



MED-REVIEW



CONSTIPAÇÃO

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O que mais cai em prova nesse tema

Se você está na correria de véspera de prova, esta tabela é o seu mapa do tesouro. Aqui estão os padrões que as bancas amam cobrar:

CENÁRIO CLÍNICO / CONCEITO	O QUE MAIS CAI EM PROVA / PEGADINHA DA BANCA
Fisiopatologia da Constipação Funcional	Tudo começa com uma evacuação dolorosa que gera medo e comportamento retentivo. O escape fecal (<i>soiling</i>) é involuntário e ocorre por transbordamento ao redor do fecaloma. As bancas adoram fingir que é diarreia, mas é retenção crônica!
Pseudoconstipação vs. Disquesia	• Pseudoconstipação: Lactente em aleitamento exclusivo que fica dias sem evacuar, mas elimina fezes pastosas e sem dor (completamente fisiológico). • Disquesia: Lactente < 9 meses com episódios recorrentes de esforço ≥ 10 min para defecar antes da eliminação bem-sucedida ou não de fezes amolecidas. Conduta: orientar e NÃO usar laxantes/supositórios.
Sinais de Alarme (Constipação Orgânica)	Início no primeiro mês de vida, atraso na eliminação de mecônio (> 48h), vômitos biliosos, sangue nas fezes sem fissura, falência de crescimento e alterações lombossacrais.
Doença de Hirschsprung (Megacólon)	Ausência congênita de células ganglionares nos plexos mioentérico/submucoso. Clínico: Constipação grave neonatal com atraso na eliminação do mecônio. Toque retal revela ampola estreita e vazia, com saída explosiva de fezes/gases na retirada do dedo. Padrão-ouro: Biópsia retal. Tratamento: Cirúrgico.
Constipação Funcional - Conduta: Desimpactação Fecal	Etapa inicial mandatória se houver fecaloma. Primeira linha: PEG (Polietilenoglicol) 3350/4000 por via oral. Enema fosfatado é contraindicado < 2 anos (risco de hiperfosfatemia letal). Óleo mineral é proibido < 2 anos e neuropatas (risco de pneumonia lipoídica).
Constipação Funcional - Conduta: Manutenção	Primeira escolha: PEG . Segunda escolha: Lactulose (segura desde o nascimento, mas causa flatulência). Associar recondicionamento (sentar após refeições — reflexo gastrocólico).

INTRODUÇÃO

Contexto clínico

Você está no pronto-socorro de pediatria e atende a mãe do pequeno Pedrinho, de 5 anos. Ela chega desesperada, carregando uma sacola de cuecas borradas de fezes amolecidas, extremamente fétidas, e diz: “Doutor, meu filho, que normalmente é mais constipado, está com uma diarreia que não passa há semanas!”. Ao examinar o Pedrinho, você palpa uma massa endurecida e cilíndrica na fossa ilíaca esquerda e no hipocôndrio. O que está acontecendo aqui?

Esse é o cenário clássico da constipação intestinal funcional, uma condição extremamente comum que corresponde a cerca de 3% das consultas pediátricas gerais e até 25% dos encaminhamentos para serviços de gastroenterologia pediátrica. Embora seja frequentemente negligenciada pelos próprios familiares, a constipação funcional gera impacto na dinâmica familiar, na autoestima da criança e na sua qualidade de vida. Nosso papel como médicos é desmistificar esse processo, entender a fisiopatologia por trás do comportamento de retenção e resgatar a saúde intestinal desse paciente.

Por que esse tema cai tanto?

As bancas de residência médica adoram esse assunto porque ele exige do candidato o domínio completo de três eixos fundamentais na pediatria: o desenvolvimento funcional normal da criança, a diferenciação precisa entre distúrbios puramente funcionais e patologias orgânicas graves (como a Doença de Hirschsprung) e o manejo farmacológico correto, repleto de pegadinhas e contraindicações por faixa etária.

O que é constipação intestinal?

Na prática pediátrica, a constipação pode ser definida como **dificuldade para evacuar** ou **retenção anormal de fezes**. Clinicamente, manifesta-se pela eliminação de **fezes ressecadas, endurecidas ou volumosas**, geralmente associada a dor, esforço excessivo ou dificuldade para evacuar. Pode ainda ocorrer comportamento de retenção, adotado pela criança para evitar a evacuação, além de **redução da frequência evacuatória**, geralmente inferior a três evacuações por semana. Nos casos crônicos e mais graves, pode haver incontinência fecal involuntária secundária à impactação de fezes, com formação de fecaloma.

Classificação e conceitos fundamentais

Para fins didáticos e diagnósticos, podemos classificar a constipação intestinal sob duas vertentes principais: o **tempo de evolução** (aguda vs. crônica) e a **etiologia** (funcional/primária vs. orgânica/secundária). Vamos destrinchar cada um desses conceitos essenciais para sua prova:

1. Quanto ao Tempo de Evolução: Aguda vs. Crônica

- **Constipação Intestinal Aguda:** Surge de forma **abrupta, momentânea e bem perceptível**. O exemplo clássico que as bancas gostam de citar é o de uma criança que apresenta uma intercorrência clínica (como uma doença infecciosa febril). Durante a vigência desse quadro agudo, ocorre uma diminuição do apetite e da ingestão de alimentos e líquidos, o que reduz o volume do bolo fecal e resseca as fezes. Na imensa maioria das vezes, o padrão evacuatório normal se restabelece de forma espontânea assim que a doença de base é resolvida, sem necessidade de tratamentos de longo prazo. No entanto, fique atento: se não for manejada adequadamente, uma constipação aguda pode funcionar como gatilho e evoluir para um quadro de constipação funcional crônica.
- **Constipação Intestinal Crônica:** É aquela que **se instala de forma gradual e persistente**, geralmente com a presença de sintomas por um período superior a 30 dias (um mês). É essa forma de evolução crônica e progressiva que gera grande desconforto físico e emocional para a criança e sua família, constituindo o verdadeiro foco de cobrança nas provas de residência e das consultas de gastropediatria.

2. Quanto à Etiologia: Primária (Funcional) vs. Secundária (Orgânica)

- **Constipação Primária (ou Funcional):** É a forma mais frequente na infância, correspondendo a 90% a 95% de todos os casos. Ela é chamada de primária porque **não é causada por nenhuma alteração anatômica, doença de base ou lesão estrutural** do trato gastrointestinal. Trata-se do resultado da interação de fatores biopsicossociais, tendo como ponto central o comportamento de retenção voluntária das fezes (geralmente deflagrado por medo de sentir dor ao evacuar).
- **Constipação Secundária (ou Orgânica):** Corresponde a apenas 5% a 10% dos casos de constipação na infância. Ela é secundária porque é **causada diretamente por uma doença orgânica de base ou alteração estrutural identificável**. Entre as principais causas secundárias/orgânicas, destacam-se:
 - **Causas anatômicas/estruturais:** fissuras anais primárias, ânus ectópico anterior, estenose ou atresia anal.
 - **Causas neurogênicas:** Doença de Hirschsprung (megacólon congênito), mielomeningocele ou paralisia cerebral.
 - **Causas endócrino-metabólicas:** hipotireoidismo congênito ou adquirido, acidose tubular renal, hipercalcemia ou hipocalemia.
 - **Causas medicamentosas (induzidas por drogas):** uso de opiáceos (codeína), de sais de ferro, imipramina, fenitoína ou fenotiazinas.
 - **Causas imunológicas/sistêmicas:** Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) ou Doença Celíaca.

Sempre que estiver diante de um paciente pediátrico com constipação crônica, a primeira pergunta que você deve se fazer no consultório é se o quadro é primário (funcional) ou secundário (orgânico). Como veremos a seguir, a história clínica detalhada e a busca ativa pelos sinais de alarme são fundamentais para fazer essa diferenciação.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL — RECONHECIMENTO CLÍNICO

Pensa comigo: se a constipação funcional é responsável pela grande maioria dos casos de constipação, a sua prevalência é extremamente alta. A prevalência populacional é de aproximadamente 10% mundialmente, sendo que **uma grande parcela dos pacientes inicia os sintomas logo no primeiro ano de vida.**

Para compreender o quadro clínico, precisamos analisar a fisiopatologia. Tudo começa com **uma experiência de evacuação dolorosa** — seja por uma mudança na dieta (como a introdução de alimentos complementares ou leite de vaca), desfralde coercitivo ou início da escolinha.

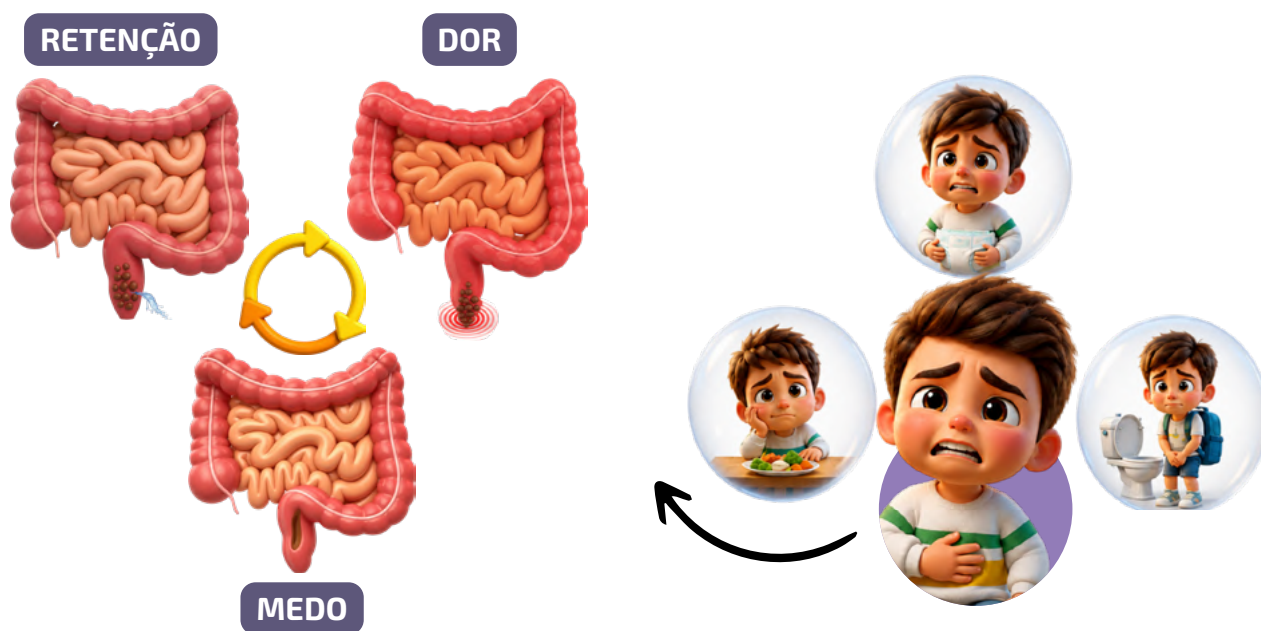
Ao sentir dor, a criança desenvolve **medo** de evacuar. Para evitar a dor, ela ativa voluntariamente o esfíncter anal externo e a musculatura glútea, contraindo as pernas e segurando as fezes — é o chamado **comportamento de retenção.**



ATENÇÃO NA PROVA

Os pais frequentemente confundem o comportamento de retenção com o esforço para defecar. Eles descrevem a criança ficando rígida, pálida, cruzando as pernas ou correndo para um canto da casa atrás do sofá. Na verdade, a criança está lutando com todas as forças para **não** deixar o cocô sair.

Com a retenção contínua, as fezes permanecem no reto, que continua a absorver água, tornando-as cada vez mais endurecidas, volumosas e ressecadas. Quando a evacuação finalmente ocorre, ela lesiona a mucosa anal, podendo gerar fissuras anais e sangue vivo na superfície das fezes. **A dor reforça o medo de evacuar**, fechando um ciclo vicioso terrível de dor e retenção.



Com o tempo, a presença crônica desse volumoso fecaloma dilata o reto, altera sua sensibilidade e reduz a percepção da necessidade de evacuar. Fezes mais recentes e líquidas vindas das porções proximais do cólon começam a vazar ao redor da massa endurecida, sujando a roupa íntima de forma involuntária. Esse fenômeno é chamado de **incontinência fecal por retenção (ou escape fecal / soiling)**.



ERRO COMUM

Confundir a perda involuntária de fezes líquidas com diarreia crônica ou infecção intestinal. Muitos médicos prescrevem antibióticos ou antiparasitários, o que agrava ainda mais o quadro. O diagnóstico correto é incontinência fecal retentiva secundária à impactação fecal.

Critérios de Roma V

Para padronizar o diagnóstico de forma estritamente clínica e evitar exames invasivos desnecessários, utilizamos os **Critérios de Roma V**. Diferentemente do Roma IV, o Roma V utiliza **um único conjunto de critérios para todas as idades pediátricas**, sem separar menores e maiores de 4 anos.

O diagnóstico deve incluir **pelo menos 2 dos 6 critérios abaixo, ocorrendo no último mês:**

- Em média, 2 ou menos evacuações por semana.
- Em média, pelo menos 1 episódio de incontinência fecal por semana (crianças que já adquiriram controle esfinteriano).

- História de postura retentiva, esforço para evacuar ou retenção inapropriada das fezes.
- História de evacuações dolorosas ou com fezes endurecidas — Bristol tipos 1 ou 2; em lactentes, Escala de Fezes de Bruxelas para Lactentes e Crianças Pequenas tipos 1, 2 ou 3.
- Presença de grande massa fecal no reto.
- História de fezes de grande diâmetro.

Além dos critérios acima, os sintomas não podem ser plenamente explicados por outra condição médica e a criança não deve preencher critérios para síndrome do intestino irritável (SII). A **síndrome do intestino irritável (SII)** é um distúrbio da interação intestino-cérebro caracterizado, em crianças a partir de 6 anos, por **dor abdominal recorrente como sintoma predominante**, presente em pelo menos **4 dias por mês, durante 2 meses**, associada a pelo menos um dos seguintes achados: relação com a evacuação, mudança na frequência das evacuações ou alteração na forma das fezes.



ESCALA DE BRISTOL

TIPO	EXEMPLO	DESCRIÇÃO
Tipo 1		Pedaços separados, duros como amendoim.
Tipo 2		Forma de salsicha, mas segmentada.
Tipo 3		Forma de salsicha, mas com fendas na superfície.
Tipo 4		Forma de salsicha ou cobra, lisa e mole.
Tipo 5		Pedaços moles, mas contornos nítidos.
Tipo 6		Pedaços aerados, contornos esgarçados.
Tipo 7		Aquosa, sem peças sólidas.



DICA PRÁTICA

No consultório pediátrico, a **Escala de Bristol** é uma ferramenta visual simples e útil para ajudar os pais a descreverem o formato e a consistência das fezes da criança. Os **Tipos 1**, com fezes em pequenos cíbalos endurecidos, e **2**, com fezes em formato de salsicha, porém endurecidas e segmentadas, são compatíveis com fezes ressecadas e podem reforçar a suspeita de retenção fecal ou constipação. A escala é um excelente recurso para complementar a anamnese, mas **não deve ser utilizada isoladamente para estabelecer o diagnóstico de constipação funcional**. Para isso, devemos considerar o conjunto de sinais e sintomas e aplicar os **Critérios de Roma**.

SINAIS DE ALARME: QUANDO SUSPEITAR DE CONSTIPAÇÃO ORGÂNICA.

Como vimos, para o paciente com constipação intestinal funcional sem sinais de alarme, **nenhum exame complementar é necessário**. O diagnóstico é puramente clínico.

Quando devo realizar uma investigação complementar? A investigação complementar está indicada em casos em que há suspeita de causas orgânicas, evidenciada pela presença dos seguintes **sinais de alarme**:

- Atraso na eliminação de mecônio superior a 48 horas de vida.
- Início da constipação no primeiro mês de vida.
- Vômitos biliosos, febre ou queda do estado geral.
- Déficit de crescimento pôndero-estatural (retardo de crescimento).
- Sangue nas fezes na ausência de fissuras anais.
- Distensão abdominal grave.
- Alterações anatômicas: ânus anteriorizado, fístula perianal, cicatrizes anais.
- Alterações neurológicas ou lombossacrais: tufo de pelos sacrais, fosseta sacral (*dimple*), assimetria de pregas glúteas, ausência do reflexo cremastérico.

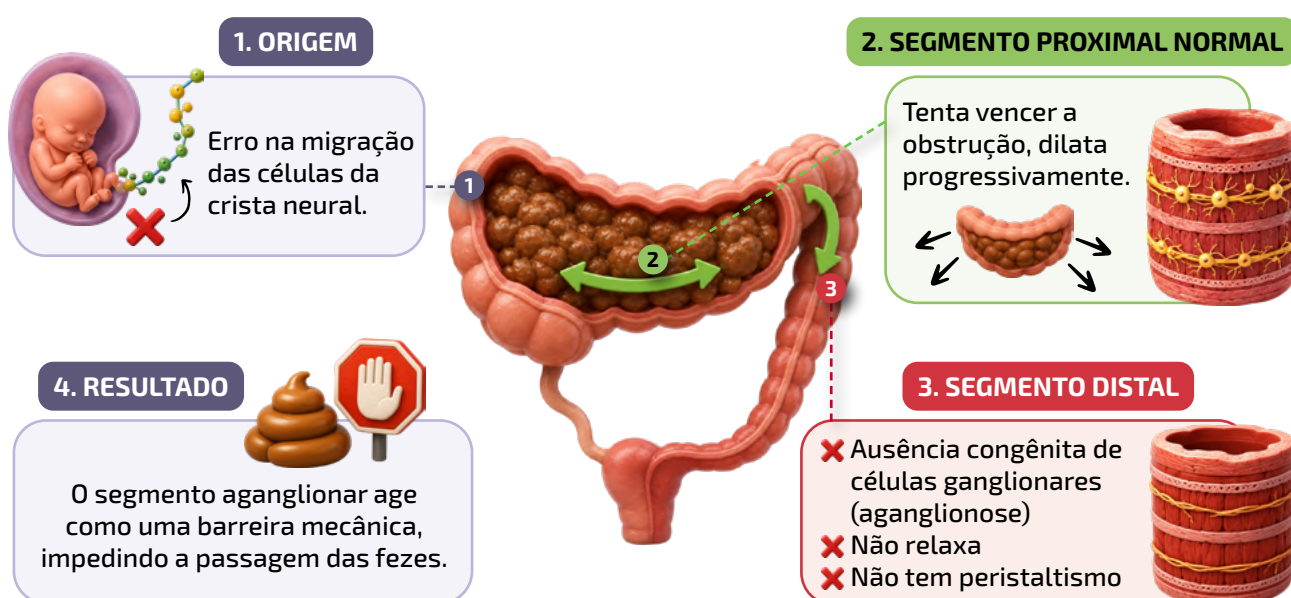
A escolha dos **exames complementares vai depender da causa que estamos suspeitando**. Ou seja, não existe uma bateria de exames que deve ser pedida para toda criança com constipação. Se houver sinais de alarme, a investigação deve ser direcionada pelos achados da história e do exame físico. Por exemplo, se houver suspeita de hipotireoidismo, investigamos a função tireoidiana; se pensarmos em doença celíaca, solicitamos exames específicos; e, diante da suspeita de doença de Hirschsprung ou alterações neurológicas, seguimos com exames direcionados para essas condições.



DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG

Dentre as causas orgânicas de constipação, uma que as bancas adoram é a **Doença de Hirschsprung** também conhecida como **Megacólon Congênito**. Ela ocorre devido a um erro na migração embriológica das células da crista neural, resultando na **ausência congênita de células ganglionares** (aganglionose) nos plexos mioentérico (Auerbach) e submucoso (Meissner) de um segmento do intestino grosso (geralmente distal, iniciando no reto e progredindo proximalmente).

Sem esses gânglios parassimpáticos, o segmento aganglionar é incapaz de relaxar fisiologicamente e não apresenta peristaltismo. Ele permanece cronicamente contraído, agindo como uma barreira mecânica que impede a progressão das fezes. O **segmento proximal normal a essa obstrução se dilata** progressivamente na tentativa de vencer a resistência, gerando o “megacólon”.



Sintomas da Doença de Hirschsprung

As manifestações clínicas da Doença de Hirschsprung iniciam-se tipicamente de forma precoce, **logo no período neonatal**.

Os principais sinais clínicos que devem levantar suspeita para **Doença de Hirschsprung** incluem:

- **Atraso na eliminação do mecônio:** especialmente quando superior a 48 horas após o nascimento. É um importante sinal de alarme, embora não seja específico da doença.
- **Obstrução intestinal neonatal:** associação de atraso na eliminação do mecônio, distensão abdominal progressiva e vômitos biliosos.
- **Constipação de início precoce:** principalmente quando presente desde as primeiras semanas de vida.

- **Baixo ganho ponderal:** pode ocorrer em decorrência da obstrução intestinal crônica e da dificuldade alimentar.
- **Eliminação explosiva de fezes e gases após o toque retal:** achado sugestivo no contexto clínico adequado.



PULO DO GATO

Ao realizar o toque retal no paciente com Hirschsprung você sente o canal anal estreito e a **ampola retal vazia** (pois as fezes estão retidas acima do segmento contraído). Ao retirar o dedo do exame, ocorre uma **eliminação explosiva de fezes líquidas e gases** acumulados sob pressão. Esse sinal clínico é extremamente cobrado em provas de residência!



ATENÇÃO NA PROVA

A complicação mais grave e temida da Doença de Hirschsprung é a **Enterocolite Associada ao Hirschsprung**. Ela decorre do supercrescimento bacteriano secundário à estase fecal grave, manifestando-se com febre, letargia, vômitos biliosos, distensão abdominal grave e diarreia explosiva com odor fétido. É uma emergência médica que exige descompressão retal imediata, hidratação venosa e antibioticoterapia sistêmica de largo espectro.

Investigação e tratamento da Doença de Hirschsprung

Na presença de sinais de alarme direcionados à Doença de Hirschsprung, os exames que auxiliam no diagnóstico são:

- Enema Opaco (ou Enema Contrastado sem preparo colônico prévio): É um ótimo exame de imagem inicial. Ele evidencia a desproporção de calibres e a clássica **imagem do cone de transição** entre a zona distal espástica (aganglionar) e a zona proximal dilatada (com plexos normais).



CONE DE TRANSIÇÃO

- Manometria Anorretal: Avalia a integridade do **reflexo inibitório retoanal (RIRA)**. Em crianças saudáveis, a distensão do reto com um balão induz o relaxamento reflexo do esfíncter anal interno. Na Doença de Hirschsprung, esse reflexo está **ausente** (o esfíncter não relaxa). A presença do RIRA torna o diagnóstico de Hirschsprung improvável.
- Biópsia Retal (por sucção ou cirúrgica): É o **padrão-ouro** para confirmação diagnóstica. O exame anatomopatológico do fragmento retal revela a **ausência completa de células ganglionares** nos plexos nervosos e a presença de fibras colinérgicas hipertróficas.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de Doença de Hirschsprung, o **tratamento definitivo é cirúrgico**. Diferentemente da constipação funcional simples, a aganglionose congênita é uma patologia obstrutiva estrutural que não responde ao tratamento clínico isolado com laxantes orais.

O tratamento cirúrgico consiste na **ressecção cirúrgica completa de todo o segmento intestinal aganglionar e não funcionante**. Após a remoção da porção doente estreitada, o cirurgião pediátrico realiza o **abaixamento do cólon proximal normoganglionar** (intestino sadio e adequadamente innervado) até o canal anal, realizando uma anastomose colorretal ou coloanal funcional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO LACTENTE — PSEUDOCONSTIPAÇÃO E DISQUESIA

No consultório pediátrico, especialmente antes do primeiro ano de vida, o médico deve estar apto a diferenciar a constipação funcional de duas condições que frequentemente geram confusão e tratamentos inadequados: a pseudoconstipação intestinal do lactente e a disquesia.

- **Pseudoconstipação Intestinal do Lactente:**

Ocorre tipicamente em lactentes jovens **em aleitamento materno exclusivo**. O leite materno é tão bem digerido e absorvido que gera pouquíssimo resíduo fecal. O lactente pode passar de 7 a 10 dias sem evacuar.

O grande segredo para o diagnóstico é que, ao evacuar, **as fezes são amolecidas/pastosas e eliminadas sem dor ou dificuldade**. O ganho de peso e o desenvolvimento são perfeitos.

- **Conduta:** Tranquilizar a família; não requer nenhuma intervenção terapêutica ou uso de laxantes/estimulantes.

- **Disquesia do Lactente:**

É um distúrbio funcional comum que ocorre em lactentes menores de 9 meses devido à imaturidade do trato gastrointestinal. A criança ainda não aprendeu a coordenar o aumento da pressão abdominal (prensa abdominal) com o relaxamento do assoalho pélvico e abertura do esfíncter anal.

Clinicamente, caracteriza-se por pelo menos 10 minutos de esforço intenso, choro, gritos e rosto vermelho, antes da eliminação bem-sucedida ou não de fezes amolecidas.

- **Conduta:** Orientar e acalmar a família. É contraindicado o uso de supositórios, estimulação retal ou laxantes, pois isso retarda o aprendizado do reflexo evacuatório natural.

CARACTERÍSTICA	PSEUDOCONSTIPAÇÃO INTESTINAL	DISQUESIA DO LACTENTE	CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL
Idade Típica	Lactente jovem, tipicamente em aleitamento materno exclusivo.	Lactentes menores de 9 meses de idade.	Qualquer idade (picos: introdução alimentar, desfralde e início escolar).
Fisiopatologia	Absorção quase completa do leite materno, gerando pouquíssimo resíduo fecal.	Incoordenação motora: o bebê faz força, mas não relaxa o assoalho pélvico.	Ciclo vicioso: dor ao evacuar/medo /retenção/fezes endurecidas
Consistência das Fezes	Amolecidas, pastosas ou semilíquidas.	Amolecidas, pastosas e normais para a idade.	Endurecidas, ressecadas, calibrosas ou em cíbalos.
Quadro Clínico	Até 7 a 10 dias sem evacuar, mas sem dor, sem distensão e crescendo perfeitamente.	Episódios de pelo menos 10 minutos de choro, gritos, esforço e rosto vermelho antes de evacuar.	Evacuações dolorosas e infrequentes, postura retentiva, massa palpável e escape fecal (<i>soiling</i>).



PULO DO GATO

O segredo para diferenciar a constipação funcional da disquesia ou da pseudoconstipação do lactente é a consistência das fezes. Na constipação funcional, o padrão é de fezes endurecidas, ressecadas, volumosas ou em formato de cíbalos. Já na pseudoconstipação intestinal (variação normal do bebê em aleitamento exclusivo que passa dias sem evacuar) e na disquesia (incoordenação motora benigna de lactentes menores de 9 meses), **as fezes eliminadas costumam ser amolecidas ou pastosas.**

Questão Estratégica — Diagnóstico de Constipação



QUESTÃO SES/PE - 2020

Leia os três casos clínicos abaixo:

Caso 1: Lactente de 2 meses, com genitora referindo dificuldade para evacuar, com frequência média a cada 3 a 5 dias. Está em aleitamento materno exclusivo sob livre demanda. Sem história de vômitos ou dor abdominal. Quando evacua, as fezes têm aspecto pastoso. Ganho pôn timero-estatural adequado e, ao exame, não foi observada dor ou distensão abdominal. Toque retal com fezes de consistência normal na ampola.

Caso 2: Criança de 1 ano, com queixa de distensão abdominal e dificuldade para evacuar desde o nascimento. Genitora refere que é comum o menor apresentar quadro de inapetência e vômitos. Nos antecedentes, mãe refere atraso na eliminação do mecônio. Apresenta ganho pôn timero-estatural inadequado para a faixa etária. Ao exame, observa-se abdome distendido com eliminação de fezes explosivas ao toque retal.

Caso 3: Paciente de 5 anos com história de dificuldade para evacuar há 6 meses. Genitora refere que o paciente evacua, em média, 1 vez por semana, apresenta comportamento retentivo, muitas vezes referindo “medo de fazer cocô porque sente dor”. Quando evacua, as fezes são bastante volumosas e chegam a entupir o vaso sanitário. Apresenta ganho pôn timero-estatural adequado. Ao exame, apresenta fezes endurecidas ao toque retal.

Sobre esses casos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os casos 1 e 3 necessitam de tratamento medicamentoso, e o 2, provavelmente, necessitará de intervenção cirúrgica
- B) O caso 1 descreve uma situação fisiológica. Os casos 2 e 3 descrevem quadros de constipação funcional, sem sinais de alarme.
- C) O caso 1 evidencia uma situação fisiológica. O caso 2 mostra uma constipação de etiologia orgânica. O caso 3, provavelmente, se trata de uma constipação crônica funcional.
- D) O caso 1 é um quadro fisiológico. O caso 2, provavelmente, se refere a um paciente com constipação funcional. O caso 3 evidencia um paciente com constipação de provável etiologia orgânica.
- E) Os casos 1, 2 e 3 necessitam de tratamento medicamentoso.

Comentário:

Esta questão é perfeita porque consolida todos os conceitos de diferenciação que discutimos. No **Caso 1**, o lactente de 2 meses em aleitamento materno exclusivo que passa dias sem defecar, mas elimina fezes pastosas normais e tem excelente cres-

cimento, apresenta o quadro fisiológico de **pseudoconstipação intestinal**. No **Caso 2**, temos múltiplos sinais de alarme claros: constipação desde o nascimento, atraso meconial, vômitos, distensão e baixo ganho de peso, culminando com o toque retal com fezes explosivas. Trata-se de uma constipação orgânica congênita, a clássica **Doença de Hirschsprung**. No **Caso 3**, o pré-escolar de 5 anos apresenta um quadro típico de **constipação funcional crônica**: comportamento de retenção por medo da dor, fezes calibrosas que entopem o vaso, com excelente crescimento pômbero-estatural e sem sinais de alarme.

Gabarito: Letra C



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Este exercício demonstra a importância de buscar ativamente a presença ou ausência de sinais de alarme (como atraso na eliminação de mecônio e ganho de peso insuficiente) e analisar a consistência das fezes para realizar o diagnóstico sindrômico preciso.

TRATAMENTO DA CONSTIPAÇÃO

Agora vamos voltar ao Pedrinho, o paciente que conhecemos no início da nossa apostila. Já sabemos que estamos diante de um quadro de constipação intestinal funcional. Mas, na prática, como vamos conduzir esse caso? O tratamento envolve duas etapas fundamentais: primeiro, a **desimpactação fecal**, quando necessária, e depois a **terapia de manutenção**, para prevenir novos episódios e restabelecer um hábito intestinal adequado.

Tratamento da crise aguda (Desimpactação)

Pensa comigo: se o paciente, como o Pedrinho, apresenta impactação fecal ou fecaloma (confirmado pela palpação de massa dura abdominal ou grande quantidade de fezes endurecidas ao toque retal), a primeira e mais importante etapa do tratamento é a **desimpactação plena**.

Tentar iniciar um tratamento de manutenção ou condicionamento de hábito com a ampola retal cheia de fezes petrificadas é a receita certa para o fracasso terapêutico e para piorar a dor da criança. A desimpactação leva, em geral, de 3 a 5 dias para ser concluída com sucesso.



A desimpactação fecal pode ser realizada por via oral ou retal. A escolha deve considerar idade, tolerância da criança, disponibilidade dos medicamentos, gravidade do quadro e preferência da família.

- **Via oral com polietilenoglicol:**

O polietilenoglicol, PEG 3350 ou PEG 4000, é uma das principais opções para desimpactação fecal e costuma ser preferido na prática por ser menos invasivo e mais confortável para a criança quando comparado à administração retal.

O PEG é um laxativo osmótico minimamente absorvido pelo trato gastrointestinal. Ele retém água na luz intestinal, aumentando a hidratação e o volume das fezes e favorecendo o amolecimento e a eliminação do fecaloma.

- Dose para desimpactação: 1,0 a 1,5 g/kg/dia por via oral, em uma ou mais tomadas, por até 6 dias.

- **Via retal:**

Os enemas também podem ser utilizados para desimpactação fecal, especialmente quando a administração oral não é possível, não é tolerada ou apresenta resposta insuficiente. Apesar de eficazes, podem causar maior desconforto e ser mais difíceis de administrar em crianças. Como opções podemos citar o **Enema de solução salina (NaCl 0,9%)** e o **Enema de fosfato de sódio**.



ATENÇÃO NA PROVA

O enema de fosfato de sódio **deve ser evitado em crianças menores de 2 anos** e utilizado com extrema cautela em situações que aumentem o risco de retenção ou redução da eliminação do fosfato, como insuficiência renal, desidratação importante e distúrbios da motilidade intestinal. O fosfato administrado por via retal pode ser absorvido sistemicamente. Em situações de absorção excessiva ou eliminação inadequada, pode ocorrer **hiperfosfatemia grave associada à hipocalcemia**, além de outros distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos.



ERRO COMUM

É inadequado utilizar óleo mineral por via oral em crianças pequenas, especialmente em menores de 2 anos, conforme orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria, e em pacientes com distúrbios da deglutição ou outras condições que aumentem o risco de aspiração, como algumas crianças com comprometimento neurológico. O óleo mineral pode ser aspirado para as vias respiratórias, inclusive de forma silenciosa, com deposição de lipídios nos alvéolos e consequente desenvolvimento de pneumonia lipoídica exógena, uma complicação potencialmente grave.

REGIMES DE DOSES UTILIZADOS PARA DESIMPACTAÇÃO FECAL

TRATAMENTO	DOSE DESCRITA NA DIRETRIZ	OBSERVAÇÃO
PEG 3350/4000	1 a 1,5 g/kg/dia, por até 6 dias	Ótima escolha para desimpactação
Fosfato de sódio, 2 a 4 anos	29 mL	Não utilizar abaixo de 2 anos
Fosfato de sódio, 5 a 11 anos	59 mL	Atenção às contraindicações e à formulação disponível
Fosfato de sódio, 12 a 18 anos	118 mL	Atenção às contraindicações e à formulação disponível
NaCl, neonato < 1 kg	5 mL	Seguir protocolo institucional
NaCl, neonato > 1 kg	10 mL	Seguir protocolo institucional
NaCl, > 1 ano	6 mL/kg	1 ou 2 administrações ao dia

Atenção: as doses acima correspondem a regimes usuais descritos pela ESPGHAN/NASPGHAN 2026 e têm finalidade educacional. A prescrição deve considerar a apresentação e a concentração do produto disponível, além das recomendações regulatórias nacionais e dos protocolos institucionais.

Tratamento de manutenção e Recondicionamento de hábito

Uma vez que o cólon do Pedrinho esteja completamente limpo e livre de fecalomas, iniciamos imediatamente a **fase de manutenção**. O objetivo aqui é garantir que a criança defeque fezes perfeitamente pastosas, sem qualquer dor ou esforço, todos os dias ou em dias alternados. Isso restabelece a sensibilidade retal normal e previne a reimpactação fecal.

A fase de manutenção deve ser mantida por um período longo — no mínimo 2 meses — e todos os sintomas de constipação devem estar totalmente controlados por pelo menos um mês antes de pensarmos em realizar a redução gradual da medicação.

O pilar do tratamento de manutenção envolve uma abordagem terapêutica multimodal:

- **Tratamento Medicamentoso de Manutenção:**

- **Polietilenoglicol (PEG) 3350/4000:** É considerado o laxante osmótico de **primeira escolha** pela SBP e diretrizes internacionais. **Dosagem de Manutenção: 0,4 a 0,8 g/kg/dia por via oral**, ajustando a dose de acordo com a resposta clínica e a consistência das fezes.
- **Lactulose:** É uma opção de tratamento caso o PEG não esteja disponível, não seja tolerado ou apresente custo impeditivo. Por se tratar de um açúcar sintético não absorvível, ele é fermentado pela microbiota colônica, o que frequentemente causa flatulência, distensão abdominal e cólicas.

- **Recondicionamento do Hábito Intestinal (Treinamento de Toalete):**

É um pilar comportamental. Devemos orientar os pais a instituírem uma rotina de levar a criança para **sentar-se no vaso sanitário por 5 a 10 minutos regularmente após as grandes refeições** (café da manhã, almoço e jantar). Essa prática aproveitou o **reflexo gastrocólico** (o estímulo de enchimento gástrico que induz contrações propulsivas no cólon).

É fundamental utilizar um redutor de assento sanitário e um **suporte/apoio para os pés**. Sem apoiar os pés, a criança é incapaz de relaxar a musculatura pélvica de forma correta e exercer a prensa abdominal.

- **Adequação Dietética e Ingestão de Líquidos:**

A dieta deve conter uma ingestão de fibras e líquidos adequada para a idade da criança, estimulando o consumo de frutas com casca e bagaço, verduras e cereais integrais. Estimule a ingestão hídrica, pois a hipohidratação voluntária é altamente prevalente e agrava o ressecamento das fezes.



DICA PRÁTICA

Não há evidência científica que justifique a suplementação de fibras adicionais na dieta além das porções diárias recomendadas para a idade.

- **O que a banca mais cobra em conduta:**

As bancas de residência são obceçadas em testar se você sabe a **ordem cronológica correta** do tratamento e as proibições medicamentosas:

- **Sempre desimpactar antes de iniciar manutenção!** Iniciar laxante em dose de manutenção sem remover o fecaloma antes está incorreto e cai constantemente nas alternativas falsas das provas.
- **PEG é a droga de escolha** para desimpactação e manutenção. Lactulose é alternativa. O óleo mineral é estritamente proibido em lactentes.
- **Investigação com enema opaco ou biópsia** só está indicada se houver sinais de alarme.

Manejo da Constipação Refratária

A constipação refratária (ou intratável) é definida como aquela que não apresenta resposta satisfatória a uma terapia ideal com doses máximas toleradas de pelo menos **dois laxantes de classes diferentes, por pelo menos 3 meses, com excelente adesão**, conduzida em um serviço especializado secundário ou terciário.

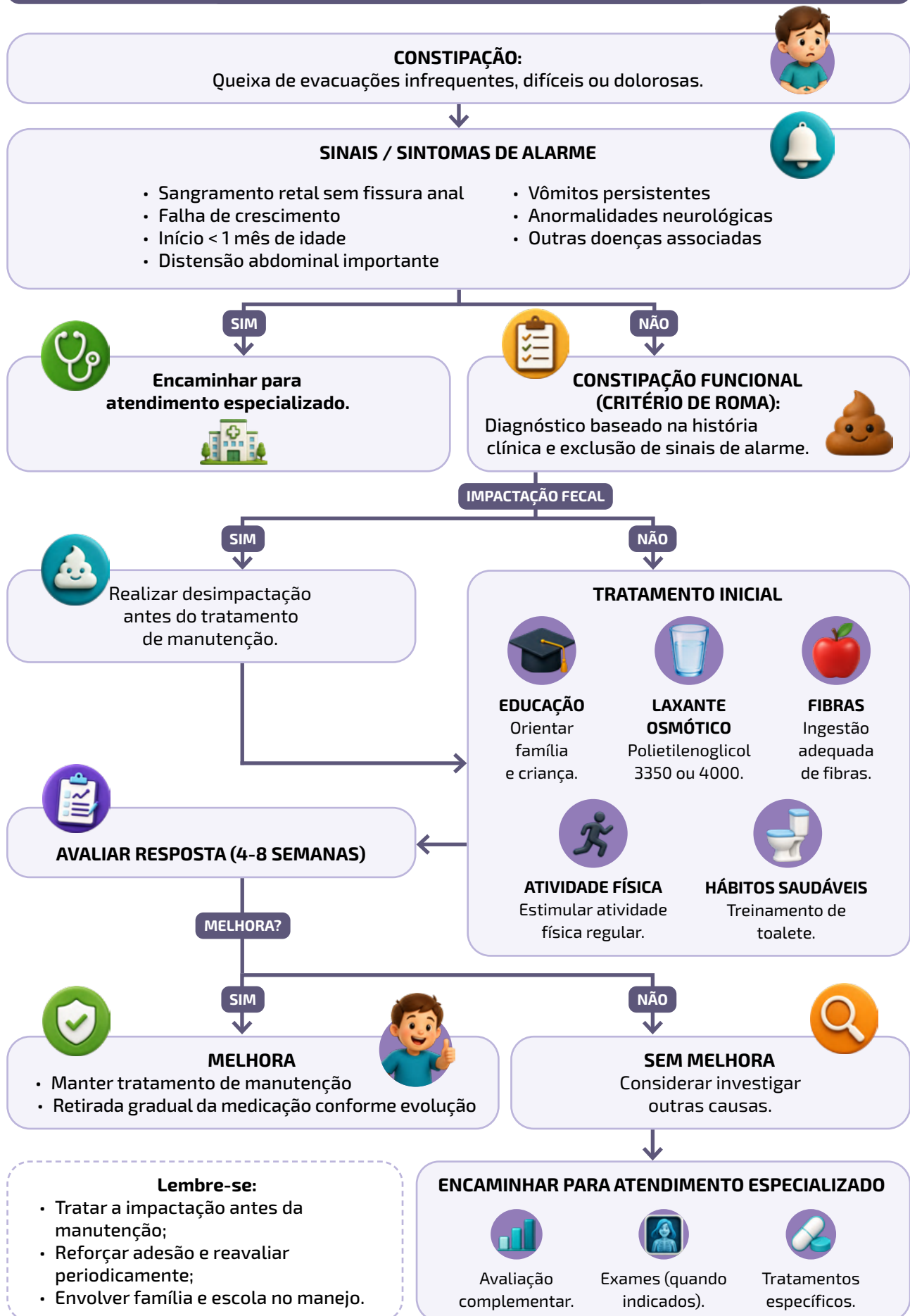
Se o Pedrinho não melhora mesmo usando o PEG, o primeiro passo indispensável **não é pedir exames invasivos, mas sim avaliar a adesão ao tratamento e se as doses estão corretas**. A maior causa de falsa refratariedade na prática médica é a prescrição de doses insuficientes do laxante ou o uso intermitente ("dar o laxante apenas se ficar 3 dias sem evacuar").

Após confirmar boa adesão e otimização da dose do laxante osmótico, as diretrizes ESPGHAN/NASPGHAN 2026 sugerem, nos casos persistentes, associar **laxantes estimulantes** ou utilizá-los como resgate, considerar **exclusão da proteína do leite de vaca por 2 a 4 semanas** quando houver suspeita clínica e, em situações selecionadas, utilizar **probióticos ou simbióticos específicos**. Nos casos refratários, podem ser consideradas **fisioterapia do assoalho pélvico**, técnicas de neuromodulação e, em situações graves, intervenções como **toxina botulínica** ou procedimentos cirúrgicos, sempre em acompanhamento especializado.

Manejo da constipação – fluxograma

O fluxograma abaixo, retirado do documento de 2024 da Sociedade Brasileira de Pediatria, é aquele tipo de resumo que vale a pena guardar. Ele organiza de forma bem prática o manejo da constipação intestinal e pode ajudar tanto na hora da prova quanto no atendimento do dia a dia.

MANEJO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL



Questão Estratégica — Conduta na Constipação



QUESTÃO UNIFESP - 2022

Menino, 8 anos de idade, com história de perder fezes nas roupas há 1 ano. Evacua 2 vezes na semana, fezes que entopem o vaso sanitário. Ao exame físico, apresenta-se eutrófico, presença de massa abdominal palpável em hipogástrio e toque retal com grande quantidade de fezes endurecidas na ampola retal que se encontra ampla. A conduta inicial considerando o diagnóstico clínico é:

- A) Prescrever desimpactação, considerando o diagnóstico de impactação fecal secundária à constipação intestinal funcional.
- B) Prescrever laxativo oral em dose de manutenção, considerando o diagnóstico de constipação intestinal funcional.
- C) Solicitar ultrassonografia abdominal, considerando que a impactação fecal indica constipação intestinal orgânica.
- D) Encaminhar para cirurgião pediátrico, considerando a gravidade do caso e provável diagnóstico de doença de Hirschsprung.

Comentário:

O caso clínico expõe perfeitamente o nosso Pedrinho da vida real: 8 anos, escape fecal involuntário há 1 ano (incontinência retentiva), evacuando 2 vezes por semana com fezes calibrosas e volumosas. Ao exame físico, apresenta a massa palpável no hipocôndrio/hipogástrio e o toque retal confirma a **ampola retal ampla e cheia de fezes endurecidas** (fecaloma). Como há impactação fecal identificada clinicamente, a nossa **conduta imediata e obrigatória deve ser a desimpactação** colônica (limpeza do cólon), e não a manutenção direta. Não há nenhum sinal de alarme neonatal ou neurológico que sugira etiologia orgânica ou necessidade de encaminhamento cirúrgico imediato para Doença de Hirschsprung (na qual a ampola retal estaria vazia, e não repleta de fezes).

Gabarito: Letra A



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Esta questão clássica da UNIFESP ilustra a importância clínica de examinar o abdômen e realizar o toque retal para identificar o fecaloma, direcionando a conduta inicial para a desimpactação.

REVISÃO FINAL

Para consolidar seu aprendizado, pense comigo nesta regra de raciocínio clínico direto para sua prova de residência e para a vida prática:

- Se **Lactente novinho em aleitamento materno exclusivo** que passa 5 a 7 dias sem evacuar, mas elimina fezes amolecidas/pastosas, sem dor e cresce bem >>> Pense em **Pseudoconstipação Intestinal Fisiológica**. Conduta: Apenas tranquilizar e acolher a família.
- Se **Lactente menor de 9 meses** que apresenta choro persistente e esforço por 10 a 15 minutos antes de conseguir evacuar, mas elimina fezes totalmente pastosas >>> Pense em **Disquesia do Lactente**. Conduta: Explicar a fisiologia à família e evitar o uso de supositórios/estimulação retal.
- Se **Lactente com história de atraso na eliminação de mecônio (> 48 horas)**, constipação iniciada no primeiro mês de vida, barriga muito distendida, vômitos esverdeados, déficit de crescimento e toque retal com ampola vazia e fezes explosivas >>> Pense em **Doença de Hirschsprung (Megacólon Congênito)**. Conduta: Solicitar Enema Opaco inicial, confirmar com Biópsia Retal e encaminhar para Cirurgia Pediátrica.
- Se **Criança maior com evacuações espaçadas**, fezes calibrosas, medo/choro ao evacuar, postura retentiva típica, manchas de fezes amolecidas na roupa íntima (*soiling*), com crescimento normal e sem sinais de alarme >>> Pense em **Constipação Intestinal Funcional**. Conduta: Realizar desimpactação com PEG em dose cheia (1,0 a 1,5 g/kg/dia) e iniciar manutenção prolongada com PEG em dose menor, associando condicionamento de hábito e ajustes dietéticos.

Resumo em 1 minuto

- **Constipação Funcional:** É a causa mais frequente de constipação pediátrica. É um diagnóstico clínico baseado nos **Critérios de Roma V**.
- **Fisiopatologia:** O medo da dor gerado por uma evacuação difícil induz o comportamento voluntário de retenção. O reto se dilata, perde sensibilidade e gera incontinência fecal por transbordamento (*soiling*).
- **Desimpactação:** Obrigatória se houver fecaloma. Primeira escolha: PEG oral (1,0 a 1,5 g/kg/dia por 3 a 6 dias). Enema de fosfato de sódio é proibido em menores de 2 anos pelo risco de hiperfosfatemia fatal. Óleo mineral é proibido em menores de 2 anos.
- **Manutenção:** PEG oral (0,4 a 0,8 g/kg/dia) por no mínimo 2 meses. Alternativa: Lactulose (segura desde recém-nascido, mas gera flatulência e cólica).
- **Doença de Hirschsprung:** Patologia obstrutiva congênita por aganglionose intestinal distal. Sinais de alarme: eliminação de mecônio após 48h de vida, vômitos e distensão abdominal precoce. Toque retal com ampola vazia e saída explosiva de gases/fezes. Diagnóstico definitivo por biópsia retal.

Agora que você viveu a metodologia **MED-Review...**

O Extensive **MED-REVIEW** está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em **TODA** a Medicina?

No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples.
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa.
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende.
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova.
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade.

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a **MED-REVIEW** aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



@GrupoMEDReview



@GrupoMED-Review



@GrupoMEDReview



MED-REVIEW

