

SÍNDROME DO CÓLON IRRITÁVEL: ATUALIZAÇÃO

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
JOSÉ ALFREDO DOS REIS Jr., FSBCP
FLÁVIO ANTONIO QUILICI, TSBCP
JOSÉ ALFREDO DOS REIS NETO, TSBCP

CORDEIRO F, REIS Jr. JA, QUILICI FA & REIS NETO JA - Síndrome do cólon irritável: atualização. *Rev bras Colo-Proct*, 1994; 14(2): 127-130

RESUMO: A síndrome do cólon irritável é caracterizada por anomalia funcional, não acompanhada de lesão orgânica. Este fato dificulta não somente a busca pelo clínico da sua etiologia, mas também o torna extremamente oneroso e quase sempre faz com que o enfermo fique correndo de um médico a outro, à procura de um tratamento adequado para sua enfermidade. Esta atualização tem por objetivo encaminhar o profissional quanto à orientação que a síndrome deve ter, desde a conceituação até a terapêutica da mesma, enfatizando os principais pontos a serem observados a fim de, sem desperdícios, levar à cura desta enfermidade.

UNITERMOS: síndrome do cólon irritável; conduta diagnóstica; conduta terapêutica

Conceito

A síndrome de cólon irritável (SCI) é um grupo heterogêneo de sintomas comuns, produzidos por distúrbios de motilidade intestinal, sem causa anatômica. Como não há alteração inflamatória e o problema não está confinado unicamente ao cólon, não pode ser considerado colite (3).

Definição

Chaudhary and Truelove (6), em 1962, descreveram os sintomas mais comuns da síndrome com duas variantes principais: a primeira, cuja característica principal é o cólon espástico, vem acompanhada de dor em cólica e constipação ou diarreia, ou ainda alternância intestinal entre constipação e diarreia; a segunda é caracterizada por diarreia indolor, porém com menor incidência (4).

É importante lembrar que não existem anormalidades características, por isso o diagnóstico deve ser baseado principalmente na informação da história clínica e evitando exames complementares desnecessários ou procedimentos cirúrgicos (1-5).

Apesar do reconhecimento do quadro sindrômico, uma nova definição propõe, no caso de sintomas contínuos ou recorrentes por três meses ou mais, de dor abdominal ou desconforto, aliviados com a defecação ou associados com a mudança na sua frequência ou consistência das fezes, com irregular característica evacuação (em pelo menos 25% do período), três ou mais dos seguintes critérios (1): a) frequência alterada de fezes, b) consistência alterada de fezes (endurecidas ou pastosas), c) passagem anormal das fezes (esforço, urgência ou sensação de evacuação incompleta, d) mucorréia, e) empachamento ou distensão abdominal (7, 16).

Epidemiologia

Segundo alguns autores (3, 4, 16), 40 a 70% das queixas gastroenterológicas na população geral são de sintomas similares àqueles manifestados em pacientes com SCI, principalmente nos países desenvolvidos. De 7 a 15% da população geral que apresentam sintomas sugestivos da síndrome (16), apenas uma pequena proporção destes acaba consultando um médico e pelo menos a metade não apresenta distúrbio orgânico definido (2, 3, 4).

Esta é uma síndrome caracterizada por atingir pacientes em quase todas as faixas etárias, dos 10 aos 70 anos, com prevalência em adultos jovens, e sobretudo no sexo feminino, numa proporção de 2:1.

É importante porém lembrar que esta é uma população com sintomatologia clínica e portanto é uma estimativa dos pacientes portadores (2).

Fisiopatologia

A literatura mundial é concorde que a motilidade intestinal anormal deva ser responsabilizada pela sintomatologia e os resultados de inúmeros estudos por dife-

rentes investigadores mostram-se bastante interessantes, mas freqüentemente conflitantes:

a) muitos mostram anormalidades motoras na SCI, alguns destes têm sido descritos apenas em períodos sintomáticos, enquanto outros mostram esta ocorrência em qualquer período, sem relação com alteração do hábito intestinal ou dor abdominal. Em períodos assintomáticos, os pacientes com constipação comportam-se como aqueles com diarreia na SCI, que têm motilidade colônica igual ao dos indivíduos normais (1, 6).

b) alta incidência de atividade elétrica colônica com ondas curtas, com freqüência de 3 ciclos/min. Essa ocorrência de ritmo elétrico de baixa freqüência é a provável responsável pelo aumento da atividade de segmentação em oposição à atividade elétrica normal de 6 ciclos/min encontrada em alguns indivíduos com SCI (1, 6).

c) resposta anormal a estímulos fisiológicos e farmacológicos com aumento da atividade motora, tanto no cólon quanto no intestino delgado. Nos pacientes com diarreia, o tempo de trânsito pode ser mais rápido que o normal e mais lento nos pacientes com constipação. A mobilização colônica reacional pós-prandial (reflexo gastrocólico) mantém-se elevada por 30 a 60 min (normal), porém prolonga-se nos pacientes com SCI por no mínimo 90 a 180 min (mediado talvez por complexo neuro-humoral mais pronunciado) (1, 6).

d) resposta hormonal colônica aberrante (colecistoquinas e gastrina), com aumento da sensibilidade dolorosa à distensão e contrações espásticas induzidas pela distensão com balão. Observa-se também um aumento das concentrações retais de prostaglandinas E2, principalmente após a ingestão de irritantes naqueles pacientes com sintomatologia diarreica (5).

e) intolerância a alimentos temperados, alimentos frios ou laxativos, café, álcool, alimentos gordurosos relacionados com as queixas principalmente relacionadas à diarreia (1, 2, 4, 5, 7).

f) fatores psicológicos, tais como ansiedade, sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade e somatização de afetos.

g) o estresse tem sido relacionado, principalmente em considerando que o estresse agudo provoca aumento da atividade pressórica colônica tanto em pacientes com SCI quanto em indivíduos normais, porém nestes existe uma adaptação à situação, agora sem aumento da pressão colônica. Interessante também a observação de que o estresse físico provoca um aumento na resposta gastrocólica a alimentos, enquanto que o estresse mental reduz, no paciente com SCI, a resposta pressórica do sigmoido.

Sintomatologia

O quadro clínico predominante é o de alteração da função intestinal com constipação ou diarreia ou ainda alternância entre uma e outra, acompanhada de dor abdominal, que é sobremaneira aliviada com a eliminação de flatus.

A distensão abdominal e a flatulência podem ser acompanhadas de fenômenos de borborigmo, dispepsias, náuseas e vômitos, bem como de grande eliminação de muco junto às fezes.

A dor, característica desta síndrome, apresenta-se exacerbada principalmente com a ingestão de determinados alimentos, provocando certa urgência retal e diarreia após ingestão de refeição copiosa (em decorrência do reflexo gastrocólico), itens dietéticos, tais como cafeína, feijão e repolho, alterações hormonais, uso de medicamentos ou estresse psicológico.

A sensação de evacuação incompleta deve ser colocada como característica de um tipo clínico denominado de cólon espástico em oposição ao tipo cólon não espástico, cuja característica é a diarreia indolor, urgente e súbita, que acontece principalmente pela manhã ou após as refeições.

Alguns sintomas, não gastrointestinais, também são relatados, tais como: cefaléias, fadiga, lassidão, ansiedade, depressão e dificuldade de concentração mental.

Diagnóstico

Em decorrência da falta absoluta de uma lesão orgânica, o diagnóstico é baseado usualmente na avaliação da história clínica, exame físico e concluído com um processo de exclusão de exames complementares (2).

Manning et al. (1978) (1, 7) realizaram a primeira descrição da SCI, tentando estabelecer critérios para uma identificação diagnóstica positiva, que constavam de quatro sintomas mais comuns e que posteriormente adicionaram-se mais dois, que ficaram conhecidos como os critérios de Manning:

1. distensão abdominal visível
2. diminuição dolorosa com a evacuação
3. aumento da freqüência evacuatória com início da dor
4. perda de fezes com início da dor
5. mucorréia
6. sensação de evacuação incompleta.

Outros critérios e sistemas de scores foram desenvolvidos baseados somente nos sintomas e prática clínica, tais como intolerância à lactose, indução de distúrbios intestinais provocados por drogas: álcool, sorbitol, frutose ou laxativos.

Com relação ao exame físico, é importante lembrar que não existem sinais específicos, e o importante é afastar qualquer doença orgânica.

Um algoritmo poderia ser lembrado:

Avaliação inicial

1. História e exame físico (critérios de Manning)
2. Exame pélvico
3. Exame proctológico e retossigmoidoscopia
4. Exame coprológico (para exclusão de sangue nas fezes, parasitas, bactérias patogênicas e sinais de má absorção)

5. Hemograma
6. VHS
7. Urina

Sintomas persistentes ou piora da sintomatologia

1. Colonoscopia (ou RX enema opaco)
 2. Gastrosocopia e RX. Trânsito intestinal (se vômitos ou na presença de febre de origem indeterminada)
- Nos pacientes com mais de 40 anos é mandatória a investigação, quer com uma colonoscopia, quer com um exame radiológico colônico.

Sintomas dolorosos predominantes

1. Amilasemia
2. Bioquímica hepática
3. Ultra-sonografia abdominal
4. Tomografia computadorizada

Sintomatologia predominantemente diarréica

1. Exame fezes a fresco (sangue, gordura e peroxidase)
2. Eletrólitos
3. Teste de função tireoideana
4. Cálcio, fósforo e fosfatase alcalina
5. Gastrina (VIP)
6. Caroteno sérico
7. Sorologia para *Entamoeba histolytica*
8. Biópsia duodenal aspirativa (pesquisa para *Giardia*)
9. Fezes de 72 h (peso e análise de gorduras)
10. Tomografia computadorizada
11. Colonoscopia
12. Arteriografia mesentérica

Um cuidado especial deve ser tomado: nos indivíduos que se apresentam com uma súplica "Doutor, faça alguma coisa", o que ocasiona exames ou cirurgias desnecessárias.

Tratamento

Em uma bem elaborada revisão da literatura levada a cabo por Klein (1988) (1, 8), levando-se em conta estudos randomizados, duplo-cegos, e experimentos placebo controlados, aonde 43 destes foram subdivididos em terapêuticos entre agentes antiespasmódicos, combinação anticolinérgicos e barbitúricos, antidepressivos, agentes mucilídeos, antagonistas da dopamina, opiáceos, tranquilizantes e miscelâneas, este observou que nenhum estudo simples oferece evidências convincentes que qualquer terapia é efetiva no tratamento dos sintomas complexos da SCI.

Portanto, é importante que as medidas terapêuticas sejam abrangentes, e desta forma boa parte da literatura é concorde que o paciente tenha desde uma assistência psicológica até o cuidado dietético integral (1, 2, 3, 5).

Uma série de medidas deve ser levada em consideração quando se fala em síndrome do cólon irritável:

1. Agentes pró-cinéticos para coordenar a motilidade gastrointestinal alta e colônica, assim como para aprimorar a natureza propulsiva das contrações colônicas.

2. Agonistas dos hormônios gastrintestinais tipo eritromicina e antagonistas tipo sandostatina e antagonistas da colecistocinina.

3. Terapia espasmolítica com incorporação dos agentes bloqueadores dos canais do cálcio e anticolinérgicos.

4. Inibição das alterações do ciclo ovulatório nas concentrações circulares dos hormônios gonádicos nas mulheres que tendem a dominar a população com SCI.

5. Incorporação de conceitos relacionados ao papel dos subtipos dos receptores 5-hidroxitriptamina no controle da função neural e miogênica.

6. Reavaliação da intolerância e sensibilidades dos alimentos.

7. Incorporação de conceitos relacionados aos perfis psíquicos com abordagens terapêuticas psicológicas.

Há que se lembrar que enquanto o diagnóstico é estabelecido, duas metas devem ser alcançadas, melhora dos sintomas e identificação e modificação dos desencadeantes.

Do ponto de vista do suporte psicológico, a melhor terapia é a proximidade do médico com seu paciente, principalmente, pois a SCI é uma desordem real e não imaginária e o esclarecimento a respeito da enfermidade e a confiança são os alicerces do tratamento.

O apoio psicoterápico, praticado por um profissional competente, sem dúvida complementa as bases do tratamento.

Com relação à dieta, uma das mais importantes controvérsias diz respeito à utilização ou não das fibras e da qualidade destas. De qualquer forma, o aumento do bolo fecal provocado pelas mesmas é responsável pelo tratamento da atividade motora hipersegmentada, favorecendo a normalização do hábito intestinal nos pacientes constipados, apesar que, para alguns, ao contrário, poderia haver exacerbação dos sintomas.

O uso de fibras naturais e o do Psyllium fazem parte constante do receituário clínico, podendo aliviar significativamente a constipação e principalmente o cólon espástico. A dose preconizada de farelo de trigo é de 15 g (uma colher de sopa) por refeição, e o dobro de Psyllium à noite. Tanto um quanto o outro devem ser acompanhados com pelo menos dois copos de água.

A dieta pode ainda ser responsável pela diminuição da flatulência e da distensão abdominal, diminuindo-se a ingestão de carboidratos, feijão, repolho e sucos de maçã, uva e banana. O leite deve ser evitado naqueles pacientes com intolerância à lactose, bem como a cafeína, em decorrência da estimulação intestinal que esta provoca. Nos pacientes com dor predominantemente pós-prandial recomenda-se uma ingestão hipogordurosa com suplementação proteica.

No tocante à utilização medicamentosa, as drogas são um forte arsenal na tentativa de aliviar a sintomatologia síndrômica. Antidiarréicos como a loperamida (2 a 4 mg), ou anticolinérgicos (proprantelina) na dose de 7,5 a 15 mg,

de 30 a 60 minutos antes das refeições e ao deitar, associados a tranqüilizantes suaves (clordiazepóxido, de 5 a 10 mg) ou sedativos leves (fenobarbital, de 15 a 30 mg) têm demonstrado excelentes resultados terapêuticos.

Os antiflatulentos (dimetilpolisiloxane) e antidispépticos (antiácidos em geral) auxiliam no tratamento sintomático.

Para os sintomas de empachamento epigástrico, alguns autores têm descrito a utilização da cisaprida, apesar da possibilidade do aumento da contração propulsiva do cólon.

Recentemente, o progresso experimental no tratamento da SCI tem se desenvolvido rapidamente na tentativa de diminuir seletivamente a contratilidade da musculatura lisa e o reflexo gastrocólico, além de diminuir a propagação do complexo mioelétrico (15), com a utilização de uma droga com propriedades como antagonista gastrointestinal e bloqueador da entrada de cálcio (brometo de pinavério) na dose diária de 150 mg em três tomadas, antes das principais refeições (10), cujos estudos radiológicos mostraram significativa eficácia como diminuição significativa da sintomatologia dolorosa, distúrbios da passagem intestinal e meteorismo abdominal em 90% dos casos ($p < 0,01$), sem os efeitos indesejáveis dos anticolinérgicos (10, 12, 13, 14).

As perspectivas futuras requerem o desenvolvimento de simples e aplicáveis estratégias clínicas para identificação dos mecanismos individuais de cada paciente e esta é sem dúvida a única esperança de um diagnóstico mais positivo e de uma terapia mais racional.

CORDEIRO F, REIS Jr. JA, QUILICI FA & REIS NETO JA
- Irritable bowel syndrome: up-to-date.

SUMMARY: The disorder most often encountered in gastroenterology is the irritable bowel syndrome, and its diagnosis is made by exclusion of organic disease that is responsible to a great difficult for the physician to find the real cause of the problem. The aim of this up-to-date, is help the professional to organize a methodology for research and treatment without troubles for the patient either for the medical care.

KEY WORDS: irritable bowel syndrome; diagnostic conduction; therapeutic conduction

REFERÊNCIAS

1. Phillips SF, Talley NJ, Camilleri. Motility disorders of the gastrointestinal tract. Raven Press (New York) 14: 299-326.
2. McCallum RW, Radke R, Smout AJPM, Wedsorp ICE. Calcium Antagonism & Gastrointestinal Motility. Excerpta Medica 33-48.
3. Kodner IJ, Fry RD, Roe JP. Colon, rectal and anal surgery - Current techniques and controversies. CV Mosby Co (St Louis) 11: 131-139.
4. Goligher JC, Surgery of the anus, rectum and colon. 4 th ed. Baillière Tindall (London), 932-934.
5. Manual Merck de Medicina: Diagnósticos e Tratamento. Robert Berkow. 1ª ed. Rocca (1989).
6. Chaudary NA, Truelove C. The irritable colon syndrome. Q JI Med 1962; 31: 307.
7. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. Br Med J 1978; 2: 653-654.
8. Klein KB. Controlled treatment trials in the irritable bowel syndrome: a critique. Gastroenterology 1988; 95: 232-241.
9. Di Simone A, Plaitano G, Politi C. El brometo de pinavério en el tratamiento del colon irritable. Terapia Min Diet e Gastr 1981; 27: 2-13.
10. Levy C, Charbonnier A, Cachin M. Pinaverium bromide and irritable colon (A double-blind study). Sem Hop Paris Thérapeutique 1977; 53(7-8): 372-374.
11. Policicchio D, Michetti F. Terapia spasmolítica in eta geriatrica con bromuro di pinaverina. European Review. Medical & Pharmacological Sciences 1984; (VI): 501-506.
12. Noel B. Estudio multicéntrico del bromuro de pinavério en síndrome del colon irritable (SCI) llevado a cabo en México. Investigacion Medica Internacional 1989; 15(4): 190-196.
13. Barbara L et cols. Effects of pinaverium bromide on intestinal transit time and sigmoid contractile activity in patients with chronic idiopathic constipation. Farmaci e Terapia 1984; vol. I(1): 43-46.
14. Soifer L, Farias P, Varela E. Efectos del bromuro de pinaverio (Dicetel) sobre la motilidad colonica. La Semana Médica 1985; Ano XCII - tomo 167(8): 217-221.
15. Beech DJ, Mackenzie I, Bolton TB, Christen MO. Effects of pinaverium on voltage-activated calcium channel currents of single smooth muscle cells isolated from longitudinal muscle of the rabbit jejunum. JAMA 1993; 111(3): 1-4.
16. Friedman G, Schuster MM. Síndrome do intestino irritável: realidades e tendências. Clínicas de Gastreterologia da América do Norte 1991: vol. 2.