

Constipação Intestinal

ESTUDO CLINICO — RADIOLOGICO

DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO

Livre docente de Radiologia e Assistente Extranumerário de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

S U M A R I O

GENERALIDADES: —

Conceito de constipação
Constipação sintomática e essencial
Carateres da função cólica normal

MÉTODOS DE PESQUISA: —

Substancias corantes
Refeição opaca
Enema opaco

TIPOS DE CONSTIPAÇÃO ESSENCIAL: —

Tipo cólico total
Tipo ceco-ascendente
Tipo sigmoideu
Tipo retal — Disquesia

DISQUESIA E ACALASIA

NOTA:

Este trabalho constitue um dos capitulos do livro "Radiologia Clinica do Aparelho Digestivo" que o autor tem em preparo.

Generalidades

A constipação intestinal — impressão subjetiva de retardo ou insuficiência da evacuação cólica — é pela, sua extraordinária frequência e principalmente pelo estado de verdadeira obsessão que acarreta para a maioria dos pacientes que dela se queixam, uma das mais importantes manifestações mórbidas do aparelho digestivo.

Constitue um dos sintomas secundários mais frequentemente encontrados nas moléstias não só dos colons, como também dos diversos órgãos digestivos e mesmo dos outros setores do organismo.

A complexidade neuro-muscular do trânsito cólico e sobretudo do mecanismo da evacuação na vida civilizada, fazem com que, facilmente, por causas próximas ou afastadas, de ordem local ou geral, seja profundamente perturbada a evacuação normal dos colons.

A constipação intestinal, em grau variável, que pôde oscilar de uma simples sensação de evacuação insuficiente, até a obstrução intestinal completa, com cólicas intensas, distensão e estado abdominal agudo, é frequentemente apenas um dos sintomas de uma afecção orgânica dos colons, facilmente identificada pela história clínica, pelos exames de laboratório, ou mesmo através do exame radiológico.

Processos dolorosos, inflamatórios ou tumorais de órgãos vizinhos, por ação direta, compressiva ou por ação reflexa, espástica podem desencadear a mesma dificuldade de trânsito.

Lesões a distância, por perturbações do quimismo gastro-enterico, por espasmos reflexos, por obstáculos a montante, podem ainda refletir-se do mesmo modo no trânsito intestinal.

Quadros dolorosos agudos, extra-digestivos, como por ex. a cólica nefrética, podem perturbar de tal modo a motilidade cólica que o resultado é uma obstipação secundária.

Além disso, moléstias orgânicas da coluna dorso-lombar e moléstias do sistema nervoso, repercutem de maneira idêntica sobre a motilidade cólica.

Existe todavia, um número imenso de casos em que a constipação de ventre constitue o sintoma primordial e resume em si quasi tôda a moléstia e nos quais os outros sintomas locais ou gerais que a acompanham são atribuídos pelos pacientes, com maior ou menor razão, á deficiência da exoneração intestinal.

Em tais casos, nos quais a afecção parece encontrar sua causa em um distúrbio primitivo da movimentação cólica, trata-se de "constipação essencial", cujo mecanismo, ou melhor, cujos prováveis múltiplos mecanismos, não são ainda suficientemente conhecidos.

E' de tal modo extensa a esfera de ação do exame radiológico no estudo da constipação intestinal, sintomática ou primitiva, que á luz da radiologia podemos esquematizar do seguinte modo a sua patologia.

		(malformações
		(dolicoceon
	(Molestias orgánicas	(colite crónica
	(dos colons	(tumores
	(	( divertículos
	(	( torsões, acotovelamentos,
	(	( invaginações crónicas,
	(	( bridadas, compressões
	(	( extrínsecas
	(Sintomática	
	(Molestias dos órgãos	(afecções peritoneais
	(vizinhos	(apendicite
	(	( colecistopatias
	(	( afecções dolorosas
	(	( dos órgãos genito-
	(	( urinários,
	((
Constipação	(	( úlceras gastro-duo-
	(	( denais
	(	( fissuras, fistulas, etc.
	((
	(	( traumatismos e lesões
	(Molestias nervosas	(vertebrais ou
	(	( medulares.
	((
	(Molestias gerais	(molestias caqueti-
	(	( zantes.
	(	( senilidade obesidade
	(	( molestias infecciosas
	(	( agudas
	(
	(Essencial	(Hipomotilidade cólica geral
	((
	(	( Constipação ceco-ascendente
	((
	(	( Constipação esquerda
	((
	(	( Constipação retal — Disquesia.
	((

Essa esquematização tem intuito principalmente didático, pois nem sempre é fácil distinguir clinicamente entre um e outro tipo, quando a constipação se apresenta como sintoma dominante.

Nesse particular, o exame radiológico trás uma contribuição inestimável, pois permite o diagnóstico de certeza absoluta em um número considerável de afecções em cujo cortejo sintomático pode figurar a constipação de ventre.

As malformações e dilatações cólicas, a acalasia, os tumores e divertículos, as torsões, acotovelamentos, invaginações e compressões extrínsecas, as úlceras gástricas e duodenais, as litíases biliares e urinárias, assim como as lesões da coluna vertebral, podem ser rápidas e seguramente postas a claro pela pesquisa radiológica, como já vimos nesses diversos capítulos, anteriormente trata-

dos. As lesões nervosas e as moléstias gerais entre cujos sintomas se inscreve a constipação, e que atuam por via nervosa, acarretando distúrbios da motilidade cólica sem sinais de comprometimento orgânico parietal, devem ser distinguidos pelo exame clínico e neurológico metuculoso.

Só se podem inscrever como "essenciais" aqueles casos de constipação crônica para os quais não se encontram, pelos exames clínicos, radiológicos e bacteriológicos, causas que os expliquem.

Na realidade esta é uma rubrica provisoria e incerta, pois muitos casos tidos como essenciais talvez se possam colocar entre as manifestações frustas da acalasia ou como resultado de processos inflamatórios espásticos, pouco pronunciados.

Existe todavia um quadro clínico mais ou menos bem definido, constituído por uma prisão de ventre rebelde e por vezes progressiva, como sintoma capital, para o qual não se encontram causas bastantes. Ao lado desse sintoma cardial agrupam-se manifestações patológicas menores: cefaléa, inapetência, tonturas, flatulência, dolorimento abdominal, dores lombares, azia, etc. que desaparecem pela administração de laxantes e que, por isso são considerados pelos pacientes como manifestações decorrentes da estase intestinal. Outras vezes, embora a disfunção não acarrete grandes distúrbios, o doente preocupado constantemente com a irregularidade das evacuações é preso de uma verdadeira obsessão intestinal que o atormenta constantemente, constituindo uma psicose secundária, cuja causa intestinal é por vezes mais ilusoria que real.

De fato, se tentarmos definir a prisão de ventre em termos exatos, encontraremos dificuldade consideravel.

Em primeiro lugar, os doentes, em nosso meio frequentemente mencionam a "prisão de ventre", como uma sensação incômoda de distensão abdominal atribuída á flatulência e que por similitude de pronúncia confundem com "prisão de vento", tanto assim que convenientemente interrogados relatam evacuações diárias.

Em segundo lugar, queixam-se de prisão de ventre não só indivíduos que passam 2, 3 e mais dias sem evacuar, como aqueles que evacuem diariamente de maneira insuficiente ou que eliminam feses de consistência aumentada e de expulsão difícil.

Ora, antes de prosseguir na análise desse problema é necessário lembrar que os limites do normal variam extremamente para cada indivíduo e para cada coletividade. Existem casos de 2 e mesmo de 3 evacuações diárias em condições normais, como existem outros de uma dejeção cada 2 ou 3 dias, com saúde perfeita. De regra porém, a maioria dos indivíduos são, evacua uma vez ao dia e geralmente após a refeição da manhã.

Cada indivíduo pode, de acôrdo com a alimentação, os hábitos de vida e a estrutura do seu tubo digestivo ter um ritmo normal que lhe é próprio e ao qual deve obedecer. O que acontece frequentemente é que, não se conformando com o ritmo da própria

exoneração que, para o seu caso se processa normalmente de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias e atribuindo a êsse ritmo lento uma série de pequenos males que a êle se associam, o paciente passa a forçar a evacuação diária, irritando continuamente o intestino com purgativos e lavagens. Ora, para que exista o estímulo fisiológico á evacuação é necessaria uma certa distensão do colon terminal por residuos alimentares.

E' forçoso, portanto, que depois de um purgativo decorram pelo menos 48 horas para que uma evacuação normal se processe. Sem paciência para esperar tal estímulo, o pretense constipado ingere continuamente excitantes que só conseguem agravar o estado inicial, formando um circulo vicioso em que a irritação constante agrava a morosidade constitucional do colon.

MÉTODOS DE PESQUISA

As provas funcionais, feitas com o fim de determinar precisamente os limites do trânsito cólico normal, demonstram que esses limites são excessivamente variáveis, tanto para o início como para o término da eliminação da substância inerte empregada na prova.

A ingestão de glóbulos coloridos, sem ação estimulante sobre o aparelho digestivo, assim como a administração de carmin, demonstra que a eliminação, iniciada depois de 24 ou 48 horas póde se prolongar por 3 ou 4 dias, em condições normais. São muito amplos, portanto os limites fisiológicos dessas oscilações.

O exame radiológico das funções motoras dos colons é feito por intermédio de uma refeição opaca de cêrca de 150 cm³. ingerida pela manhã, na vigência de um regimen alimentar normal, isento de todo estimulante artificial. Como já vimos no estudo do trânsito, podemos ter como "dados medio normais", que o ceco é atingido no decurso da 4.^a hora e que de regra depois de 8 horas, todo o contraste já deixou as alças delgadas; o ângulo hepático é atingido na 6.^a hora; o esplênico na 9.^a e o início da alça sigmoide na 11.^a ou 12.^a. Quando, geralmente, depois de 20 horas o conteúdo intestinal é lançado no réto, aparece o estímulo normal á evacuação, ao mesmo tempo que se inicia o esvaziamento do ceco-ascendente. Ora, existem casos nos quais esses tempos são mais dilatados e o contraste se demora anormalmente no colon direito ou no réto, antes da evacuação.

Surpreende frequentemente verificar que em indivíduos que se queixam de obstipação rebelde, o réto é atingido em tempo normal pela refeição opaca. Existe provavelmente em tais casos não só uma ação estimulante da pesada massa de bario como também uma excitação psíquica em virtude da emoção do exame. Além disso, como veremos, em muitos casos a séde do disturbio está exatamente na porção terminal dos colons.

Por esse motivo o exame radiológico deve ser feito de maneira cuidadosa e completa segundo o esquema que apresentamos.

1.º — Deixar o paciente em regimen de vida e alimentação normais, durante os 2 ou 3 dias que precederem ao exame.

Proibir toda espécie de medicação sedativa ou estimulante. Explicar que o exame é simples, não irritante e que não requer qualquer pesquisa vexatória ou dolorosa. Explicar ainda que a prisão de ventre é afecção comum, sem importância maior, e o mais das vezes derivada de hábitos errôneos de alimentação e higiene.

2.º — Na manhã do exame administrar uma suspensão de 150 grs. de sulfato de bário em 150 de água, em jejum.

3.º — Observar o trânsito do delgado em radioscopias intervaladas para verificar o momento em que é atingido o ceco.

4.º — Permitir alimentação e hábitos de vida normais a partir da 2.ª hora da administração do contraste.

5. — Continuar o exame periodicamente, em radiografias *de conjunto*, dos colons, para assinalar o momento em que são atingidos os ângulos cólicos, o início da alça sigmoide, o ângulo réto-sigmoide e o canal anal. Assinalar o aparecimento da primeira evacuação do contraste.

6.º — Prosseguir a observação para constatar o esvaziamento do ceco-ascendente, da alça sigmoide e do réto.

Só o exame assim minucioso permite juízo objetivo sobre os distúrbios de que decorre a constipação.

Em nosso meio, tal como acontece para o delgado, não foram feitos ainda estudos pormenorizados e bem dirigidos, que permitam conclusões seguras quanto aos dados normais.

De modo geral podemos dizer que a eliminação do contraste se inicia de regra em 24 horas. Nos casos de trânsito rápido por enterocolite observa-se a eliminação retal em algumas horas apenas.

Nos casos de prisão de ventre, essa eliminação frequentemente só se realiza depois de 48 horas.

Importa frizar que, em condições normais, o enchimento do réto desperta logo o estímulo á evacuação e que, além disso é tido como normal, quasi unanimemente aceito, que a alça sigmoide é atingida em 11 a 12 horas. Com esses dados e os já mencionados, conseguiremos um juízo aproximado sobre a natureza, a séde e a intensidade da disfunção intestinal.

Segundo a predominância da estase, do contraste e da atividade da função motora intestinal podemos dividir a constipação segundo os tipos principais:

a) tipo cólico total — b) tipo ceco-ascendente — c) tipo sigmoideu — tipo proctogeno ou retal.

No tipo cólico total observa-se um retardo geral do trânsito por todos os segmentos cólicos. É o tipo que se encontra de regra nos casos em que o exame demonstra a existência de um dôlico-colon com bôa tolerância ao enema.

Nos casos de constipação do tipo ceco-ascendente, observa-se estase prolongada do ceco e de todo o colon ascendente que, se

apresentam anormalmente distendidos, dolorosos á pressão, longos, atingindo frequentemente a pequena bacia. A esse grupo pertencem o ceco pélvico e o ceco hipermoveel, já estudados no capítulo das anomalias cólicas.

O ceco-ascendente permanece cheio 24, 36 e 48 horas, em tais casos. Do mesmo modo a constipação sigmoide coincide com o sigma longo, embora não do tipo mega-sigma e em tais casos verifica-se que o trânsito intestinal, normal até o ângulo entre o descendente e o sigmoide, torna-se muito lento a partir desse ponto.

A mais comum das formas de constipação é no entanto a terminal, proctogena denominada por *Hurst* — disquesia.

Deriva da estase prolongada do contraste no réto, por 24, 48 horas e mesmo muito mais, sem que o paciente acuse estímulo á evacuação. E' nessas condições que provavelmente, os habiaos da vida civilizada interferem para o estabelecimento da disfunção.

Como já foi mencionado, o estímulo á evacuação é desencadeado pela passagem do conteúdo intestinal da alça sigmoide para o réto. A obediência ao estímulo logo após o seu aparecimento condiciona o habito da evacuação diária em hora certa, que constitue o padrão de normalidade pois por sua vez, a contração do descendente sigmoide se opera graças ao reflexo gastro-cólico produzido por uma das refeições, geralmente a da manhã. Com isto se estabelece um reflexo condicionado que garante a normalidade das funções motoras do colon.

O trabalho, a pressa, a tímidez, ou o pudor, impedindo muitas vezes que seja satisfeito imediatamente o estímulo da exonerção intestinal, cream com o tempo uma tolerância anormal do réto que, dilatado, suporta sem despertar nenhum estímulo, uma distensão anormal, suficiente para comprimir os órgãos vizinhos. Aparecem assim dôres no baixo ventre, cólicas, nevralgias dos membros inferiores, cefaléa e atordoação, nauseas e sensação de mal estar e intoxicação, dirétamente relacionados á distensão do réto e á compressão dos plexos nervosos da bacia.

Alvares demonstrou em "pacientes" que estoicamente se submeteram á experiência, que a distensão artificial do réto por mechas e balões pneumáticos reproduz esses mesmos sintomas, que desaparecem desde que desapareça essa distensão artificial.

O exame radiológico evidencia que, nos casos de disquesia o contraste permanece largo tempo no réto, antes que se desencadeie a evacuação.

Casos ha, em que embora se realise diàriamente uma evacuação, existe realmente, prisão de ventre, pois o trânsito intestinal é demorado. O que se dá é que os colons, em tais circunstâncias, se esviam do excesso, como a bexiga dos prostáticos, e as evacuações são sempre parciais e não satisfatórias.

Verifica-se então que não obstante as evacuações diárias o contraste só começa a ser eliminado na 3.^a ou 4.^a evacuação.

Por outro lado, notam-se também casos de evacuações diarreicas em que existe realmente prisão de ventre, pois se bem que, o transito seja retardado por todo o colon, o que levaria naturalmente á evacuação de fézes hiperconcentradas, fermentações anormais das ultimas porções desencadeiam processos inflamatórios com hipersecreção de muco, que se responsabilizam por essa diarréia distal.

ENEMA OPACO

Como complemento indispensavel do exame radiológico "per os" para estudo de transito, em todos os casos de prisão de ventre é absolutamente imprescindivel o enema opaco para as veriticações precisas das condições anatómicas dos colons.

E' o enema que evidencia as dimensões exatas do réto, da alça sigmoide e dos outros segmentos cólicos; que mostra anomalias de rotação e fixação; que demonstra a existência dos acotovelamentos, compressões e todos os outros processos patológicos intrinsecos de natureza inflamatória, neoplásica ou mecânica, que facil e correntemente passam despercebidos ao exame "per os"

E' nossa convicção que muitos casos de "constipação essencial" submetidos a essa prova passariam para a rubrica de constipação sintomática, pois o enema poria á mostra uma causa orgânica capaz de explica-la. Alem disso o enema, melhor que o método "per os", demonstra a existência de espasmos, principalmente de espasmos do descendente, responsaveis por estase retrógrada e por uma das formas sintomáticas mais frequentes de trânsito lento: a constipação espástica.

Só o enterocлизма pode evidenciar um dolico-mega-sigma de proporções moderadas, assim como um reto anormalmente alargado por disquesia.

Como contribuição de inestimavel valor, a distensão pelo enema revela a elasticidade das paredes cólicas e a evacuação posterior demonstra a capacidade contratil das paredes intestinais, o grau de esvasiamento cólico e as porções onde se realiza a maior estase.

Nos casos normais, o enchimento pelo enema provoca evacuações sub-totais do contraste que reveste mais ou menos por igual a superficie mucosa de todo o colon. E' normal a permanência de quantidade maior de contraste no transverso e principalmente no ceco-ascendente, porção onde progridem ainda os fenómenos digestivos, onde a absorção intestinal é ainda importante e onde portanto o trânsito é fisiologicamente mais lento. Já o descendente sigmoide e réto expulsam quasi completamente o seu conteúdo em virtude de sua função eminentemente evacuadora.

Assim sendo, somos de opinião que o enema opaco realizado com cuidado e interpretado á luz destas noções, não só é um complemento dos exames "per os" como é capaz, por si mesmo, de trazer contribuição decisiva para a interpretação completa de muitos casos.

Ainda um item resta a discutir.

Diante da regularidade com que na disquesia se encontra alongamento e dilatação do réto; diante da frequência com que no ceco hipermoveel, ou pelvico, alongado e dilatado se encontra a constipação intestinal; dada a constipação como sintoma cardinal do dolico e do mega-colon; considerando-se ainda a eficiência da diéta rica em vitamina B em alguns casos de constipação, ocorre perguntar até que ponto a constipação chamada essencial será uma modalidade particular, oligosintomática, da acalasia. E' uma pergunta que só a observação dirigida intencionalmente nesse sentido poderá responder e para a solução da qual o enema seriado, acompanhando o tratamento clínico, poderá trazer esclarecimentos preciosos.

Os limites entre o alongamento disquésico e o megaréto-acalásico são impossíveis de fixar. Os casos de transição se multiplicam e a impressão dominante é de que a acalasia tende a assenhorear-se progressivamente do primitivo campo da disquesia.

CONCLUSÕES

Resumindo, podemos dizer que o exame radiológico da constipação deve satisfazer os seguintes itens:

1.º — Excluir clínico-radiologicamente, pelo exame dos outros órgãos, a natureza puramente sintomática da constipação.

2.º — Estabelecer pelo exame radiológico do trânsito descendente:

- a) o tempo em que é atingido o ceco
- b) " " " " " " " ang. hepático
- c) " " " " " " " " esplênico
- d) " " " " " " " a alça sigmoide
- e) " " " " " " " o réto
- f) " " da 1.ª evacuação de contraste
- g) " " " ultima evacuação de contraste
- h) notar a estase relativa no ceco-ascendente.

3.º — Excluir pelo enema opaco a existência de lesões orgânicas dos colons (tumores, divertículos, torsões, invaginações, colites, etc.)

4.º — Verificar, pelo enema, as dimensões, a elasticidade e a capacidade de esvaziamento de cada segmento cólico em separado.

Só assim será possível distinguir entre as formas primitivas e secundárias, orgânicas e funcionais e delimitar ao mesmo tempo, nos casos de constipação essencial, a intensidade, a séde e a extensão do distúrbio motor.

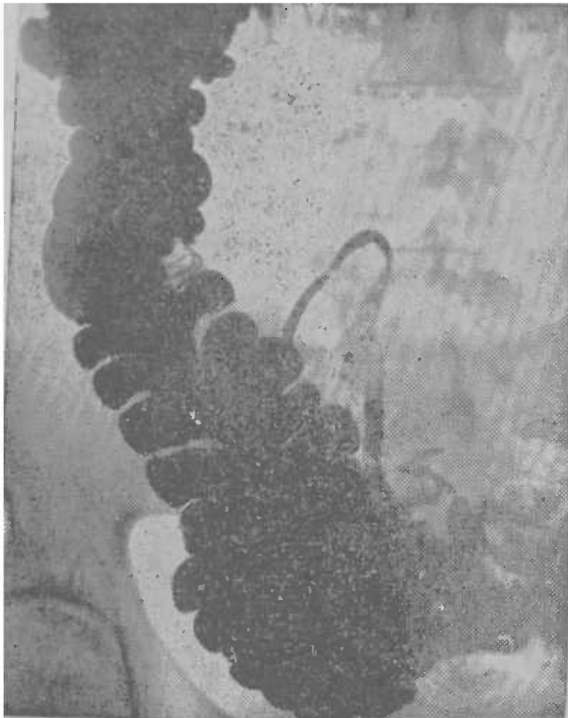


FIG. 1

Ceco hipermovel, de situação pélvica, com estase, responsável por constipação crônica.

FIG. 2

N. S. 34 anos
— masculino

Acentuando alongamento de todos os segmentos cólicos principalmente do transversal, que forma uma longa alça cujo arco inferior atinge a pequena bacia. Dilatação da alça sigmoide.

DIAGNOSTICO

Constipação por redundância cólica

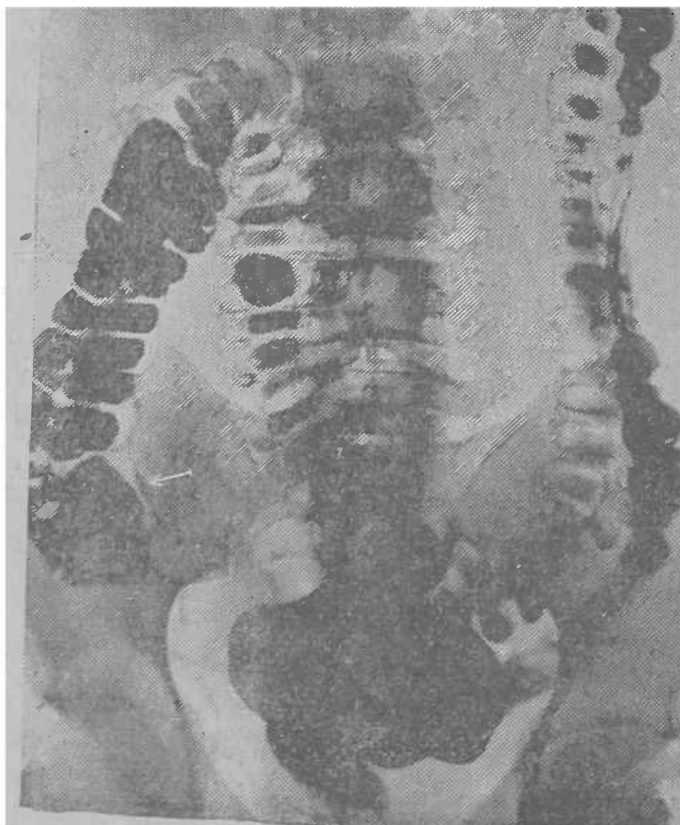


FIG. 3

Mega-réto e megasigma, responsáveis por constipação crônica irreductível.



FIG. 4

Estase e dilatação do réto, causas da constipação terminal, denominada "disquesia" por Hurst.



FIG. 5

C. N. — 55 anos
— feminino

Sub-occlusão intestinal crônica por neoplasia parcialmente invaginada do transverso.

Alongamento e dilatação do colon sigmoide.

FIG. 6

Colite crônica, com retite estenosante, exemplificando lesão retal que é esclarecida pelo enema opaco e que pôde explicar a constipação crônica terminal.





FIG. 7

T. O. A. 54 anos
— masculino
Constipação intestinal rebelde com crises dolorosas intensas e surtos de colite. Trânsito normal do clíster opaco pelos diversos segmentos cólicos que apresentam posição e dimensões normais. Divertículos de Graser muito numerosos principalmente no descendente e no sigmoide, de dimensões variáveis, com sinais radiológicos evidentes de processo inflamatório concomitante

da alça sigmoide: edema e irregularidades do relêvo da mucosa, espasmo permanente, dor á pressão, infiltração e endurecimento das parêdes.

DIAGNOSTICO: — Diverticulite — Sigmoidite — Constipação secundária.

FIG. 8

J. S. C. 45 anos
— masculino

Sub-occlusão no decurso de constipação crônica. Invaginação colo-cólica do ângulo hepático. A intervenção cirúrgica revelou que a cabeça da invaginação era constituída por um grande polipo.





Ao prescrever Digitalina
convém especificar sempre
a marca "RHODIA"



Ação constante
Rigorosa titulação
Estabilidade perfeita
Preço acessível

Digitalina
Rhodia

VIDROS
DE 10 cm³

★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA CAIXA POSTAL 95-B — SÃO PAULO ★