



ARTIGO ORIGINAL

Sinais e sintomas associados à constipação crônica*Signs and symptoms associated with chronic constipation*Maria Eugênia F.A. Motta¹, Gisélia A.P. da Silva²**Resumo**

Objetivos: Verificar se os sinais e sintomas referidos pelos pais estão associados à presença de constipação crônica.

Métodos: Foi realizado um estudo comparativo entre um grupo de crianças constipadas e um grupo formado por uma amostra randomizada de crianças não constipadas. Os dados foram coletados através de formulário estruturado aplicado às mães. Considerou-se constipada a criança que apresentava no mínimo duas das seguintes características, há pelo menos trinta dias: eliminação dolorosa ou com esforço de fezes de consistência aumentada e/ou com frequência inferior a três vezes por semana.

Resultados: Inapetência, distensão e dor abdominais, sangue nas fezes, escape fecal, sintomas urinários e vômitos foram as variáveis avaliadas. Houve diferença estatística entre os grupos constipado e não constipado para inapetência, dor abdominal e sangue nas fezes ($p < 0,05$).

Conclusão: Existe relação entre sintomas e sinais analisados e constipação, embora nem todos tenham demonstrado associação estatística. O estudo chama a atenção para a necessidade de pesquisar acuradamente tanto a presença de constipação intestinal quanto a sua relação com essas complicações.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(3):222-226: constipação, dor abdominal, escape fecal, inapetência, sintomas urinários, sangue nas fezes.

Introdução

A constipação crônica é comum em crianças e pode evoluir com algumas complicações quando não tratada adequada e precocemente¹⁻⁴. Os sintomas e os sinais mais frequentemente associados à constipação crônica são dor e distensão abdominais, escape fecal, vômitos, sintomas urinários, sangue nas fezes e inapetência⁵.

Os pais costumam identificar constipação com base na frequência de defecações, e alguns casos passam despercebidos. A presença de complicações representa o alerta e

Abstract

Objective: To check whether signs and symptoms referred to by parents are associated with chronic constipation.

Methods: A comparative survey was carried out in a group of children with constipation and another group without constipation selected from a random sample. Data were collected from mothers using a structured questionnaire. Children with chronic constipation were expected to have undergone painful defecation or defecation with effort during at least thirty days with stools of hard consistency and/or bowel movements frequency below three times per week.

Results: An assessment was made of the variables: inappetence, abdominal distension, abdominal pain, faecal bleeding, soiling, urinary problems and vomit. Statistical differences were observed among children with and without constipation for inappetence, abdominal pain and faecal bleeding ($p < 0,05$).

Conclusions: An association was detected between the signs and symptoms analyzed and constipation. This study stresses the need to investigate accurately whether children have constipation and the extent of its relationship with those complications.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(3):222-226: constipation, abdominal pain, soiling, inappetence, urinary problems, faecal bleeding.

a motivação para realizar uma consulta médica^{5,6}. Essas crianças podem apresentar constipação oculta associada àqueles sinais e sintomas, e o diagnóstico será confirmado apenas com o desaparecimento da sintomatologia concomitante ao tratamento da constipação, observado durante o acompanhamento do paciente^{5,7,8}.

A constipação não resolvida leva à retenção crônica de fezes - às vezes associada a um trânsito intestinal lento, que, persistindo, favorece a instalação e a permanência das complicações^{2,9,10}. Alguns autores afirmam que estímulos intestinais distais, como a retenção de fezes, podem causar uma motilidade anormal do intestino delgado e contribuir para a patogênese de sintomas abdominais superiores em pacientes constipados¹¹⁻¹³.

1. Mestre em Pediatria.

2. Profª Adjunta de Pediatria do Departamento Materno-Infantil. Universidade Federal de Pernambuco. Mestrado em Pediatria.

Esse estudo foi realizado com o objetivo de verificar se os sinais e sintomas referidos pelos pais estão associados à presença de constipação crônica.

Casuística e Métodos

O estudo desenvolveu-se na Comunidade Campo do Banco, localizada no Bairro da Várzea, área metropolitana da cidade do Recife-PE. Foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Durante um período de dois meses consecutivos, realizou-se um censo nessa comunidade a fim de localizar as crianças menores de 11 anos e identificar aquelas com constipação crônica. O critério adotado para o diagnóstico de constipação crônica foi a presença de no mínimo duas das seguintes características, por mais de trinta dias: eliminação dolorosa ou com esforço de fezes de consistência aumentada, com frequência inferior a três vezes por semana.

A seguir, foram coletados dados referentes à presença dos sinais e sintomas associados à constipação para fazer-se um estudo comparativo entre o grupo de crianças constipadas e um grupo formado por uma amostra randomizada das crianças não constipadas. Para o grupo controle, os critérios de inclusão foram ausência de constipação atual ou no passado e diferença de \pm seis meses em relação à criança constipada. As crianças não constipadas que tinham residência mais próxima à dos casos do estudo e preenchiam os critérios de inclusão foram admitidas no estudo. Considerou-se como sintomas urinários a presença de dor, ardor ou dificuldade às micções.

A coleta dos dados foi feita através de inquérito com formulário estruturado, previamente testado, aplicado durante visita domiciliar, realizado com o acompanhamento das agentes de saúde que trabalhavam na comunidade para facilitar o contato entre as mães e os entrevistadores. O tipo da pesquisa era esclarecido à mãe e, a seguir, solicitado o seu consentimento verbal. As entrevistadas não tinham conhecimento dos objetivos do estudo. Ao final da entrevista, as crianças constipadas eram encaminhadas ao Ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas para realizar consulta e tratamento adequados a cada caso.

O censo identificou 536 crianças menores de 11 anos naquela comunidade, sendo que o diagnóstico de constipação foi feito em 94 delas (prevalência de 17,5%)¹⁴. A coleta dos sinais e sintomas associados à constipação ocorreu durante uma segunda entrevista. Quatro mães recusaram-se a continuar participando da pesquisa; portanto, entrevistaram-se as mães de 90 crianças constipadas e 90 crianças não constipadas para a constituição do grupo controle. Com o objetivo de confirmar se o número de crianças em cada grupo era suficiente para dar prosseguimento à análise calculou-se, utilizando a fórmula preconizada por Kirkwood¹⁵ para comparação de duas proporções, conside-

rando as principais variáveis e um nível de significância de 0,05 e um *power* de 90%, o tamanho mínimo da amostra.

Para a armazenagem dos dados e a análise estatística, utilizou-se o *software* de estatística EPI-INFO, versão 6.0, com dupla entrada de dados para validação (VALIDATE). A análise foi feita através do teste de Qui-quadrado (de Pearson), considerando-se um nível de confiança de 5% para aceitação do teste estatístico.

Resultados

No grupo de crianças constipadas, 52/90 (57,8%) eram do sexo feminino e 38/90 (41,6%), do sexo masculino. Entre as crianças não constipadas, 37/90 (41,1%) eram do sexo feminino e 53/90 (58,9%), do sexo masculino. Quanto à faixa etária das crianças constipadas, 23/90 (25,6%) eram lactentes; 38/90 (42,2%), pré-escolares; e 29 (32,2%), escolares. Das não constipadas, 20/90 (22,2%) eram lactentes; 40/90 (44,4%), pré-escolares; e 30/90 (33,4%), escolares.

Foram avaliados os seguintes sinais e sintomas: inapetência, distensão e dor abdominais, escape fecal, sangue nas fezes, sintomas urinários e vômitos, com diferença estatística significativa entre os grupos constipado e não constipado para inapetência, dor abdominal e sangue nas fezes ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Discussão

A constipação crônica é frequentemente acompanhada por alguns sinais e sintomas, mesmo na ausência de uma causa orgânica para a sua instalação^{1,16}. Na casuística desse estudo, os sinais e sintomas mais comuns associados à constipação foram encontrados, embora diferença estatística significativa tenha sido observada apenas para inapetência, dor abdominal e sangue nas fezes.

A retenção fecal crônica é um fator importante para o aparecimento das complicações na constipação. As crianças constipadas apresentam uma capacidade retal aumentada, sem relaxamento adequado do esfíncter anal interno, exceto quando a distensão da ampola retal é excessiva, o que foi demonstrado em estudos de manometria anorretal¹⁷⁻¹⁹. O ressecamento das fezes acumuladas, devido à absorção de água, causam sangramento e fissura anal durante a eliminação das fezes, perpetuando a retenção fecal através do ciclo dor-retenção-dor^{7,16}. Observou-se a presença de sangue nas fezes nessa casuística, com associação estatística significativa, confirmando que a passagem de fezes ressecadas é comum nos constipados.

Algumas crianças nesse estudo apresentaram escape fecal sem constipação (13/90), segundo o critério diagnóstico adotado. Muitos autores consideram que, para haver escape fecal, é necessário ter retenção fecal secundária ao

Tabela 1 - Constipação crônica nas crianças segundo sinais e sintomas associados à constipação

Variáveis	Constipação				Total		Estatística
	Sim		Não		n	%	
	n(90)	%	n(90)	%			
Distensão abdominal*							
Sim	18	20,5	12	13,5	30	16,9	$\chi^2 = 1,07$
Não	70	79,5	77	86,5	147	83,1	$p = 0,30$
Dor abdominal							
Sim	50	55,6	20	22,2	70	38,9	$\chi^2 = 19,66$
Não	40	44,4	70	77,8	110	61,1	$p < 0,001$
Escape fecal							
Sim	21	23,3	13	14,4	34	18,9	$\chi^2 = 1,78$
Não	69	76,7	77	85,6	146	81,1	$p = 0,18$
Inapetência							
Sim	54	60,0	36	40,0	90	50,0	$\chi^2 = 6,42$
Não	36	40,0	54	60,0	90	50,0	$p = 0,01$
Sangue nas fezes							
Sim	37	41,1	3	3,3	40	22,2	$\chi^2 = 35,00$
Não	53	58,9	87	96,7	140	77,8	$p < 0,001$
Sintomas urinários[¶]							
Sim	9	10,3	2	2,2	11	6,3	$\chi^2 = 3,64$
Não	78	89,7	87	97,8	165	93,8	$p = 0,056$
Vômitos							
Sim	6	6,7	3	3,3	9	5,0	$p = 0,24$
Não	84	93,3	87	96,7	171	95,0	(Fisher)

Notas: * N = 88 e 89 para constipados e não constipados, respectivamente.

¶ N = 87 e 89 para constipados e não constipados, respectivamente.

quadro de constipação crônica, mas, às vezes, esta não é clinicamente identificada, e o escape fecal é o único fator que alerta para a sua presença^{1,5,13,20}. O escape fecal foi questionado diretamente à mãe, e a resposta deve ser analisada com reserva. Ele pode estar associado à constipação oculta - imperceptível para as mães - em algumas crianças, ou a forma de indagação pode não ter sido adequada para o entendimento de outras mães. Estas podem ter confundido o verdadeiro escape fecal com higiene imprópria após a defecação, especialmente nas crianças de maior idade, que realizam sozinhas a sua higiene, às vezes de maneira precária, surpreendendo as mães, por ocasião da lavagem das roupas, com peças íntimas sujas.

Anormalidades do trato urinário como enurese, retenção ou infecções ocorrem com frequência em crianças constipadas^{2,8,9,17}. A relação da constipação com problemas urinários é bem reconhecida, embora um mecanismo para a sua incidência não esteja definido^{1,5,8,9,17,21,22}. A compressão do reto e/ou outros segmentos colônicos dis-

tendidos por fezes sobre qualquer região do trato urinário pode levar a deslocamento da bexiga e dilatação do sistema pielocalicial com suas conseqüências, embora elas não resultem apenas do efeito mecânico e obstrutivo^{8,23-26}. É possível que as manobras de contração dos músculos do assoalho pélvico, com o intuito de reter as fezes e evitar dor à defecação, facilitem a retenção concomitante de urina e o aparecimento de sintomas. Para muitos urologistas, o manejo de algumas doenças do aparelho urinário só deve ser realizado após o controle da constipação coexistente, pois elas podem ser revertidas apenas com o tratamento do sintoma intestinal^{2,8,17,26}. Nesse estudo, foram pesquisados exclusivamente sintomas referentes à infecção urinária (ITU), sem diferença significativa entre os grupos. No entanto, deve-se estar alerta para a importância de se identificar a presença de constipação em crianças com ITU, conforme orientado por vários autores^{8,17,26}.

A dor abdominal é uma queixa habitual nos constipados; em muitos casos, não há referência à constipação, e ela

só é percebida quando a causa da dor começa a ser investigada^{1,5,16,28}. O exame físico dessas crianças detecta retenção de fezes endurecidas com frequência, e a defecação espontânea alivia a dor ou o desconforto abdominais imediatamente^{17,18,21}. No entanto, pode não haver dor abdominal em constipados crônicos, pois eles adquirem tolerância à distensão do cólon²³. Neste trabalho, as crianças constipadas apresentaram mais dor abdominal do que as não constipadas, com associação estatística significativa. Relato anterior também demonstrou correlação entre dor abdominal e constipação; durante seguimento de cinco anos, crianças constipadas que não responderam ao tratamento no início do acompanhamento persistiram com dor⁴. Porém, Ward & Hosie afirmaram que constipação não será considerada a causa de dor abdominal sem antes serem averiguados diagnósticos alternativos²⁸.

É comum que pacientes com constipação refiram sintomas no abdome superior como dor ou distensão abdominais, náuseas e vômitos, e até inapetência, especialmente após uma refeição¹¹. A reprodução de constipação em indivíduos normais a partir da supressão de sua defecação – retenção fecal – demonstrou que ocorre atraso no esvaziamento gástrico e um trânsito colônico lento que podem ser responsáveis pelo sintomas do abdome superior referidos por pacientes constipados¹¹. Den Hartog *et al.* propuseram a existência de uma “síndrome do estômago constipado”, na qual a retenção fecal contribuiria para um esvaziamento gástrico atrasado com aparecimento de sintomas¹³. Glia *et al.* detectaram motilidade antroduodenal anormal em pacientes com constipação de trânsito lento, levantando a possibilidade de que a dismotilidade é generalizada em constipados²⁹. Nesse estudo, foi observada diferença estatística significativa entre os grupos constipado e não constipado para dor abdominal e inapetência, provavelmente devido à alteração na motilidade intestinal descrita na literatura^{1-13,29}.

Dois fatores básicos devem ser considerados na análise desses resultados. O tamanho da amostra (90 crianças em cada grupo) limita a interpretação dos testes estatísticos em relação às variáveis distensão abdominal e vômitos, podendo supervalorizar os resultados, que não devem ser generalizados. A identificação dos sinais e sintomas foi feita pelo relato da mãe e não por exame físico, e alguns deles podem ter passado despercebidos. Maffei *et al.* encontraram crianças que não se enquadravam na definição de constipação, mas com complicações, cuja evolução, associada à radiografia simples do abdome, permitiu a sua caracterização como crianças constipadas⁵.

Apesar desses vários sinais e sintomas serem relacionados na literatura com a presença de constipação crônica, com algumas interações bem documentadas, o estudo alerta para a necessidade de uma anamnese acurada e um exame físico adequado, a fim de identificar a própria constipação e a verdadeira relação entre ela e as complicações.

Referências bibliográficas

1. Benninga MA, Büller HA, Taminiu JA. Biofeedback training in chronic constipation. *Arch Dis Child* 1993;68:126-9.
2. Leung AK, Chan PY, Cho HY. Constipation in children. *Am Fam Phys* 1996;54:611-8.
3. Loening-Baucke V. Management of chronic constipation in infants and toddlers. *Am Fam Phys* 1994;49:397-406.
4. Staiano A, Andreotti MR, Greco L, Basile P, Auricchio S. Long-term follow-up of children with chronic idiopathic constipation. *Dig Dis Sci* 1994;39:561-4.
5. Maffei HV, Moreira FL, Kissimoto M, Chaves SM, El Faro S, Aleixo A. História clínica e alimentar de crianças atendidas em ambulatório de gastroenterologia pediátrica (GEP) com constipação intestinal crônica funcional (CICF) e suas possíveis complicações. *J pediatr (Rio J.)* 1994;70:280-6.
6. Potts MJ, Sesney J. Infant constipation: maternal knowledge and beliefs. *Clin Pediatr* 1992;31:143-8.
7. Partin JC, Hamill SK, Fischel JE, Partin JS. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics* 1992;89:1007-9.
8. Dohil R, Roberts E, Verrier Jones K, Jenkins H. Constipation and reversible urinary tract abnormalities. *Arch Dis Child* 1994;70:56-7.
9. Hatch TF. Encoprese e constipação em crianças. In: Leberthal E, ed. *Clin Ped Am Norte: Gastroenterologia Pediátrica II*. Rio de Janeiro: Interlivros; 1988. p. 267-92.
10. Benninga MA, Büller HA, Tytgat GN, Akkermans LM, Bossuyt PM, Taminiu JA. Colonic transit time in constipated children: does pediatric slow-transit constipation exist? *J Ped Gastroenterol Nutr* 1996;23:241-51.
11. Tjeerdma HC, Smout AJ, Akkermans LM. Voluntary suppression of defecation delays gastric emptying. *Dig Dis Sci* 1993;38:832-6.
12. Ladabaum U, Hasler WL. Motility of the small intestine. *Curr Opin Gastroenterol* 1999;15:125-31.
13. Den Hartog G, Mulder CJ, Thies JE, Wiersma TJG. The constipated stomach. An underdiagnosed problem in patients with abdominal pain? *Scand J Gastroenterol* 1998;33 Suppl 225:41-6.
14. Motta ME, Silva GA. Constipação intestinal crônica funcional na infância: diagnóstico e prevalência em uma comunidade de baixa renda. *J pediatr (Rio J.)* 1998;74:451-4.
15. Kirkwood BR. *Essentials of Medical Statistics*. Oxford: Blackwell Science; 1988.
16. Zaslavsky C. Constipação intestinal crônica na infância: considerações clínicas. *R AMRIGS* 1986;30:7-14.
17. Clayden GS, Agnarsson U. *Constipation in childhood*. Oxford: Oxford University Press; 1991.
18. Benninga MA, Büller HA, Heymans HS, Taminiu JA. Is encopresis always the result of constipation? *Arch Dis Child* 1994;71:186-93.
19. Clayden GS. Management of chronic constipation. *Arch Dis Child* 1992;67:340-4.
20. Swanwick T. Encopresis in children: a cyclical model of constipation and faecal retention. *Br J Gen Pract* 1991;41:514-6.
21. Molnar D, Taitz LS, Urwin OM, Wales JK. Anorectal manometry results in defecation disorders. *Arch Dis Child* 1983;58:257-61.
22. Loening-Baucke V. Biofeedback treatment for chronic constipation and encopresis in childhood: long-term outcome. *Pediatrics* 1995;96:105-10.
23. Levine MD. Encoprese: sua potencialização, avaliação e alívio. In: Christophersen ER, ed. *Clin Ped Am Norte: Pediatria Comportamental*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1982. p. 349-65.

24. Blethin AJ, Jenkins HR, Roberts R, Verrier Jones K. Radiological evidence of constipation in urinary tract infection. *Arch Dis Child* 1995;73:534-5.
25. Herbetko J, Hyde I. Urinary tract dilatation in constipated children. *Br J Radiol* 1990;63:855-7.
26. Wan J, Kaplinsky R, Grenfield S. Toilet habits of children evaluated for urinary tract infection. *J Urol* 1995;154(Pt 2):797-9.
27. Moreira FL, Coelho CA, Maffei HV. Constipação intestinal crônica em crianças atendidas no ambulatório de gastroenterologia infantil da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (1977 – 1980). *J pediatr (Rio J.)* 1984;57:62-5.
28. Ward HC, Hosie GP. Does constipation cause abdominal pain in childhood? *J R Soc Med* 1998;91:80-2.
29. Glia A, Lindeberg G. Antroduodenal manometry findings in patients with slow-transit constipation. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:55-62.

Endereço para correspondência:
Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
R. Simão Mendes, 195/202
CEP 52050-110 - Recife - PE
Fone/fax: (81) 268.4930
E-mail: pontes@free.elogica.com.br