipação induzida por opioide.^[109] As taxas de resposta foram significativamente maiores com o naloxegol que com o placebo em ambos os estudos. Em um estudo, as taxas de resposta também foram maiores no grupo tratado com a dose menor de naloxegol. Embora o medicamento tenha sido aprovado pela FDA para o tratamento da constipação induzida por agonista opioide em pacientes com dor crônica não relacionada a câncer, ele ainda não é usado rotineiramente na prática clínica.

Naldemedine

Um antagonista opioide periférico aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para tratamento da constipação induzida por opioide em pacientes com dor crônica não relacionada a câncer. Um ensaio clínico randomizado de fase 3 em pacientes japoneses com câncer e constipação induzida por opioides demonstrou melhora significativa no número de movimentos intestinais espontâneos por semana quando comparado com placebo.^[110] Uma metanálise de rede adicional relatou que a naldemedina é o tratamento mais eficaz para a constipação induzida por opioides, quando comparado com outras terapias farmacológicas.^[111]

Agonistas de 5-HT(4)

Velusetrag e naronaprida são agonistas de 5-HT(4) altamente seletivos que demonstraram capacidade de melhorar todos os componentes do trânsito gastrointestinal regional, incluindo esvaziamento gástrico, trânsito do intestino delgado e tempo de trânsito colônico.^[112] ^[113] Os dois agentes mostraram melhorar vários movimentos intestinais espontâneos em constipação crônica idiopática em ensaios clínicos de fase 2. No entanto, eles ainda não estão disponíveis comercialmente.^[114] ^[115]

Picossulfato de sódio

O picossulfato de sódio é um pro-fármaco convertido em uma molécula laxante ativa por dessulfatases da microflora colônica. Embora ele tenha sido usado por muitos anos, um ensaio clínico randomizado e controlado recente demonstrou eficácia na constipação crônica.³[A]Evidence

Recomendações

Monitoramento

O paciente deve experimentar cada classe de medicamentos por no mínimo 6 semanas e depois retornar para exames para avaliar a resposta à terapia. Deve ser solicitado ao paciente que mantenha um diário de fezes prospectivo por 7 dias antes da consulta de acompanhamento. Se não houver resposta clínica satisfatória, ou se houver efeitos colaterais problemáticos, o paciente deve ser trocado para outra classe de medicamento. Exames laboratoriais de rotina não são necessários durante consultas de acompanhamento, a menos que haja preocupação com potenciais anormalidades eletrolíticas como efeito colateral da terapia, especialmente com laxantes osmóticos.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser aconselhados a aumentar o consumo diário de fibras e calorias (em pacientes com baixo consumo de calorias). Os pacientes são aconselhados sobre a ingestão adequada de fluidos e incentivados a realizar exercício leve regular. Exercícios modestos podem ajudar a aliviar a constipação, especialmente se os pacientes forem sedentários ou geralmente inativos.^[47] Os pacientes são aconselhados a dedicar um tempo aos movimentos intestinais e evitar adiar as evacuações intestinais quando for percebida uma necessidade de defecar.^[51] Recursos online recomendados podem ser úteis. [\[NHS Choices: constipation\]](#)

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
fissura anal	longo prazo	alta
<p>Expulsão forçada de fezes duras através de um esfíncter anal incompletamente recolhido leva a trauma e a lesão da mucosa anal, causando uma fissura.</p> <p>Com lesão repetida, pode haver cura incompleta, levando a uma fissura crônica.</p> <p>O tratamento consiste em pomadas tópicas de diltiazem a 2%, corticosteroides e preparados anestésicos locais.</p>		
hemorroidas	longo prazo	alta
<p>A patogênese foi suposta como sendo devido a esforço excessivo ao longo de vários anos, levando a danos ao ligamento de junção de Treitz e à perda do tecido conjuntivo que suporta os amortecimentos endovasculares, levando à formação de hemorroidas.</p> <p>O tratamento consiste em: evitar esforço excessivo; banhos de assento; terapia tópica com corticosteroide e preparados anestésicos; bandagem; ou cirurgia.</p>		

Complicações	Período de execução	Probabilidade
impactação fecal	longo prazo	alta
<p>Sensação prejudicada, fezes duras, problemas psicológicos e medicamentos que prejudicam a sensação ou a motilidade podem levar a impactação fecal.</p> <p>O tratamento consiste em desimpactação das fezes com enemas, supositórios, soluções de polietilenoglicol (PEG) em grande volume (também conhecidos como macrogóis), laxantes estimulantes ou desimpactação manual com sedação podem ser necessários.</p>		
retocece	longo prazo	média
<p>Esforço de pressão excessiva por períodos prolongados pode levar a uma protuberância anterior da parede retal e, por fim, causar retocele.</p> <p>O tratamento deve focar em tratar a dissinergia subjacente e reparo cirúrgico da retocele.</p>		
perda involuntária de fezes	longo prazo	média
<p>Sensação retal prejudicada e dissinergia podem levar a vazamento fecal.</p> <p>A fisiopatologia subjacente deve ser tratada com terapia de biofeedback e condicionamento sensorial retal.</p>		
síndrome de úlcera retal solitária	longo prazo	baixa
<p>Esforço excessivo, manipulação digital, aprisionamento da mucosa retal na zona de alta pressão anal, hipersensibilidade retal, e mais importante, dissinergia, podem levar à síndrome de úlcera retal solitária.</p> <p>O tratamento consiste em biofeedback, evitar esforço excessivo ou desimpactação digital e laxantes.</p>		
megarreto e megacólon	longo prazo	baixa
<p>Carregamento e acúmulo de fezes junto com perda de sensação podem levar a megarreto e/ou megacólon secundário.</p> <p>O tratamento consiste em desimpactação da fezes, treinamento sensorial ou retoplastia de redução vertical.</p>		

Prognóstico

A terapia medicamentosa é bastante eficaz no alívio dos sintomas de constipação.^[117] Em estudos controlados randomizados bem projetados, a terapia medicamentosa mostrou ter um ganho terapêutico de 10% a 30% sobre placebo.^{[72] [85] [86] [116] [118]} A terapia de biofeedback é eficaz em 60% a 80% dos pacientes com dissinergia.^{[88] [89] [91] [119]} Da mesma forma, a cirurgia pode melhorar os sintomas em cerca de 50% a 65% dos pacientes com constipação refratária.^{[93] [94] [120]}

Diretrizes de diagnóstico

Internacional

Evaluation of gastrointestinal transit in clinical practice

Publicado por: American Neurogastroenterology and Motility Society;
European Neurogastroenterology and Motility Society

Última publicação em:
2011

Constipation: a global perspective

Publicado por: World Gastroenterology Organisation

Última publicação em:
2010

América do Norte

American Gastroenterology Association medical management of opioid-induced constipation

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicação em:
2018

Clinical practice guideline for the evaluation and management of constipation

Publicado por: American Society of Colon and Rectal Surgeons

Última publicação em:
2016

The role of endoscopy in the management of constipation

Publicado por: American Society for Gastrointestinal Endoscopy

Última publicação em:
2014

American Gastroenterological Association medical position statement on constipation

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicação em:
2013

Prevention of constipation in the older adult population

Publicado por: Registered Nurses' Association of Ontario

Última publicação em:
2011

Diretrizes de tratamento

Europa

Prucalopride for the treatment of chronic constipation in women

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2010

Internacional

Constipation: a global perspective

Publicado por: World Gastroenterology Organisation

Última publicação em:
2010

Consensus conference on the stapled transanal rectal resection (STARR) for disordered defaecation

Publicado por: International Working Party

Última publicação em:
2006

América do Norte

American Gastroenterological Association technical review on constipation

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicação em:
2013

American Gastroenterological Association medical position statement on constipation

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicação em:
2013

Recursos online

1. [NHS Choices: constipation](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Alívio sintomático: há evidências de alta qualidade de que o bisacodil é um tratamento eficaz e bem tolerado para constipação crônica, melhorando a função intestinal, sintomas relacionados à constipação e a qualidade de vida relacionada à doença.[\[69\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
2. Alívio sintomático: há evidências de alta qualidade de que o linaclotide reduz significativamente a constipação crônica e os sintomas abdominais e intestinais da constipação e melhora significativamente a taxa de movimentos intestinais espontâneos, a consistência das fezes, o esforço, a distensão abdominal, o inchaço, as avaliações globais e a qualidade de vida.[\[73\]](#) [\[76\]](#) [\[77\]](#) [\[78\]](#) [\[79\]](#) [\[80\]](#) Porém, estudos adicionais são necessários para avaliar os riscos e benefícios de longo prazo em potencial do linaclotide em constipação crônica.[\[76\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.
3. Aumento nos movimentos intestinais espontâneos completos: há evidência de alta qualidade de que picossulfato de sódio foi associado a um aumento nos movimentos intestinais espontâneos completos para 3.4/semana em comparação com 1.7/semana com placebo. Cerca de 70% dos pacientes tiveram o primeiro movimento intestinal espontâneo completo dentro de 24 horas da primeira dose.[\[116\]](#)
Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

Artigos principais

- Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, et al. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol.* 2005;100(suppl 1):S5-S21. [Resumo](#)
- Rao SS. Dyssynergic defecation and biofeedback therapy. *Gastroenterol Clin North Am.* 2008 Sep;37(3):569-86. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Dennison C, Prasad M, Lloyd A, et al. The health-related quality of life and economic burden of constipation. *Pharmacoeconomics.* 2005;23(5):461-76. [Resumo](#)
- Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2005 Jul;100(7):1605-15. [Resumo](#)
- Rao S, Lembo AJ, Shiff SJ, et al. A 12-week, randomized, controlled trial with a 4-week randomized withdrawal period to evaluate the efficacy and safety of linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation. *Am J Gastroenterol.* 2012 Nov;107(11):1714-24. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Rao SS, Seaton K, Miller M, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007 Mar;5(3):331-8. [Resumo](#)
- Ramkumar D, Rao SS. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2005 Apr;100(4):936-71. [Resumo](#)

Referências

1. Herz MJ, Kahan E, Zalevski S, et al. Constipation: a different entity for patients and doctors. *Fam Pract.* 1996;13:156-159. [Resumo](#)
2. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:750-759. [Resumo](#)
3. Rao SS, Tuteja AK, Vellema T, et al. Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. *J Clin Gastroenterol.* 2004;38:680-685. [Resumo](#)
4. Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, et al. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol.* 2005;100(suppl 1):S5-S21. [Resumo](#)
5. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut.* 1999 Sep;45(suppl 2):II43-7. [Resumo](#)
6. Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology.* 2016 Feb 18 [Epub ahead of print]. [Resumo](#)

7. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1257-61. [Resumo](#)
8. Rao SS. Dyssynergic defecation and biofeedback therapy. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008 Sep;37(3):569-86. [Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, et al. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology*. 2013 Jan;144(1):211-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011 Sep;106(9):1582-91. [Resumo](#)
11. Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, et al. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. *BMC Gastroenterol*. 2008 Feb 12;8:5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. Probert CS, Emmett PM, Heaton KW. Some determinants of whole-gut transit time: a population-based study. *QJM*. 1995 May;88(5):311-5. [Resumo](#)
13. Heaton KW. TL Cleave and the fibre story. *J R Nav Med Serv*. 1980 Spring;66(1):5-10. [Resumo](#)
14. Pare P, Ferrazzi S, Thompson D, et al. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol*. 2001 Nov;96(11):3130-7. [Resumo](#)
15. Stewart WF, Liberman G, Sandler RS, et al. A large U.S. national epidemiological study of constipation gastroenterology. *Gastroenterology*. 1998;114(suppl 1):A44.
16. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG. A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Dig Dis Sci*. 1989;34:1153-62.
17. Talley NJ, Fleming KC, Evans JM, et al. Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol*. 1996 Jan;91(1):19-25. [Resumo](#)
18. Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci*. 1989 Apr;34(4):606-11. [Resumo](#)
19. Talley NJ, O'Keefe EA, Zinsmeister AR, et al. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. *Gastroenterology*. 1992 Mar;102(3):895-901. [Resumo](#)
20. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci*. 1993 Sep;38(9):1569-80. [Resumo](#)
21. Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, et al. Bowel habit in relation to age and gender. Findings from the National Health Interview Survey and clinical implications. *Arch Intern Med*. 1996 Feb 12;156(3):315-20. [Resumo](#)
22. Pekmezaris R, Aversa L, Wolf-Klein G, et al. The cost of chronic constipation. *J Am Med Dir Assoc*. 2002 Jul-Aug;3(4):224-8. [Resumo](#)

23. Chang L, Toner BB, Fukudo S, et al. Gender, age, society, culture, and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1435-46. [Resumo](#)
24. Derbyshire E, Davies J, Costarelli V, et al. Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Matern Child Nutr*. 2006 Jul;2(3):127-34. [Resumo](#)
25. Mudipalli RS, Remes-Troche J, Andersen L, et al. Functional chest pain: esophageal or overlapping functional disorder. *J Clin Gastroenterol*. 2007 Mar;41(3):264-9. [Resumo](#)
26. Talley NJ, Waeber AL, Zinsmeister AR, et al. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol*. 1992 Jul 15;136(2):165-77. [Resumo](#)
27. Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Fett SL, et al. Overlap of gastrointestinal symptom complexes in a US community. *Neurogastroenterol Motil*. 2005 Feb;17(1):29-34. [Resumo](#)
28. Talley NJ, Dennis EH, Schettler-Duncan VA, et al. Overlapping upper and lower gastrointestinal symptoms in irritable bowel syndrome patients with constipation or diarrhea. *Am J Gastroenterol*. 2003 Nov;98(11):2454-9. [Resumo](#)
29. Dennison C, Prasad M, Lloyd A, et al. The health-related quality of life and economic burden of constipation. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(5):461-76. [Resumo](#)
30. Rao SS. Constipation: evaluation and treatment. *Gastroenterol Clin North Am*. 2003 Jun;32(2):659-83. [Resumo](#)
31. Martin BC, Barghout V, Cerulli A. Direct medical costs of constipation in the United States. *Manag Care Interface*. 2006 Dec;19(12):43-9. [Resumo](#)
32. Crowell MD, Harris L, Jones MP, et al. New insights into the pathophysiology of irritable bowel syndrome: implications for future treatments. *Curr Gastroenterol Rep*. 2005;7:272-279. [Resumo](#)
33. Rao SS, Sadeghi P, Beaty J, et al. Ambulatory 24-hour colonic manometry in slow-transit constipation. *Am J Gastroenterol*. 2004 Dec;99(12):2405-16. [Resumo](#)
34. Rao SS, Sadeghi P, Batterson K, et al. Altered periodic rectal motor activity: a mechanism for slow transit constipation. *Neurogastroenterol Motil*. 2001 Dec;13(6):591-8. [Resumo](#)
35. Bassotti G, de Roberto G, Castellani D, et al. Normal aspects of colorectal motility and abnormalities in slow transit constipation. *World J Gastroenterol*. 2005 May 14;11(18):2691-6. [Resumo](#)
36. Rao SS, Welcher KD, Leistikow JS. Obstructive defecation: a failure of rectoanal coordination. *Am J Gastroenterol*. 1998 Jul;93(7):1042-50. [Resumo](#)
37. Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, et al. Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology*. 2001 Oct;121(4):799-804. [Resumo](#)
38. Park MI, Camilleri M. Genetics and genotypes in irritable bowel syndrome: implications for diagnosis and treatment. *Gastroenterol Clin North Am*. 2005 Jun;34(2):305-17. [Resumo](#)

39. Choi YK, Johlin FC Jr, Summers RW, et al. Fructose intolerance: an under-recognized problem. *Am J Gastroenterol.* 2003 Jun;98(6):1348-53. [Resumo](#)
40. Choi Y, Jackson M, Summers RW, et al. Fructose intolerance and irritable bowel syndrome (IBS). *Am J Gastroenterol.* 2002;97:309.
41. Pimentel M, Chow EJ, Lin HC. Eradication of small intestinal bacterial overgrowth reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2000 Dec;95(12):3503-6. [Resumo](#)
42. Pimentel M, Park S, Mirocha J, et al. The effect of a nonabsorbed oral antibiotic (rifaximin) on the symptoms of the irritable bowel syndrome: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006 Oct 17;145(8):557-63. [Resumo](#)
43. Gwee KA. Postinfectious irritable bowel syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2001 Aug;4(4):287-91. [Resumo](#)
44. Wilder-Smith CH, Schindler D, Lovblad K, et al. Brain functional magnetic resonance imaging of rectal pain and activation of endogenous inhibitory mechanisms in irritable bowel syndrome patient subgroups and healthy controls. *Gut.* 2004 Nov;53(11):1595-601. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Fleming V, Wade WE. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2010 Dec;8(6):514-50. [Resumo](#)
46. Coremans G, Margaritis V, Gebruers K. Is there a genetic component in chronic functional constipation? *Gastroenterology.* 2005;128(suppl 2):A272.
47. Brown WJ, Mishra G, Lee C, et al. Leisure time physical activity in Australian women: relationship with well being and symptoms. *Res Q Exerc Sport.* 2000 Sep;71(3):206-16. [Resumo](#)
48. Kinnunen O, Salokannel J. Constipation in elderly long-stay patients: its treatment by magnesium hydroxide and bulk-laxative. *Ann Clin Res.* 1987;19(5):321-3. [Resumo](#)
49. Burkitt DP, Walker AR, Painter NS. Effect of dietary fiber on stool and transit times and its role in the causation of disease. *Lancet.* 1972 Dec 30;2(7792):1408-12. [Resumo](#)
50. Tucker DM, Sandstead HH, Logan GM Jr, et al. Dietary fiber and personality factors as determinants of stool output. *Gastroenterology.* 1981 Nov;81(5):879-83. [Resumo](#)
51. Muller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, et al. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2005 Jan;100(1):232-42. [Resumo](#)
52. Chun AB, Sokol MS, Kaye WH, et al. Colonic and anorectal function in constipated patients with anorexia nervosa. *Am J Gastroenterol.* 1997 Oct;92(10):1879-83. [Resumo](#)
53. Chiarioni G, Bassotti G, Monsignor A, et al. Anorectal dysfunction in constipated women with anorexia nervosa. *Mayo Clin Proc.* 2000 Oct;75(10):1015-9. [Resumo](#)

54. Anti M, Pignataro G, Armuzzi A, et al. Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *Hepatogastroenterology*. 1998 May-Jun;45(21):727-32. [Resumo](#)
55. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997 Sep;32(9):920-4. [Resumo](#)
56. Cash BD, Acosta RD, Chandrasekhara V, et al; ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of constipation. *Gastrointest Endosc*. 2014 Oct;80(4):563-5. [Texto completo](#) [Resumo](#)
57. Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2005 Jul;100(7):1605-15. [Resumo](#)
58. Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, et al. Defecography in normal volunteers: results and implications. *Gut*. 1989 Dec;30(12):1737-49. [Texto completo](#) [Resumo](#)
59. Ekberg O, Mahieu PH, Bartram CI, et al. Defecography: dynamic radiological imaging and proctology. *Gastroenterol Int*. 1990;3:93-9.
60. Roos JE, Weishaupt D, Wildermuth S, et al. Experience of 4 years with open MR defecography: pictorial review of anorectal anatomy and disease. *Radiographics*. 2002 Jul-Aug;22(4):817-32. [Resumo](#)
61. Fletcher JG, Busse RF, Riederer SJ, et al. Magnetic resonance imaging of anatomic and dynamic defects of the pelvic floor in defecatory disorders. *Am J Gastroenterol*. 2003 Feb;98(2):399-411. [Resumo](#)
62. Dvorkin LS, Hetzer F, Scott SM, et al. Open-magnet MR defaecography compared with evacuation proctography in the diagnosis and management of patients with rectal intussusception. *Colorectal Dis*. 2004 Jan;6(1):45-53. [Resumo](#)
63. Becker G, Blum HE. Novel opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction and postoperative ileus. *Lancet*. 2009 Apr 4;373(9670):1198-206. [Resumo](#)
64. Rauck R, Slatkin NE, Stambler N, et al. Randomized, double-blind trial of oral methylnaltrexone for the treatment of opioid-induced constipation in patients with chronic noncancer pain. *Pain Pract*. 2017 Jul;17(6):820-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
65. US Food and Drug Administration (FDA). MedWatch safety information: Relistor (methylnaltrexone bromide) subcutaneous injections. August 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
66. Attaluri A, Donahoe R, Valestin J, et al. Randomised clinical trial: dried plums (prunes) vs. psyllium for constipation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011 Apr;33(7):822-8. [Resumo](#)
67. Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, et al. Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jul 7;(7):CD007570. [Texto completo](#) [Resumo](#)

68. Belsey JD, Geraint M, Dixon TA. Systematic review and meta analysis: polyethylene glycol in adults with non-organic constipation. *Int J Clin Pract*. 2010 Jun;64(7):944-55. [Resumo](#)
69. Kamm MA, Mueller-Lissner S, Wald A, et al. Oral bisacodyl is effective and well-tolerated in patients with chronic constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2011 Jul;9(7):577-83. [Resumo](#)
70. Johanson JF, Panas R, Holland PC, et al. Long-term efficacy of lubiprostone for the treatment of chronic constipation. *Gastroenterology*. 2006;130(suppl 2):M1171.
71. Johanson JF, Gargano MA, Holland PC, et al. Initial and sustained effects of lubiprostone, a chloride channel-2 (ClC2) activator for the treatment of constipation: data from a 4-week phase III study. *Am J Gastroenterol*. 2005;100(suppl 9):S328.
72. Barish CF, Drossman D, Johanson JF, et al. Efficacy and safety of lubiprostone in patients with chronic constipation. *Dig Dis Sci*. 2010 Apr;55(4):1090-7. [Resumo](#)
73. Ford AC, Suares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2011 Feb;60(2):209-18. [Resumo](#)
74. Currie MG, Kurtz CB, Mahajan-Miklos S, et al. Effects of a single dose administration of MD-1100 on safety, tolerability, exposure, and stool consistency in healthy subjects. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:S328.
75. Johnston JM, Kurtz CB, Macdougall JE, et al. Linaclotide improves abdominal pain and bowel habits in a phase IIb study of patients with irritable bowel syndrome with constipation. *Gastroenterology*. 2010 Dec;139(6):1877-1886.e2. [Resumo](#)
76. Lembo AJ, Schneier HA, Shiff SJ, et al. Two randomized trials of linaclotide for chronic constipation. *N Engl J Med*. 2011 Aug 11;365(6):527-36. [Resumo](#)
77. Rao S, Lembo AJ, Shiff SJ, et al. A 12-week, randomized, controlled trial with a 4-week randomized withdrawal period to evaluate the efficacy and safety of linaclotide in irritable bowel syndrome with constipation. *Am J Gastroenterol*. 2012 Nov;107(11):1714-24. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Chey WD, Lembo AJ, Lavins BJ, et al. Linaclotide for irritable bowel syndrome with constipation: a 26-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate efficacy and safety. *Am J Gastroenterol*. 2012 Nov;107(11):1702-12. [Texto completo](#) [Resumo](#)
79. Lee N, Wald A. Linaclotide: evidence for its potential use in irritable bowel syndrome and chronic constipation. *Core Evid*. 2012;7:39-47. [Texto completo](#) [Resumo](#)
80. Quigley EM, Tack J, Chey WD, et al. Randomised clinical trials: linaclotide phase 3 studies in IBS-C - a prespecified further analysis based on European Medicines Agency-specified endpoints. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013 Jan;37(1):49-61. [Texto completo](#) [Resumo](#)
81. DeMicco M, Barrow L, Hickey B, et al. Randomized clinical trial: efficacy and safety of plecanatide in the treatment of chronic idiopathic constipation. *Therap Adv Gastroenterol*. 2017 Nov;10(11):837-51. [Texto completo](#) [Resumo](#)

82. Tack J, van Outryve M, Beyens G, et al. Prucalopride (Resolor) in the treatment of severe chronic constipation in patients dissatisfied with laxatives. *Gut*. 2009 Mar;58(3):357-65. [Resumo](#)
83. Camilleri M, Kerstens R, Rykx A, et al. A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation. *N Engl J Med*. 2008 May 29;358(22):2344-54. [Texto completo](#) [Resumo](#)
84. Camilleri M, Deiteren A. Prucalopride for constipation. *Expert Opin Pharmacother*. 2010 Feb;11(3):451-61. [Resumo](#)
85. Müller-Lissner S, Rykx A, Kerstens R, et al. A double-blind, placebo-controlled study of prucalopride in elderly patients with chronic constipation. *Neurogastroenterol Motil*. 2010 Sep;22(9):991-8. [Resumo](#)
86. Quigley EM, Vandeplasse L, Kerstens R, et al. Clinical trial: the efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation - a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009 Feb 1;29(3):315-28. [Texto completo](#) [Resumo](#)
87. Yiannakou Y, Piessevaux H, Bouchoucha M, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial to evaluate the efficacy, safety, and tolerability of prucalopride in men with chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2015 May;110(5):741-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
88. Chiarioni G, Whitehead WE, Pezza V, et al. Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. *Gastroenterology*. 2006 Mar;130(3):657-64. [Resumo](#)
89. Rao SS, Seaton K, Miller M, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007 Mar;5(3):331-8. [Resumo](#)
90. Rao SS, Kinkade K, Miller MJ, et al. Randomized controlled trial of long term outcome of biofeedback therapy (BT) for dyssynergic defecation. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:386.
91. Heymen S, Wexner SD, Vickers D, et al. Prospective, randomized trial comparing for biofeedback techniques for patients with constipation. *Dis Colon Rectum*. 1999 Nov;42(11):1388-93. [Resumo](#)
92. Rao SS, Enck P, Loening-Baucke V. Biofeedback therapy for defecation disorders. *Dig Dis*. 1997;15(suppl 1):78-92. [Resumo](#)
93. Lees NP, Hodson P, Hill J, et al. Long-term results of the antegrade continent enema procedure for constipation in adults. *Colorectal Dis*. 2004 Sep;6(5):362-8. [Resumo](#)
94. Pemberton JH, Rath DM, Ilstrup DM. Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. *Ann Surg*. 1991 Oct;214(4):403-11. [Resumo](#)
95. Arebi N, Kalli T, Howson W, et al. Systematic review of abdominal surgery for chronic idiopathic constipation. *Colorectal Dis*. 2011 Dec;13(12):1335-43. [Resumo](#)
96. Schiller LR. Review article: the therapy of constipation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001 Jun;15(6):749-63. [Resumo](#)

97. Ramkumar D, Rao SS. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2005 Apr;100(4):936-71. [Resumo](#)
98. Siegel JD, Di Palma JA. Medical treatment of constipation. *Clin Colon Rectal Surg*. 2005 May;18(2):76-80. [Resumo](#)
99. Johnston JM, Drossman DA, Lembo A, et al. Late-breaking abstract 65A: Linaclotide improves bowel habits and patient reported outcomes in subjects with chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(suppl 2):S470-S494.
100. ClinicalTrials.gov. A 26-week study to evaluate the efficacy and safety of tenapanor in IBS-C (T3MPO-2). February 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
101. ClinicalTrials.gov. A long-term safety study of tenapanor for the treatment of IBS-C (T3MPO-3). April 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
102. Chalazonitis A. Neurotrophin-3 in the development of the enteric nervous system. *Prog Brain Res*. 2004;146:243-63. [Resumo](#)
103. Parkman HP, Rao SS, Reynolds JC, et al. Neurotrophin-3 improves functional constipation. *Am J Gastroenterol*. 2003 Jun;98(6):1338-47. [Resumo](#)
104. Dinning PG, Fuentealba SE, Kennedy ML, et al. Sacral nerve stimulation induces pan-colonic propagating pressure waves and increases defecation frequency in patients with slow-transit constipation. *Colorectal Dis*. 2007 Feb;9(2):123-32. [Resumo](#)
105. Holzer B, Rosen HR, Novi G, et al. Sacral nerve stimulation for neurogenic faecal incontinence. *Br J Surg*. 2007 Jun;94(6):749-53. [Resumo](#)
106. Malouf AJ, Wiesel PH, Nicholls T, et al. Short-term effects of sacral nerve stimulation for idiopathic slow transit constipation. *World J Surg*. 2002 Feb;26(2):166-70. [Resumo](#)
107. Dudding TC. Future indications for sacral nerve stimulation. *Colorectal Dis*. 2011;2011 Mar;13(suppl 2):23-8. [Resumo](#)
108. Maeda Y, Matzel K, Lundby L, et al. Postoperative issues of sacral nerve stimulation for fecal incontinence and constipation: a systematic literature review and treatment guideline. *Dis Colon Rectum*. 2011 Nov;54(11):1443-60. [Resumo](#)
109. Chey WD, Webster L, Sostek M, et al. Naloxegol for opioid-induced constipation in patients with noncancer pain. *N Engl J Med*. 2014 Jun 19;370(25):2387-96. [Resumo](#)
110. Murata T, Katakami N, Harada T, et al. Treatment of opioid-induced constipation with naldemedine in patients with cancer: onset of action in a randomized phase 3 trial. *Ann Oncol*. 2016;27:1466P.
111. Luthra P, Burr NE, Brenner DM, et al. Efficacy of pharmacological therapies for the treatment of opioid-induced constipation: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 2018 May 5 [Epub ahead of print]. [Resumo](#)

112. Manini ML, Camilleri M, Goldberg M, et al. Effects of velusetrag (TD-5108) on gastrointestinal transit and bowel function in health and pharmacokinetics in health and constipation. *Neurogastroenterol Motil.* 2010 Jan;22(1):42-9, e7-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
113. Camilleri M, Vazquez-Roque MI, Burton D, et al. Pharmacodynamic effects of a novel prokinetic 5-HT receptor agonist, ATI-7505, in humans. *Neurogastroenterol Motil.* 2007 Jan;19(1):30-8. [Resumo](#)
114. Goldberg M, Li YP, Johanson JF, et al. Clinical trial: the efficacy and tolerability of velusetrag, a selective 5-HT₄ agonist with high intrinsic activity, in chronic idiopathic constipation - a 4-week, randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-response study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2010 Nov;32(9):1102-12. [Texto completo](#) [Resumo](#)
115. Shin A, Camilleri M, Kolar G, et al. Systematic review with meta-analysis: highly selective 5-HT₄ agonists (prucalopride, velusetrag or naronapride) in chronic constipation. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014 Feb;39(3):239-53. [Texto completo](#) [Resumo](#)
116. Mueller-Lissner S, Kamm MA, Wald A, et al. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2010;105:897-903. [Resumo](#)
117. American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol.* 2005;100 Suppl 1:S1-4. [Resumo](#)
118. Lembo AJ, Kurtz CB, Macdougall JE, et al. Efficacy of linaclotide for patients with chronic constipation. *Gastroenterology.* 2010;138:886-895. [Resumo](#)
119. Enck P, Van der Voort IR, Klosterhalfen S. Biofeedback therapy in fecal incontinence and constipation. *Neurogastroenterol Motil.* 2009;21:1133-1141. [Resumo](#)
120. Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, et al. Long-term results of surgery for chronic constipation. *Dis Colon Rectum.* 1997;40:273-279. [Resumo](#)

Imagens

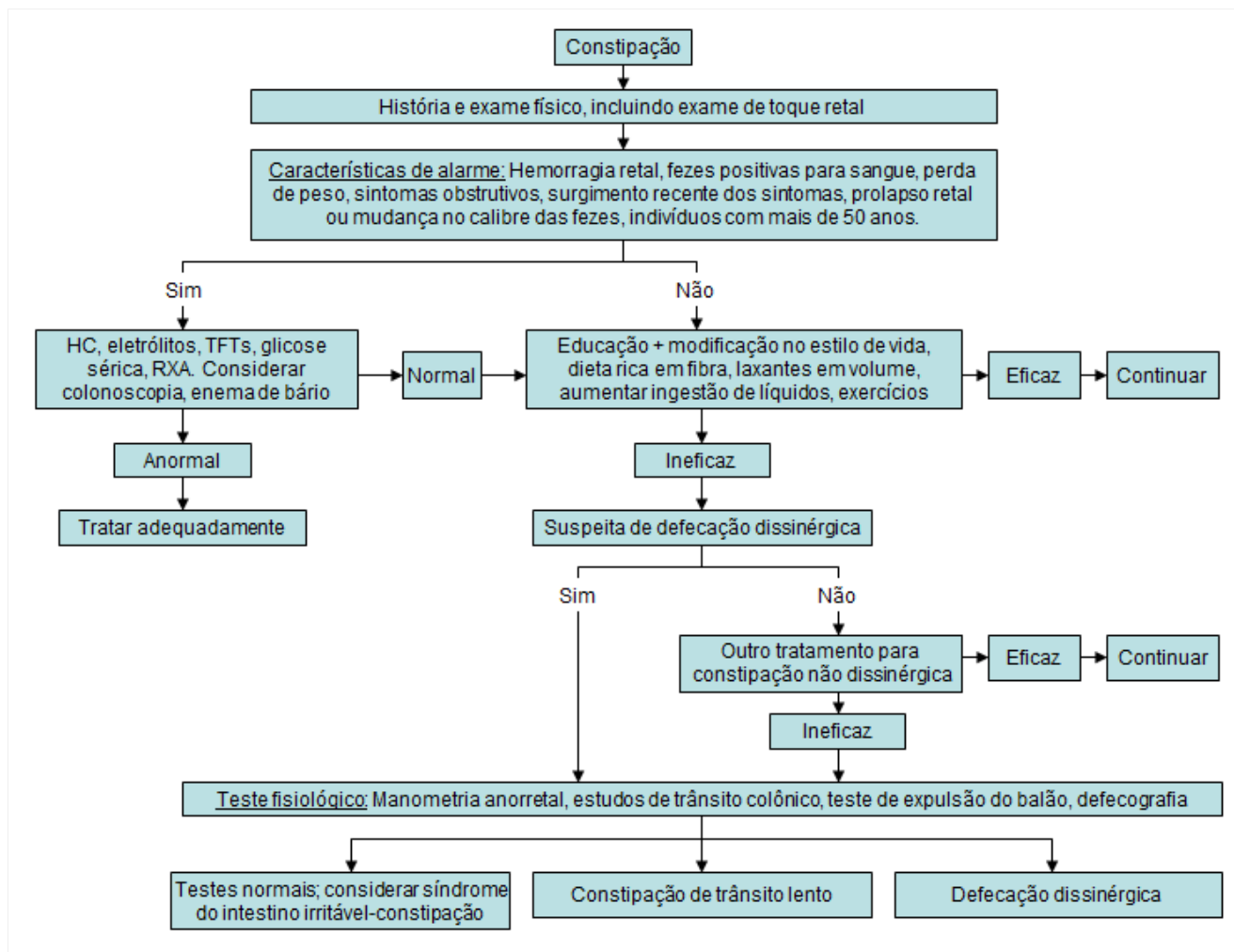


Figura 1: Algoritmo de diagnóstico para constipação. raio-X abdominal: radiografia abdominal

Criado pelo BMJ Evidence Centre a partir de material fornecido por Satish Rao, MD e Ashok Attaluri, MD

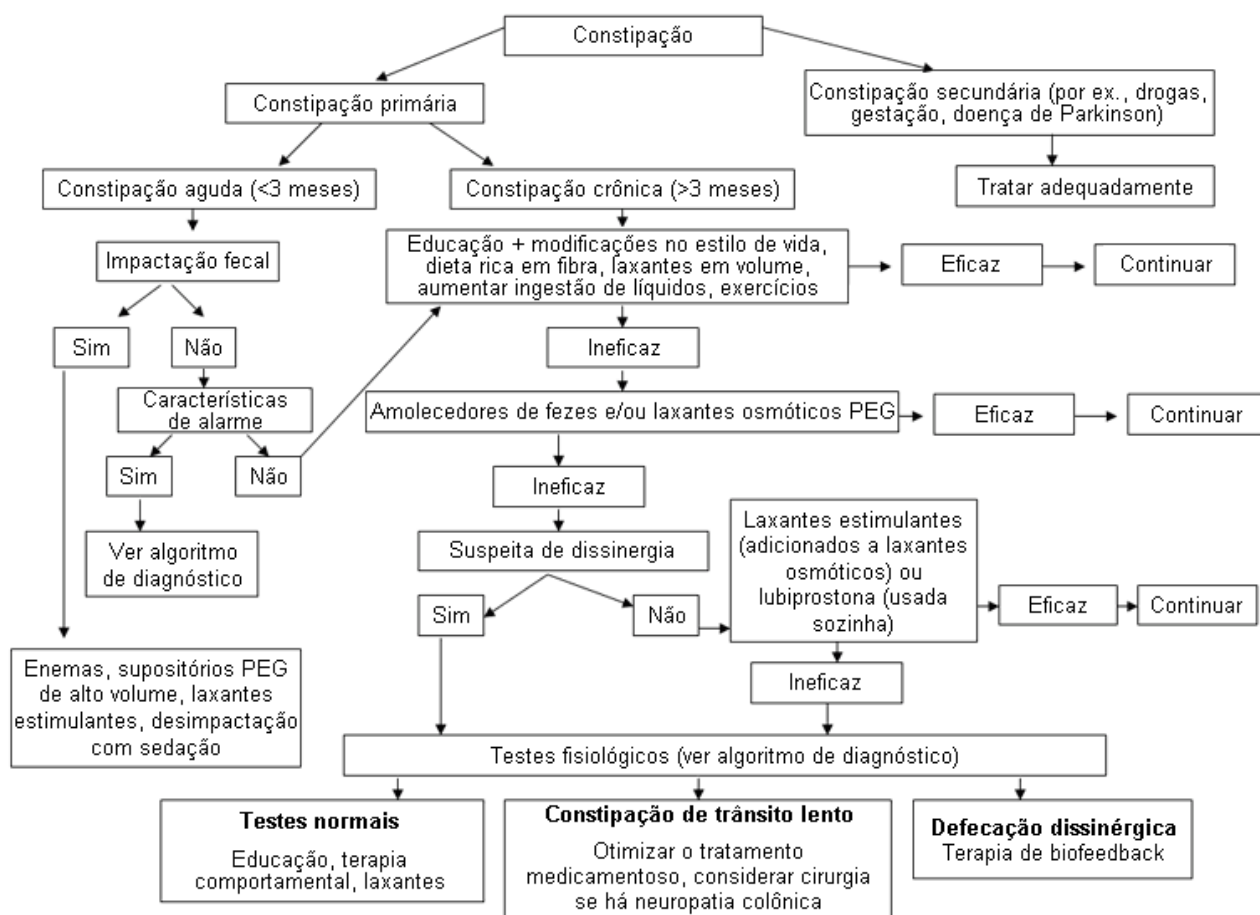


Figura 2: Algoritmo de tratamento para constipação. PEG: polietilenoglicol (macrogóis)

Criado pelo BMJ Evidence Centre a partir de material fornecido por Satish Rao, MD e Ashok Attaluri, MD

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Oct 23, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Satish Rao, MD, PhD, FRCP (Lon), FACP, AGAF

Professor of Medicine

Chief, Section of Gastroenterology and Hepatology, Director, Digestive Health Center and Neurogastroenterology and GI Motility, Medical College of Georgia, Georgia Regents University, Augusta, GA

DIVULGAÇÕES: SR serves on the advisory board for Smartpill Corporation, Greenwood Pharmaceuticals, Forest Research Institute, and Takeda Pharmaceuticals of North America. SR is an author of a reference cited in this topic.

Amol Sharma, MD, MS

Assistant Professor

Section of Gastroenterology & Hepatology, Augusta University, Augusta, GA

DIVULGAÇÕES: AS declares that he is on the advisory board for Ironwood Pharmaceuticals.

// Reconhecimentos:

Dr Satish Rao and Dr Amol Sharma would like to gratefully acknowledge Dr Humberto Sifuentes and Dr Ashok Attaluri, previous contributors to this topic. HS declares that he has no competing interests. AA is an author of one reference cited in this topic.

// Colegas revisores:

Stefan Muller-Lissner, MD

Professor

Abteilung für Innere Medizin, Park-Klinik Weissensee, Berlin, Germany

DIVULGAÇÕES: SML declares that he has no competing interests.

Eamonn M.M. Quigley, MD, FRCP, FACP, FACP, FRCPI

Professor of Medicine and Human Physiology

Department of Medicine, Clinical Sciences Building, Cork University Hospital, Cork, Ireland

DIVULGAÇÕES: EMMQ has served as a consultant or on advisory boards for the following companies: Sucampo, Movetis, Norgine, Procter and Gamble, Boehringer Ingelheim, Reckitts Benckiser, Schering, Novartis, Salix, Ironwood, and McNeill Consumer Health and has been paid for his time involved. EMMQ is an author of several references cited in this topic.

Ned Snyder, MD

Chief of Gastroenterology and Hepatology

Kelsey-Seybold Clinic, Adjunct Professor of Medicine, University of Texas Medical Branch, Houston, TX

DIVULGAÇÕES: Not disclosed.