

Segunda Opinião Formativa

O que é considerado constipação no lactente e como abordar?

Solicitante: Médico

Área Temática: Saúde da Criança

DeCS: Constipação Intestinal, Lactente

Constipação é definida como dificuldade para evacuar ou a evacuação de fezes duras, de largo calibre e/ou ressecadas, que necessitam muito esforço, com frequência evacuatória de duas ou menos vezes por semana e/ou associação à dor. Quando os sintomas estão presentes por menos de quatro semanas é tida como constipação aguda e além deste período como crônica.

A causa mais frequente de constipação no lactente é funcional e geralmente é precedida pela troca da alimentação com leite materno exclusivo por fórmulas ou início de alimentos sólidos. A constipação funcional pode ser diferenciada da constipação orgânica com base na história e no exame físico. Quanto mais jovem a criança, maior a chance de existir causa orgânica ou anatômica para a constipação.

Deve-se avaliar, na história clínica, o início e duração dos sintomas; a frequência das evacuações; a consistência e formato das fezes; a presença de sangue e a impressão de dor ao evacuar. O exame físico do lactente com queixa de constipação deve ser minucioso e compreender:

- exame do pescoço (palpação da tireoide);
- abdome (palpação de massas);
- avaliação do dorso (alterações em região sacral);
- exame neuromuscular completo;
- exame retal (realizado com o dedo mínimo para avaliação do tônus, reflexos e presença de fezes em ampola retal).

Os sinais e sintomas que devem alertar para a possibilidade de constipação orgânica são:

- história de constipação desde o nascimento;
- fezes em fitas;

- atraso de crescimento, perda ou dificuldade no ganho de peso;
- incontinência urinária;
- déficits neurológicos;
- anomalias congênitas;
- história familiar de doença de Hirschsprung.

Alterações como bradicardia, crescimento inadequado e fontanelas abertas podem sugerir hipotireoidismo, necessitando de avaliação laboratorial com TSH e T4 livre.

Crianças com atraso na eliminação do mecônio, distensão abdominal, constipação progressiva desde o nascimento e alterações no toque retal (ausência de fezes na ampola, esfíncter anal hipertônico, eliminação explosiva de gás e fezes ao toque retal) devem ser investigadas para Doença de Hirschsprung com realização de um RX enema opaco.

A fibrose cística pode se apresentar com constipação e deve ser suspeitada em crianças com rash cutâneo ou história de infecções respiratórias de repetição. Seu diagnóstico é feito através da realização do teste do suor.

Nenhum teste radiológico ou laboratorial é necessário em crianças com ganho de peso adequado e sem sinais de alerta. Casos leves a moderados, sem sinais de obstrução fecal podem ser manejados com alterações na dieta:

Lactentes que ainda não iniciaram a alimentação com sólidos: podem ser tratados com adição de carboidratos osmoticamente ativos, como sucos contendo sorbitol (maçã, ameixa ou pera) – na quantidade de 50 à 100 g de suco puro ao dia como dose inicial.

Lactentes em alimentação com sólidos: o manejo pode ser feito com oferta de 5 g por dia

de fibras alimentares, através de purê de legumes, frutas e cereais (a maioria dos vegetais e frutas fornecem cerca de 1 g de fibra por porção, mas maçãs e ameixas podem ofertar até 2 g). Cereal infantil de arroz fornece uma quantidade insignificante de fibra, enquanto o trigo integral e cereais multigrãos fornecem 1 a 2 g por porção.

Não é necessário o aumento da ingesta líquida além das necessidades basais, exceto se houver sinais de que a criança esteja desidratada. A ingesta mínima diária de fluido depende do peso da criança (500 mL se 5 kg, 960 mL se 10 kg, 1.260 mL se 15 kg e 1.500 mL se 20 kg).

Se houver obstrução retal, situação incomum em crianças menores de 12 meses, realizar esvaziamento retal por via oral ou retal:

- Via retal: supositório de glicerina 1,2 g a cada 12 a 24 horas por 1 a 3 dias. Se após uso de dose única em crianças menores do que 12 meses não houver desobstrução, encaminhar à gastroenterologia pediátrica.
- Via oral (crianças maiores do que 12 meses): polietilenoglicol (PEG) com ou sem eletrólitos 1 a 1,5 g/kg/dia ou lactulose 1-3 mL/kg/dia, por até 1 semana; no entanto a preferência é pela via retal.

Após esvaziamento retal com sucesso ou em casos refratários às medidas dietéticas, deve ser prescrito tratamento medicamentoso laxativo prolongado e terapia comportamental para atingir evacuações regulares e prevenir constipação recorrente.

As opções medicamentosas são:

- Lactulose 1 a 3 mL/kg/dia em 1 a 2 tomadas;
- PEG 0,4 a 0,8 g/kg/dia ;
- Sorbitol 70% 1 mL/kg em 1 a 2 tomadas;
- Hidróxido de magnésio 1 a 3 mL/kg/dia em 1 a 2 tomadas (em crianças acima de 12 meses).

Em casos refratários pode-se fazer uso ocasional de supositórios de glicerina. É preciso ter cautela, já que seu uso pode causar irritação anal e predispor cronicidade dos sintomas. Óleo mineral, enemas e laxantes estimulantes (como senna e bisacodil) não devem ser utilizados em crianças menores do que 2 anos devido a potenciais efeitos adversos.

Para prevenir episódios recorrentes, as medidas nutricionais e medicamentosas devem

ser mantidas por pelo menos 2 a 6 meses da regularização de hábito intestinal, com redução do uso após pelo menos 1 mês de ausência de todos os sintomas. A retirada deve ser feita de forma lenta e gradual, conforme tolerância e esse processo pode durar até 1 ano.

Bibliografia Selecionada

Biggs WS, Dery WH. Evaluation and treatment of constipation in infants and children. *Am Fam Physician*. 2006 Feb 1;73(3):469-77. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2006/0201/p469.html>

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C, editores. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Dynamed Plus. Record No. 900171, Constipation in children [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2018. Disponível mediante senha e login em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T900171/Constipation-in-children>

Katkin JP. Cystic fibrosis: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cystic-fibrosis-clinical-manifestations-and-diagnosis>

Kliegman RM et al. *Nelson textbook of pediatrics*. 19th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011.

Lafranchi S. Acquired hypothyroidism in childhood and adolescence [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acquired-hypothyroidism-in-childhood-and-adolescence>

Sood MR. Prevention and treatment of acute constipation in infants and children [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-acute-constipation-in-infants-and-children>

Sood MR. Constipation in infants and children: Evaluation [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/constipation-in-infants-and-children-evaluation>

Srinath AI, Turner SA, Szigethy E. Functional symptoms in gastroenterology: A Punch to the Gut. In: Anbar R, editor. *Functional Symptoms in Pediatric Disease*. Springer: New York; 2014.

Vandenplas Y, Alarcon P, Alliet P, De Greef E, De Ronne N, Hoffman I, et al. Algorithms for managing

infant constipation, colic, regurgitation and cow's milk allergy in formula-fed infants. *Acta Paediatr.* 2015 May;104(5):449-457.

UpToDate. Lactulose: Pediatric drug information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2018. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/table-of-contents/drug-information/pediatric-drug-information>

Zeevenhooven J, Koppen IJ, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2017 Mar;20(1):1-13. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385301/>

UpToDate. Lactulose: Pediatric drug information [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2018. Disponível em:

<https://www.uptodate.com/contents/table-of-contents/drug-information/pediatric-drug-information>