

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

JÚLIO CÉSAR MONTEIRO SANTOS JÚNIOR – TSBCP

SANTOS JÚNIOR JCM. Constipação Intestinal. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(1):79-93.

RESUMO: A constipação intestinal crônica e a síndrome do cólon irritável são duas doenças comuns e das mais freqüentes vistas nos consultórios médicos, principalmente atingindo a população feminina. A primeira, na grande maioria das vezes, pode ser considerada como conseqüente ao aprendizado quando fatores sócio-culturais exercem forte direcionamento, mas que também se associa a uma grande variedade de distúrbios intestinais intrínsecos, bem como aos fatores externos iatrogênicos. A síndrome do cólon irritável é doença do tubo digestivo de caráter funcional, como o é a constipação, mas com bases fisiopatológicas muito diferentes e pouco conhecidas em que os elementos destacados são a motilidade alterada, a sensação visceral anormal, a evacuação incompleta, dores e distensão abdominal, todos entrelaçados por fatores psicossociais de tal complexidade que inclui até os que resultam de experiências decorrentes das agressões sexuais⁴⁶. Essas duas doenças se sobrepõem em alguns aspectos, mormente quando o sintoma predominante na síndrome do cólon irritável é a constipação, situação em que as duas moléstias se confundem e embaraçam o médico. Diante dessas circunstâncias, as investigações tornam-se múltiplas, invasivas e sofisticadas, em geral, proibitivas pela onerosidade e pelo impacto socioeconômico causado. As recomendações da Associação Americana de Gastrenterologia² que visam solucionar esses problemas estão relacionadas : (1) a abordagens diagnósticas mais racionais e, se possível, menos invasivas; (2) a esquemas terapêuticos mais racionais e mais eficazes objetivando melhorar a qualidade de vida, mas que tenham também a seguinte repercussão (3) benefícios envolvendo fatores sociais e econômicos de impacto sobre o sistema de saúde pública.

Unitermos: Constipação intestinal, síndrome do cólon irritável, ceco móvel.

“No organ in the body is so misunderstood, so slandered and maltreated as the colon”
Sir Arthur Hurst, 1935¹

¹ Citado por Stefan A. Muller-Lissner et al.¹¹

INTRODUÇÃO

O médico trabalhando na clínica privada, fora do ambiente universitário, tem o ensejo do contato com um maior conjunto de pacientes cujas doenças não são limitadas às que fazem parte da especialidade praticada. Assim, o coloproctologista, o cirurgião geral e o cirurgião dedicado às doenças da parte alta do trato digestório vêem-se, quando consultados, diante de uma multiplicidade de moléstias que muitas vezes escapam às extensões de sua área de atuação. Por outro lado, no interior ainda é comum, mesmo

entre médicos jovens, encontrar aqueles que se aventuram nos campos da pediatria, ginecologia-obstetrícia, coloproctologia e outras, sem os necessários conhecimentos para boa desenvoltura em nenhuma delas.

Alguns, principalmente os especialistas, se vêem obrigados a aprofundar seus conhecimentos e alargar os horizontes de suas práticas, então limitadas às competências clínicas e cirúrgicas das suas especialidades, para outros campos de atuação médica, com o objetivo de satisfazer os anseios dos pacientes que os procuram e os seus próprios, não só os

estritamente presos aos detalhes científicos, como também aos pecuniários.

Os estímulos e as respostas provocadas são relevantes e positivas em alguns aspectos, mas podem, distorcidas em outros, resultar em prejuízo para o paciente.

As distorções mais freqüentes estão relacionadas não só à interpretação clínica dos sintomas levando ao diagnóstico, eventualmente, equivocado, como também - conseqüência óbvia - à terapêutica igualmente ambígua ou exclusivamente ao erro terapêutico, quando o método de tratamento escolhido não é o que melhor se aplica à doença corretamente diagnosticada. Além disso, essas distorções que poderiam ter sido evitadas vêm acompanhadas de um pacote de exames em que os simples e os sofisticados, na maioria das vezes, formam um conjunto de impacto

social indesejável, seja onerando o paciente ou o sistema de saúde público e o privado.

O conjunto interseção que pode estar no âmbito de atuação do coloproctologista, do gastroenterologista (clínico ou cirurgião), do cirurgião geral, do clínico geral, do pediatra e que, por vezes, é invadido pelo ginecologista-obstetra, e também por aqueles que “fazem de tudo”, vai ser representado, para os propósitos desse ensaio, pela constipação intestinal crônica (as causas mais comuns de constipação intestinal crônica – primária e secundária - estão agrupadas na Tabela-1), e, nesse grupo, daremos destaque para a **constipação intestinal simples** (CIS) ou funcional ou primária (constipação com trânsito normal), para que possamos ficar com os fatores etiológicos limitados aos problemas culturais, dieté-

Tabela 1 – Causas secundárias e primárias de constipação intestinal.

Causas secundárias	Tratamento	Doenças	
	Medicações	Endócrinas	Neurológicas
	Anticonvulsivante Antidepressivo Anticolinérgico Antidiarreico Antihistamínico (H ₁) ANES	Diabetes Hipotireoidismo Hiperparatireoidismo Feocromocitoma	a. Sistêmicas Neuropatia Int. grosso (congenita; adquirida) Neuropatia diabética Parkinson Síndrome Shy-Drager
	Boqueador do cálcio Bloqueador ganglionar		b. Traumática Lesão da medula espinal
	Corticosteróide Diuréticos Dopaminérgico		c. Trânsito lento (inérica cólica)
	Inativador do ácido biliar		d. Disfunção do mecanismo da defecação
	Laxativo Lítio Miorrelaxante		
	Psicotrópico Propranolol Suplemento dietético (F _e e Ca)		
Causas primárias*	Hábito alimentar	Aspectos culturais	Controle sistemático da defecação

* Ver classificação na Tabela-2.

ticos e à sistemática regulação do exercício da função defecatória, determinado pela educação e costume (constipação como expressão de um aprendizado); e para a constipação associada à síndrome do cólon irritável - **síndrome do cólon irritável com constipação** - (SCIC).

Isso, simplesmente para fugir de todas as outras causas de constipação, sejam elas congênicas, como na doença de Hirschsprung ou adquiridas, como na doença de Chagas; malignas, como no câncer do intestino grosso, ou benignas como são as fármaco-dependentes; endócrinas ou neurológicas, bem com as que são classificadas como devidas ao trânsito intestinal lento (inércia cólica) e a devidas aos distúrbios defecatórios.

As duas doenças destacadas – a **constipação intestinal simples** (CIS) e a **síndrome do cólon irritável com constipação** (SCIC) - por si representam, sem dúvida, um dos maiores motivos de ida ao médico; a CIS, em todas as faixas etárias, representa mais de 65% dos casos de constipação, e a SCIC, entre os adultos, com nítido predomínio ou quase que exclusiva entre as mulheres, completa e acrescenta números àquele percentual. Essas duas formas de constipação (CIS e SCIC) estão merecendo destaque porque são, não raramente, tratadas com base em concepções controvertidas, às vezes mal conceituadas ou até incorretas.

Elas foram agrupadas porque têm sintomas e sinais coincidentes ou ‘superponíveis’¹ que desafiam a argúcia e a capacidade de interpretação dos médicos, por mais comuns que possam parecer, mormente pelos que abraçam a causa sem os subsídios que lhe facultaria uma outra especialidade que não a sua de militância, ou pelo desconhecimento e desprezo de um fator etiológico comum para as duas doenças, que podem ser abordadas de forma racional, seguindo as orientações da Associação Americana de Gastreenterologia².

I - Constipação intestinal crônica – conceito, classificação, causas e abordagem clínica

Excluindo as causas endócrino-metabólicas, neurológicas e medicamentosas, a constipação intestinal crônica pode ser classificada nas em:

1. trânsito intestinal normal (constipação intestinal simples – **CIS** - ou funcional que representa cerca de 60% das constipações),
2. trânsito intestinal lento (inércia cólica – 16%) com a sensação de conteúdo retal não perceptível (limiar de sensibilidade alto). Entre estas, estão incluídas as anormalidades fisiológicas associadas às disfunções autonômicas pelo reduzido número das células cromafins e das células intersticiais de Cajal³⁻⁶ e,
3. distúrbios defecatórios (representando 25% das constipações) em que estão agrupadas as discinesias da defecação (de caráter neuropático) representadas pela constipação do ato da defecação (outlet constipation) que pode ser representada pelo anismo, pela disfunção do assoalho pélvico ou distúrbios sinérgicos do assoalho pélvico (incapacidade de coordenar a atividade dos músculos abdominais, da pelve e anorretais^{7,8}), distúrbios associados a doenças do anoderma, secundárias ou não à função do esfíncter anal interno e às anomalias anatômicas e morfológicas do assoalho muscular da pelve (períneo descendente, retocele, prolapso do reto e invaginação sigmóide-retal).

Os dados utilizados para definir e classificar as constipações, bem como para estabelecer suas prevalências, podem ser resumidos, como segue, na Tabela -2.

Tabela 2 – Conceito, classificação e prevalência da constipação intestinal.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	
Conceito	Classificação (%) prevalência
Frequência das evacuações	1. Trânsito normal (funcional) (60)
Consistência das fezes	2. Trânsito lento (inércia cólica) (16)
Volume e calibre das fezes	3. Distúrbios defecatórios (25)
Grau de dificuldade para evacuar	4. Inércia e distúrbio defecatórios (2)
Insatisfação com a evacuação	

A constipação intestinal constitui-se num problema populacional não só pela frequência com que ela se apresenta, como pela persistente dificuldade de se definir o que seja – a definição não é simples, como podemos ver nos estudos publicados sobre a constipação da criança e do adulto, e a prevalência é variável – depois há a dificuldade de se estabelecer os fatores etiogênicos, bem como os patogênicos intrínsecos e, em seguida definir os padrões fisiopatológicos^{6,9}, sem o que o desenvolvimento da terapêutica fica limitado ou dependente da simples e inadvertida administração de laxantes, como já foi salientado em outra parte¹⁰.

Assim, vamos simplificar o texto com um conceito bem limitado do que seja a constipação intestinal simples, não nos preocupando com o ritmo, mas com a dificuldade de cada evacuação. Dessa forma, ficamos livres das complexidades e dos embaraços que podem significar intestino preso, como termo largamente usado pelos pacientes, em geral, para definir um determinado incomodo, relacionado à evacuação difícil, que vem ligado a outros sintomas por eles interpretados como decorrência exclusiva do mau funcionamento intestinal, a saber: evacuação insatisfatória, esforço excessivo para evacuar, evacuação incompleta, fezes endurecidas e em cibalos, período prolongado entre uma e outra evacuação, uso auxiliar de manobras digitais na passagem das fezes e a sensação de ânus estreito, associados ou não à distensão abdominal com flatulência e todos, em geral, recebendo o mesmo tipo de tratamento.

As causas são multifatoriais, como podemos ver na tabela 1.

Embora a CIS seja a forma mais simples, persiste o quadro de múltiplos fatores influenciando na função intestinal. Além de simples, ela é a forma mais comum, ocorrendo em 60% dos pacientes adultos constipados⁶ e variando de 20 a 36 % nas crianças, valores que podem estar refletindo a “heterogeneidade dos critérios usados para caracterizar a constipação”, nessa população⁹.

A constipação intestinal simples (funcional) tem sido envolvida por crenças que não podem, do ponto de vista médico, ser sustentadas¹¹. Apesar de crônica e desconfortável, não é causa de mal maior e, talvez por essa razão, faz com que alguns pacientes recebam pouca atenção do médico.

Não é incomum que os constipados desse grupo vejam seu estado de saúde prejudicado mais por

causa da distensão abdominal e suas conseqüências que são caracterizadas regionalmente pela sensação de plenitude abdominal, dor contínua ou em pontadas, cólicas, desconforto psicológico, complacência retal aumentada e sensação diminuída de conteúdo retal^{12,13} e, não raramente com sintomas em outros segmentos do tronco, como no tórax em que a expressão é a dor do tipo constrictiva (síndrome do ângulo esplênico), do que pelo fato de sentir que seu intestino é apenas preso. É comum, nesses pacientes, a distensão inicialmente assimétrica do abdômen localizada no lado direito, e depois difusa, aliviada quando a evacuação ocorre, seja provocada pelo laxante ou purgante – que é de uso crônico – seja por causa de uma diarreia extemporânea que, rotineiramente, inclina o médico a agrupá-los entre as pessoas portadoras de síndrome do cólon irritável, embora esses tipos de sintomas possam ser decorrentes de outra alteração que é relativamente comum, que contribui para o agravamento da constipação intestinal e é motivo para diagnósticos equivocados¹⁴.

Os gastos com a constipação são significativos, não só porque os pacientes já se tornaram clientes de vários médicos como por causa dos diversos tipos de laxantes usados que, como crêem alguns, se não fazem mal perpetuam a constipação.

Estima-se que nos Estados Unidos os gastos com as constipações intestinais, só para o custo dos laxativos, orça em milhões de dólares anuais. São 2,5 milhões de visitas, por ano, aos consultórios médicos, 90.000 internações hospitalares, gerando uma multiplicidade de exames que são solicitados para investigar alterações morfológicas do intestino grosso, distúrbios de hormônios sexuais e tireoidianos, alterações fisiológicas do compartimento pélvico, ação de seus músculos, direta ou indiretamente relacionados com a mecânica terminal da ejeção das fezes, além do tempo gasto com os questionários a respeito de outros fatores etiológicos incertos.^{11,15,16}

Essas questões foram levantadas por Müller-Lissner e col.¹¹ e muitas delas são de fato pertinentes, razão porque alguns itens devem ser enumerados.

O primeiro item são os hormônios. É hábito entre nós que os pacientes com CIS sejam investigados para deficiências hormonais, corriqueiramente os tireoidianos e os gonadais, sem que os pacientes tenham quaisquer outros sintomas ou sinais da disfunção dessas glândulas. O hipotireoidismo é ocorrência rara na população dos pacientes constipados de tal forma que

não se justificam exames laboratoriais de rotina que testem a função da tireóide em pacientes com sintomas exclusivos de constipação, muito menos os que avaliam as funções ovarianas por imaginar a ocorrência semelhante do período da gravidez em que o trânsito pelos tubos do sistema digestório é sabidamente lento às custas dos altos níveis de progesterona.

Considerando a complexidade do sistema nervoso sensitivo e motor que integram e controlam as atividades do aparelho digestório e de seu funcionamento, dependentes da estabilidade do elemento central e da formação de um todo coerente com os receptores periféricos, bem como da influência hormonal e humoral de diversas substâncias localizadas no cérebro e na periferia - mormente no tubo gastrintestinal - é possível entender que disfunções motoras e sensoriais podem coexistir e serem modificadas por interferências de fatores emocionais, e da maior ou menor produção e eficiência daqueles hormônios e humores. Portanto, os hormônios gastrintestinais podem estar implicados com o problema da constipação, por vários motivos, mas esses motivos e aqueles hormônios precisam ser identificados, a correlação bem estabelecida, principalmente levando em consideração que o “intestino é o único órgão que pode apresentar reflexos e atividades neuronais integradas, mesmo quando isolado do sistema nervoso central. Esta atividade pode ser disparada por estímulos luminiais que são detectados pelos nervos por intermediação epitelial”¹⁷. Além disso, há necessidade do completo entendimento sobre a 5-hidroxitriptamina em sua ação nos vários e diferentes subtipos de receptores que há no intestino.¹⁷

Já foi demonstrada correlação positiva entre sintomas decorrentes de alterações funcionais dos intestinos e hormônios gastrintestinais, tais como motilina, gastrina e polipeptídio pancreático. Há deterioração na secreção de motilina em pacientes constipadas crônicas; a liberação de polipeptídio pancreático está diminuída em constipada que tem trânsito cólico lento, assim como a gastrina¹⁸. Os níveis basais de somatostatina (inibidor da liberação do hormônio de crescimento tem efeito inibitório sobre a peristaltismo intestinal) estão mais elevados nas pacientes constipadas, com menor correlação entre estímulo (ingestão de alimentos) e o nível desse hormônio obtido, quando comparado com pacientes normais. Paralelamente o enteroglucagon e o glucagon

pancreático estão diminuídos, após estímulos alimentares¹⁹. Ficam para ser esclarecidas quais dessas alterações são primárias, quais são secundárias.¹¹

O segundo são os laxantes. O laxante tem sido prescrito não só como constituinte das fórmulas para emagrecimento, mas também para promover desintoxicação, a limpeza orgânica (cólonterapia) com a finalidade de proteção da pessoa contra os efeitos nocivos dos ingredientes fecais - produtos naturais da digestão e da decomposição - bem como para “tratar” a constipação. A recomendação não discrimina a idade e é feita sem critérios e de forma abusiva.¹⁰, razão por que, em vista de uma ação paradoxal, essas drogas pioram a constipação.

Usando como argumento o fato de que as substâncias químicas que determinam a função dos laxantes não atravessam a barreira hemato-encefálica, não havendo, portanto, base para o fenômeno de adição; a dependência aos seus efeitos e o agravamento da constipação foi criticada por Müller-Lissner e col.¹¹ apesar da observação comum da necessidade, pelo menos entre os que fazem uso crônico de laxativos, de doses crescentes do mesmo produto para manter os efeitos inicialmente alcançados, quando não da obrigatoriedade de se recorrer periodicamente a laxantes diferentes para resultados desejáveis numa nítida demonstração da tolerância que progressivamente se estabelece e que não tem nada a ver com problema de adição e, portanto, de dependência como quiseram assinalar aqueles autores¹¹.

Assim, é improvável que o uso sistemático de laxantes, seja o abusivo ou o criterioso, possa ser apontado como causa da constipação, mas é possível e provável que, por efeito paradoxal, tanto de uma forma como de outra, perpetuem e agravem aquela condição.

As histórias clínicas contadas pelos pacientes constipados são, nesse aspecto, invariavelmente semelhantes, se não iguais, e todos já experimentaram vários dos muitos tipos de laxantes ou purgantes existentes no mercado.

Por outro lado, reconhece-se a possibilidade de que alterações de receptores nervosos mioentéricos e inervação da musculatura circular²⁰⁻²² possam ser provocadas pelo uso crônico de laxantes principalmente os compostos de fenolftaleína (suspensa por causa da suspeita de que pode estimular o aparecimento do câncer^{23,24}, além de outros efeitos como hipocalemia, hiperaldosteronismo, enteropatia perdedora de

proteína, osteomalácia, reações alérgicas e “lupus-like”, síndrome de Stevens-Johnson e lesões hepáticas), e os antracênicos.

O terceiro são as fibras. Por esse lado, salientou-se que nem todos os doentes se beneficiam com as fibras quaisquer que sejam elas, havendo, inclusive, os que observam piora da constipação intestinal, sobretudo quando se trata de fibras que favorecem ou aumentam a formação dos gases intestinais. Todavia, o desacordo ficou expresso quando se questionou o efeito constipante temporário ou permanente da dieta pobre em fibras – as que realmente não produzem resíduos fecais – principalmente quando acompanhada de grande quantidade de caseína (queijos frescos) ou de pectina (frutos pouco amadurecidos). A dieta pobre em fibra não pode ser tomada como causa, mas como fator contribuinte da constipação, a despeito do que já foi salientado sobre esse assunto, sobretudo envolvendo outras doenças intestinais²⁵⁻²⁸. Constipação e deficiências de fibras na dieta são dois termos ligados e observados, também, na população infantil em que crianças que ingerem quantidade de fibras abaixo do mínimo recomendado têm maior probabilidade (4 vezes mais) de sofrer de constipação intestinal crônica do que as que recebem dieta com fibras em quantidade acima do recomendado.²⁹ A resposta terapêutica, nos casos de constipação em que o acréscimo de fibra na dieta foi o único recurso tentado, fala a favor.

Quarto item são os exercícios físicos e a ingestão de água. Esta, fora da condição clínica de desidratação, nada tem a ver com a constipação. Aqueles são elementos que não causam a constipação nem promovem o funcionamento intestinal regular, exceto os representados pelas atividades que visam melhorar a prensa abdominal, mormente os que incluem o treinamento de coordenação motora de todo o assoalho muscular da pelve e a atividade do complexo esfíncteriano do ânus.

Há outros fatores conjunturais, uns relacionados ao aprendizado, hábitos e costumes e outros aos aspectos anatômicos e congênitos¹⁴ que podem concorrer para com o aparecimento da constipação que não se enquadram na simplicidade da classificação mostrada na tabela 2.

Por outro lado, a assunção de que a inércia cólica por definição deveria envolver alteração de receptores cólicos e distúrbios neurológicos intrínsecos que subsidiariam os sinais e sintomas da constipação

intestinal refratária ao uso de fibras vegetais, não é de fácil demonstração já que os estudos revelam dados incompatíveis com aquele raciocínio inicial, principalmente porque o trânsito lento, demonstrado pela eliminação de marcadores radiopacos e relacionados a sintomas bem definidos de constipação nem sempre são refratários ao tratamento clínico que tem como base o enriquecimento da dieta com fibras vegetais e nem são subsidiados por miopatias ou neuropatias entéricas.

Todavia, dentro da chamada inércia cólica podemos encontrar graus diferentes de alterações e, conseqüentemente, de respostas fisiológicas, que às vezes permitem a confusão entre constipação intestinal funcional, inércia cólica e síndrome do cólon irritável com constipação. A constipação, em si, tem sido atribuída às três seguintes situações: trânsito lento, síndrome do cólon irritável e disfunção do assoalho pélvico, em que as duas primeiras são passíveis de serem correlacionadas aos achados fisiológicos, o que não ocorre com a última^{1,30}. Quando se estudaram, por meio do trânsito cólico e da fisiologia anorretal, pacientes constipados refratários ao tratamento com fibras, estabelecendo-se, posteriormente, correlações entre os sintomas e os achados fisiopatológicos, pode-se observar que 58% das pessoas estudadas tinham hipersensibilidade visceral tipicamente vistas na síndrome do cólon irritável; o trânsito lento foi anotado em 47%, as anomalias do assoalho pélvico em 59% e nenhuma alteração em 24%. Houve coincidência de trânsito lento e hipersensibilidade visceral em 50% dos pacientes e nesses subgrupos foram notados aspectos fisiológicos da disfunção do assoalho pélvico, mas não houve nenhuma correlação fisiológica de distúrbio do assoalho pélvico com trânsito lento, assim como não houve correlação entre trânsito lento e hipersensibilidade visceral e esta não se correlacionou com complacência retal. Assim, o trânsito lento e a hipersensibilidade visceral típica da síndrome do cólon irritável, são igualmente comuns e se superpõem nos pacientes constipados, o que permitiu, em se tratando de constipação, identificar 4 subgrupos: síndrome do cólon irritável, trânsito lento, ambos e nenhum deles.^{1,30} Quando os pacientes constipados foram estudados de acordo com as respostas terapêuticas à administração de fibras, em ensaios em que foi possível estabelecer uma correlação entre os achados de estudos fisiológicos e o que se observou depois da terapêutica, pode-se notar

que quando houve trânsito lento e/ou distúrbios da defecação, o resultado terapêutico foi pobre - isto é 80% dos pacientes com trânsito lento não acusaram benefício algum; o mesmo ocorreu com 63% dos pacientes com distúrbios da defecação, mas houve um total de resposta positiva equivalente a 57% (20% dos pacientes com trânsito lento e 37% dos pacientes com distúrbios da defecação). Além disso, entre os pacientes com constipação, mas com trânsito normal e sem distúrbio da defecação, 85% ficaram livres dos sintomas com a alimentação rica em fibras.³⁰

Na maioria das vezes a constipação, incidente em mulheres, grande parte delas jovens, solteiras e sem qualquer motivo para alterações anatômicas ou fisiológicas do assoalho pélvico, responde bem ao tratamento clínico que visa a mudança do estilo de vida, a introdução de dieta rica em fibras e a reeducação da função intestinal. Essas pessoas desconhecem o que vem a ser o “desejo de evacuar”, mas aprendem a recuperar a função intestinal normal, evidenciando que tanto uma situação com a outra, pode ser aprendida e esse tipo de constipação tem trânsito lento.³¹

Abordagem clínica do paciente com CIS

Seguindo o que está tradicionalmente estabelecido², todos os pacientes com constipação intestinal devem ser submetidos a uma avaliação clínica criteriosa que obedece a um conjunto de regras e procedimentos bem definidos, quaisquer que sejam eles, cuja lógica deve seguir e vencer etapas comuns e finitas, para solucionar o problema de forma simples, segura e que não exija gastos excessivos. O algoritmo assim definido inclui:

a. Avaliação do paciente.

1º história clínica

- i. deve ser dirigida para determinar a natureza e a frequência das fezes,
- ii. se o problema é crônico ou recente
- iii. se há outras doenças associadas e medicações em uso
- iv. explore para saber a respeito de autome-dicação

2º exame físico

- i. estado nutricional
- ii. exame do abdômen
- iii. exame proctológico

3º exames laboratoriais que serão estritos aos dados da história clínica e aos achados do exame físico.

b. Natureza da constipação e frequência das fezes – problema recente ou crônico

1º Recente (com sintomas relevantes associados)

Avalie

- i. perda de peso, anorexia, náusea, vômitos, sangramento retal
- ii. calibre das fezes, frequência das evacuações, presença de muco
- iii. excluir lesão maligna do intestino grosso (coloscopia) - nessa seqüência, a identificação de uma causa redireciona o algoritmo para o tratamento da causa. Não se identificando doença alguma, segue:

2º Crônico com constipação moderada

- i. modificar dieta e estilo de vida
 - a. atividade física
 - b. iniciar ou aumentar a ingestão de fibras associada a óleo mineral
 - c. considerar a necessidade de laxantes suaves
- ii. exercícios sistemáticos, após o desjejum, para evacuar

3º Crônico com constipação grave

- i. Siga os itens do 2º e observe que tanto para a constipação moderada

como grave, havendo resposta ao tratamento a seqüência pode ser interrompida. Se não houver resposta ao tratamento, que obrigatoriamente deve incluir os exercícios sistêmicos para defecar, passamos para o item c seguinte.

- c. Constipação refratária ao tratamento*
**Não será discutida pois foge do escopo desse manuscrito*
 - 1º trânsito cólico – excluir trânsito lento ou inércia cólica
 - 2º estudo do assoalho pélvico (distúrbios funcionais)
- d. Constipação associada à dor e distensão abdominal de causa não identificada
 - 1º considerada para ser inserida no quadro de diagnóstico de SCIC – resposta inadequada ao tratamento com dor e distensão abdominal persistente considere:
 - i. síndrome do ceco móvel
 - a. estudo radiológico da posição do ceco

A CIS bem estabelecida, de evolução crônica em pacientes habituados a uso de laxativos, em geral ingeridos em doses crescentes ou de variável qualidade, define, na maioria das vezes, uma pessoa jovem, às vezes iniciando a 5ª. década da vida, do sexo feminino, que tem história progressiva de vários anos de tratamento sustentado, com auxílio ou não do médico, sem nenhuma investigação pertinente e com a orientação para o uso crônico de laxativos. Essas pacientes por apresentar outros sintomas abdominais relacionados à dor e distensão com freqüente flutuação da constipação – ora mais grave, ora interrompida para uma evacuação explosiva ou diarréica, nem sempre diferenciada daquela provocada pelo laxante, mas com imediato alívio do desconforto abdominal, podem ser selecionadas para receber a observação de que são

portadoras da síndrome do cólon irritável com constipação (SCIC).

A CIS, podendo incluir pacientes com trânsito intestinal lento², é de aquisição natural e está associada ao aprendizado dependente de costumes que decorrem de fortes aspectos culturais e de hábitos alimentares e a maioria delas não justifica as implicâncias com o risco de câncer muito menos com elevado custo de vários testes² fisiológicos e exames laboratoriais que nos EUA atinge o valor estimado de 6,9 bilhões de dólares anuais³², mesmo nas situações em que se pode detectar mudança no trânsito intestinal cólico^{2,31}.

A criança do sexo feminino, em nosso meio, aprende a regular as funções fisiológicas para dejeção somente em situações sempre especiais, jamais usam, por orientação, o vaso sanitário de lugares públicos (escola, cinema, restaurante, hotéis, etc) e mesmo o de outro lar que não o seu. Além disso, a menina aprende a ver o ato de urinar e evacuar ou eliminar gases como práticas rejeitadas que não se enquadram no contexto cultural da boa educação. O quadro é mais notável com a progressiva expansão das atividades femininas fora do lar, na medida em que a mulher passa a assumir um papel social duplo, dividindo como o homem o trabalho e o sustento da casa. Essa nova tarefa não lhe facultou o direito de abandonar a educação dos filhos e nem a gerência das atividades domésticas, mas a tornou assoberbada de obrigações. Dentro desse quadro, as necessidades fisiológicas que requerem “um ambiente especial” vão sendo postergadas em favor dos extraordinários. O desejo de evacuar que é a sensação de conteúdo retal e dependente do trânsito que se torna lento³¹ desaparece progressivamente, na medida da maior contrariedade, da maior complacência retal e da elevação conseqüente do limiar de sensibilidade dos receptores da ampola do reto e musculatura circunjacente.

Esse adiamento de meio período torna-se depois por um, dois e até 3 dias, fim dos quais a evacuação passa a ser pouca, de fezes fragmentadas e ressecadas; não é prazerosa, é feita com dificuldade e dor ou só ocorre com estímulos de drogas. Esses são fatores comportamentais concorrentes que se associam às refeições ligeiras pobres em resíduos, ao estilo sedentário de vida e à reiterada postura de controle intestinal que, se não podem de forma absoluta ser tomados como causa da constipação, são, no entanto, fatores agravantes. O laxante ou purgante usados como

item da automedicação perpetuam, de maneira paradoxal, a constipação. As atividades físicas na forma de exercícios diários, a despeito de opiniões contrárias³³, associadas ao aumento da ingestão de fibras, à ingestão de óleo mineral e ao ato da defecação obrigatoriamente posto em prática de forma sistemática, são elementos coadjuvantes na reconquista da função intestinal normal.

O tratamento tem, portanto, como elemento fundamental a recuperação de uma função que pode não ter substrato anatomopatológico de lesões mioentéricas ou de degeneração de receptores nervosos, e que está implicada com a reeducação e com o condicionamento operante³⁴⁻³⁶, situação em que o paciente busca estabelecer vínculos entre estímulo, resposta e reforço, e sobretudo entender sobre a necessidade de voltar a sentir “vontade de evacuar” decorrente da percepção do conteúdo retal.

Síndrome do cólon irritável

Trata-se de doença gastrointestinal relativamente comum, com variado grau de sintomas digestivos principalmente relacionados à função cólica que se expressam por dor e desconforto abdominal, por constipação, por diarreia, por constipação e diarreia, por sensação de evacuação incompleta e eliminação fecal de muco.³⁷

Os elementos clínicos essenciais para o diagnóstico de síndrome do cólon irritável estão na Tabela-3.

Mal compreendida e de origem multifatorial tem relevante impacto social e econômico já que significa um custo de US\$ 619,00 por paciente/ano o que equivale a cerca de US\$1,35 bilhões por ano. O consumo de recursos diretos de todos cuidados com saúde para pacientes com SCI variou de 742 a 3.166 dólares.³⁹ O custo da produtividade variou de 335 a 748 dólares com cifra total de gastos estimado ao redor de 205 milhões de dólares/ano. Esses valores são significativamente mais altos entre os pacientes com SCI do que na população geral. Os pacientes com SCI gastam muito mais do que qualquer outro tipo de moléstia relacionada ao trato gastrointestinal e mais do que o gasto total em saúde das pessoas que não tem SCI⁴⁰⁻⁴².

Esses aspectos, a alta prevalência da moléstia, os danos que causa à saúde do paciente e a impossibilidade de cura^{43,44} são elementos potenciais de grande pressão econômica sobre o sistema de saúde pública.³⁹

Os medicamentos atualmente disponíveis para o tratamento da SCI são mais sintomáticos do que modificadores da doença, mais inclinados a favorecer a medicina mercantilizada do que propiciar conforto para os pacientes. Além disso, os estudos farmacêuticos para a elaboração de drogas específicas para aplicação na síndrome do cólon irritável não são subsidiados por conhecimentos dos princípios etiogênicos e fisiopatológicos dessa doença, não obstante nos deixam

*Tabela 3 – Elementos essenciais para diagnóstico da síndrome do cólon irritável*³⁸

SÍNDROME DO CÓLON IRRITÁVEL

Duração de pelo menos 12 semanas, não necessariamente consecutivas, desconforto ou dor abdominal nos últimos 12 meses acompanhados de 2 dos 3 seguintes fatores:

1. Alívio com a defecação e/ou
2. Ataque associado à mudança na frequência das evacuações e/ou
3. Ataque associado com mudança na forma ou aparência das fezes.

Associações de sinais e sintomas que concorrem para com o diagnóstico de SCI

- Frequência anormal da evacuação (> 3 por dia ou < 3 por semana)
- Forma anormal das fezes (duras/cibalos ou soltas/aquosas)
- Evacuação anormal
- Eliminação de muco
- Inchaço ou sensação de distensão abdominal

*Adaptado de Thompson WG et al.*³⁸

a expectativa de que, num futuro próximo, os pesquisadores possam, desvendando os mecanismos que alteram as funções dos cólons, nos brindar com a oportunidade de alterarmos farmacologicamente a história natural dessa desafiadora doença, mas para isso ainda há, no dizer de Talley⁴⁵, muito que ser feito.

Ante toda a complexidade da SCIC ou da síndrome do cólon irritável com constipação e/ou diarreia e enquanto vivenciamos o nebuloso conhecimento a respeito, temos tido a curiosidade de estudar radiologicamente a posição anatômica do cólon direito – ângulo hepático, cólon ascendente e ceco – com técnica já descrita¹⁴, em todas as pacientes que se dizem ou não portadoras da síndrome do cólon irritável, e que na história clínica dão ênfase para sintomas de constipação flutuante (período longo de constipação intercalados por diarreia repentina em geral precedida por distensão abdominal e cólicas), por constipação crônica associada ao desconforto

abdominal da distensão gasosa, em geral, aliviado pela evacuação costumeiramente provocada por laxativos, que tenham a sensação de evacuação incompleta e que tenham ou não dor abdominal durante o ato sexual.

Por meio desse exame ou de enema opaco, inclusive em homens com queixas semelhantes, pode-se avaliar a excessiva mobilidade do cólon direito, às vezes notável na semiologia abdominal ou na coloscopia pela dificuldade de acesso ao cólon ascendente e ao ceco. O conjunto de Figuras de 1 a 4 são exemplos desses exames com contraste baritado. Entram as Figuras de 1 a 4 - exemplo

Entram as outras Figuras (2a, 2b, 3a, 3b, 4a e 4b)

Diante dessas circunstâncias, o tratamento indicado foi cirúrgico quando então se procedeu com a cecopexia ou cólonpexia (Figura-5) sem a perda de tempo com novo tratamento clínico quando drogas que,



Figura 1A – Enema opaco (decúbito) mulher (ML), 36 anos com SCIC



Figura 1B – Enema opaco (ortostático) mulher (ML), 36 anos com SCIC



Figura 2A – Trânsito cólico (Trendelenberg 15°) mulher (CM) 23 anos com SCIC.



Figura 2B – Trânsito cólico (ortostático) mulher (CM) 23 anos com SCIC.



Figura 3A – Trânsito cólico (ortostático) mulher (CRI) 28 anos, SCIC.



Figura 3B – Trânsito (Trendelenberg 15°) mulher (CRI) 28 anos, SCIC.

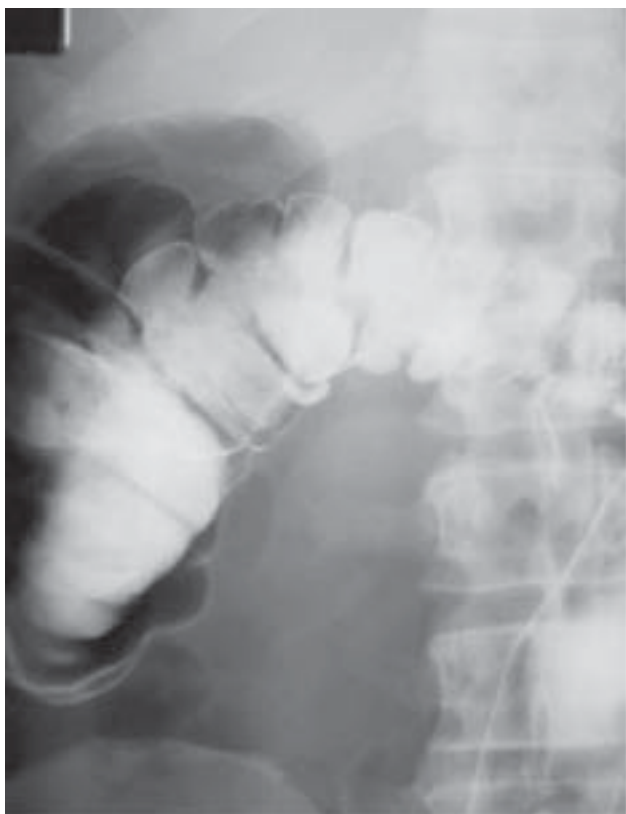


Figura 4A – Enema opaco. Homem (AOC) 44 anos.



Figura 4B – Enema opaco. Homem (AOC) 44 anos.

além de não promoverem o alívio esperado, têm preço proibitivo. Nessas situações os resultados atingidos foram plenamente satisfatórios desde que todos os pacientes tratados ficaram livres dos sintomas incluindo a constipação intestinal.¹⁴

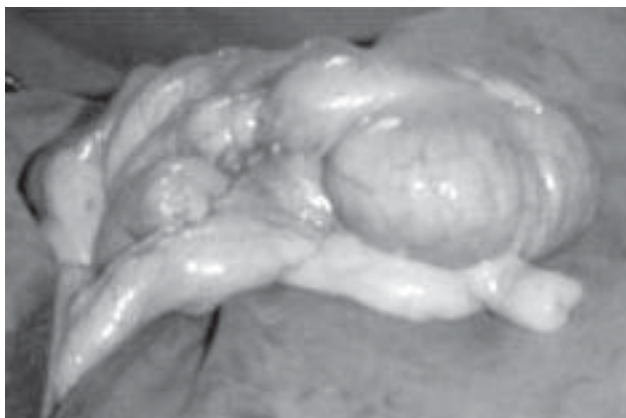


Figura 5 – Ato operatório exposição do ceco e ascendente da paciente FAL (figuras radiológicas de número 1A e 1B)

As Figuras 1A e 1B são cópias de exame contrastado do intestino grosso (enema opaco) de uma senhora de 38 anos de idade que era constipada – ficava até 6 dias sem evacuar, desde os 20 anos. Usava laxativo de forma irregular. Há 8 anos queixa-se de distensão abdominal, cólicas e, às vezes, diarreia de ocorrência repentina. Vinha sendo tratada por causa de síndrome do cólon irritável. Tomava fibra (*Plantago ovata*) e já havia tomado reguladores da motilidade intestinal (brometo de pinavério ou cloridrato de mebeverina). O quadro clínico persistente, porém variável, tinha períodos de acalmia. Nos últimos 3 anos, vinha tendo cólicas mais frequentes e duradouras. Foi vista por vários médicos – clínicos, ginecologistas, gastroenterologistas e, por último, por um cirurgião geral que solicitou o enema opaco cujo laudo tem apenas referência descritiva da posição do ceco. O último médico reforçou o diagnóstico de síndrome do cólon irritável e recomendou à paciente que procurasse um psicoterapeuta. Essa paciente foi operada no dia 4 de março de 2005 (a Figura-5 é a exposição do ceco e

cólon ascendente por uma incisão transversal supra púbica - incisão de Pfannestiel). A paciente continua usando fibras, faz exercícios regulares para educação intestinal, evacua a cada um ou dois dias, não usa laxantes, não teve mais cólicas, nem distensão abdominal e nem as diarreias repentinas.

As figuras 2A e 2B são de uma paciente de 23 anos, solteira, sexualmente ativa, que, além de constipação intestinal, distensão, cólicas abdominais e sensação de evacuação incompleta, referia dor no hipogástrio, do lado direito durante o coito, independente da posição. Era vista por médico ginecologista que, depois de investigações nas quais não encontrou anormalidades, passou a considerar a dor como sendo psicogênica, mas por causa da constipação e distensão abdominal encaminhou-a a um gastroenterologista. O último médico, considerando os sintomas intestinais e a queixa referente ao intercurso sexual, sugeriu o diagnóstico de síndrome do cólon irritável com constipação e orientou dieta rica em fibras a que acrescentou (*polycarbofila cálcica*) – 4 comprimidos diários e (*tegaserod* – 6 mg) 2 comprimidos diários. A paciente fez levantamento do custo mensal do tratamento (R\$ 326,00) e resolveu ouvir a opinião de outro médico. O exame final desse último contato foi trânsito cólico para estudo da posição anatômica do cólon direito. O resultado do exame radiológico reforçou o diagnóstico clínico de ceco móvel. A paciente foi operada e o procedimento foi cecopexia. A evolução foi boa, houve desaparecimento dos sintomas e ela está sem medicação.

As Figuras 3A e 3B são de CRI, paciente de 28 anos de idade, constipada crônica com desconforto abdominal, tal como descrito nos casos precedentes. Na imagem radiológica vêem-se ceco-ascendente e cólon transversal mergulhados na pelve. Essa paciente foi operada e está bem. Finalmente, as duas últimas imagens (enema opaco) são de AOC, sexo masculino, 44 anos que sofre de constipação intestinal e crises de distensão e dores em cólicas agudas, necessitando, nessas ocasiões, de cuidados médicos hospitalares. Em várias internações a proposição de abordagem foi cirúrgica quase sempre motivada pela distensão e a forte dor no lado direito do abdômen bem como pela justificativa de explorar e fazer o diagnóstico. O paciente recusou por reconhecer tratar-se de uma crise que passa, como sempre passou.

Na última internação, intrigado com a dor abdominal do paciente, notável inclusive à palpação, o médico assistente solicitou exame ultra-sonográfico, tomografia computadorizada abdominal e, ante o insucesso investigativo dos anteriores, a coloscopia. Por causa da observação do endoscopista, em seguida foi solicitado o enema opaco. O laudo do exame foi normal; sem menção à posição do ceco-ascendente. O paciente melhorou durante o período em que ficou em observação no hospital e recebeu alta sem os sintomas que motivaram a internação.

Procurou-me um mês depois, sem crise, mas com os sintomas de constipação, distensão abdominal e dores leves, predominantes no lado direito do abdômen. Recusou a proposta cirúrgica de terapêutica com os mesmos argumentos já mencionados, porém entendeu o motivo da constipação, da distensão, do desconforto e das dores.

Esses dados devem ser obrigatoriamente somados aos que perfilam no quadro diferencial de diagnóstico de constipação intestinal crônica e de síndrome do cólon irritável com constipação ou com constipação e diarreia, como uma nova entidade que pode substituir e explicar, se não todos, pelo menos a grande maioria dos casos em que entram aquelas duas doenças, mormente quando se ajuntam todos os desconfortos abdominais imputados aos gases, interpretados como tão presos como as fezes, e os outros sintomas relacionados com as desordens da motilidade intestinal.¹⁴

Em suma, a constipação – nociva ou não – constitui-se num problema comum cuja prevalência é tão variável, de estudo para estudo, que não é possível saber o número real – vai de 2 a 28%, tem impacto socioeconômico relevante e sobre ela ainda pairam mitos e conceitos errôneos relativos aos efeitos, às causas, aos que são os fatores de riscos e em relação ao tratamento, a despeito do grande esforço que tem sido feito, para definir normas de pesquisas clínicas embasadas numa definição de consenso do que seja a constipação intestinal.^{6,47,48}

Sobreposta a ela surge, em determinadas circunstâncias, a síndrome do cólon irritável (com constipação) que pode, eventualmente, estar associada à elevação da 5-hidroxitriptamina da mucosa intestinal, como tem sido detectado nesses pacientes, sugerindo, assim, um papel para a serotonina no aparecimento dos sintomas típicos

daquela síndrome, na dependência de qual receptor e que fração do hormônio está em ação.⁴⁹ A complexidade do sistema nervoso que controla as funções digestivas, sua integração central e periférica e a reconhecida independência do intestino como um órgão com poder de apresentar reflexos e

atividades neuronais integradas, mesmo quando isolado do sistema nervoso central, tornam difíceis as interpretações a respeito dessa doença, principalmente quando a síndrome do ceco móvel, decorrente de anomalia anatômica congênita, tem os mesmos sinais e sintomas.¹⁴

SUMMARY: Chronic intestinal constipation and irritable bowel syndrome are two common illnesses and of the most frequent sights in the medical doctor's offices, mainly reaching the feminine population. Both are functional intestinal disorders; the first one, in the great majority of the times, can be considered as consequent to the learning where partner-cultural factors exert fort aiming but that can also be associated to a great variety of intrinsic intestinal riots as well as iatrogenic external factors. The second one, the irritable bowel syndrome is a gastrointestinal functional disorder, as it is the constipation, but with different physiopathological bases very and little known where the detached elements are the modified motility and abnormal visceral sensation, both interlaced for psychosocial factors of such complexity that they can include the experiences that result from the sexual aggressions⁴⁴. However IBS continues to be a challenging disease to manage. Both diseases have overlapped symptoms mainly when patients with irritable bowel syndrome report a predominant complains of constipation making difficult to differentiate between these two disorders situation when the two illnesses confuse and embarrass the doctor. Recommendations by American Gastroenterological Association¹ based on medical position statement to solve those problems are "(1) more rational and, where possible, less invasive diagnostic approaches, and (2) more rational and efficacious therapies that will improve the quality of life, both of which should have (3) beneficial fiscal and logistic impacts on the health care system."

Key words: chronic intestinal constipation, irritable bowel syndrome, mobile cecum.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mertz H, Naliboff B, Mayer EA. Symptoms and physiology in severe chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:131-138.
2. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines on constipation. *Gastroenterology* 2000;119:1761-78.
3. El-Salhy M, Norrgard O, Spinnell S. Abnormal colonic endocrine cells in patients with chronic idiopathic slow-transit constipation. *Scand J Gastroenterol* 1999;34:1007-1011.
4. Emmanueal A, Kamm M. Laser Doppler flowmetry as a measure of extrinsic colonic innervation in functional bowel disease. *Gut* 2000;46:212-217.
5. Lyford GL, He CL, Soffer E, et al. Pan-colonic decrease in interstitial cells of Cajal in patients with slow transit constipation. *Gut* 2002;51:496-501.
6. Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. *N Engl J Med* 2003;349:1360-1368.
7. Camilleri M, Thompson WG, Plesman JW, Pemberton JH. Clinical management of intractable constipation. *Ann Intern Med* 1994;121:52-028.
8. Rao SS, Welcher KD, Leistikow JS. Obstructive defecation: a failure of rectoanal coordination. *Am J Gastroenterol* 1998;93:1042-50.
9. Morais BM, Maffei HVL. Constipação intestinal. *J Pediatr* 2000, 76;2(supl):S147-156.
10. Santos Jr JCM. Laxantes e purgativos – o paciente e a constipação intestinal. *Rev bras Coloproctol* 2003;23:130-134.
11. Muller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, et al. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2005;100:232-42.
12. Ashraf W, Park E, Lofj J, Quigley EM. An examination of the reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 1996;91:26-32.
13. Mertz H, Naliboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 1999;04:609-15.
14. Santos Jr JCM, Cavalca AC, Caso CEQ – Síndrome de ceco móvel – Mito ou realidade? *Rev Bras Coloproctol* 2004;24:153-158.
15. Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci* 1989;34:606-611.
16. Goodman C, Cronin K, Gemmen E, et al. The Burden of Gastrointestinal Diseases. Bethesda, Md: **American Gastroenterological Association** 2001:2-65, 409-415.
17. Gershon MD. Review article: serotonin receptors and transporters - roles in normal and abnormal gastrointestinal motility. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20(Suppl 7):3-14.

18. Preston DM; Adrian TE; Christofides ND Positive correlation between symptoms and circulating motilin, pancreatic polypeptide and gastrin concentrations in functional bowel disorders **Gut** 1985;26:1059-64.
19. van der Sijp JR, Kamm MA, Nightingale JM. Circulating gastrointestinal hormone abnormalities in patients with severe idiopathic constipation. **Am J Gastroenterol** 1998;93(8):1351-6.
20. Schouten WR, ten Kate FJ, de Graaf EJ, et al. Visceral neuropathy in slow transit constipation: an immunohistochemical investigation with monoclonal antibodies against neurofilament. **Dis Colon Rectum** 1993, 36:1112-17.
21. Park HJ, Kamm MA, Abbasi AM, et al. Immunohistochemical study of the colonic muscle and innervation in idiopathic chronic constipation **Dis Colon Rectum** 1995;38:509-13.
22. Manzione CR, Manzione TS. Melanose colônica. Achado endoscópico ou sinal de distúrbio funcional induzido por medicação? Anais XIV Assembléia Cirúrgica Oncológica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – Sessão de Temas Livres – Coloproctologia – São Paulo, 2004:64.
23. <http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/NEW00589.html>
24. Dunnick JK and Hailey JR. Phenolphthalein exposure causes multiple carcinogenic effects in experimental model systems. **Cancer Research** 1996; 56: 4922-26.
25. Burkitt DP, Walker AR, Painter NS. Effect of dietary fiber on stools and transit time and role in the causation of disease. **Lancet** 1972; 2:1408-12.
26. Hunt R, Fedorak R, Frohlich J, McLennan C, Pavilanis A. Therapeutic role of dietary fiber. **Canad Fam Phys** 1993;39:897-909.
27. Burkitt DP. Related disease - related cause? **Lancet** 1969; 2:1229-31.26.
28. Trowell H, Southgate DAT, Wolever, et al. Dietary fiber redefined. [Letter] **Lancet** 1976; 1:967.
29. Morais MB, Vítolo MR, Aguirre ANC, Fagundes-Neto U. Measurement of low dietary fiber intake as a risk factor for chronic constipation in children. **J Pediat Gastroenterol Nutr** 1999; 29:132-5.
30. Voderholzer WA, Schatke W, Muhldorfer BE, et al. Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation. **Am J Gastroenterol** 1997;92:95-8.
31. 28. Klauser AG, Voderholzer WA, Heinrich CA, et al. Behavioral modification of colonic function. Can constipation be learned? **Dig Dis Sci** 1990;35:1271-75.
32. Talley NJ. Definition, epidemiology, and impact of chronic constipation **Rev Gastroenterol Disord** 2004;4(supl.2)S3-10.
33. Meshkinpour H, Selod S, Movahedi H, et al. Effects of regular exercise in management of chronic idiopathic constipation. **Dig Dis Sci** 1998;43:2379-83.
34. Skinner, B.F. Are theories of learning necessary? **Psychol Review** 1950;57:193-216.
35. Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan.
36. Skinner, B.F. *Beyond Freedom and Dignity*. New York: 1971.
37. Finkler SA. The distinction between cost and charges. **Ann Intern Med** 1982; 96: 102-9.
38. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al, eds. *Rome II: The Functional Gastrointestinal Disorders: Diagnosis, Pathophysiology and Treatment: A Multinational Consensus*. McLean, **Va Degnon Associates** 2000:351-432.
39. Inadomi JM, Fennerty MB, Bjorkman D. Systematic review: the economic impact of irritable bowel syndrome **Aliment Pharmacol Ther** 2003;18:671-82.
40. Camilleri M, Williams DE. Economic burden of irritable bowel syndrome. Proposed strategies to control expenditures. **Pharmacoeconomics** 2000; 17(4): 331-8.
41. Jacobs P. *The Economics of Health and Medical Care*. Rockville, MD: Aspen Publishers, 1991.
42. Schramm C. *Health Care and its Costs*. New York: Norton, 1987.
43. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. **Gastroenterology** 2002; 122: 1500-11.
44. El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. **Aliment Pharmacol Ther** 2002; 16: 1171-85.
45. Talley NJ. Functional bowel disease, topic of Lower GI Dysmotility Disorders, in American College of Gastroenterology **69th Annual Scientific Meeting and Postgraduate Course**. October 29 - November 3, 2004, Orlando, Florida.
46. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: A critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. **Am J Gastroenterol** 2001, 96:1340-1349.
47. Thompson WG, Creed F, Drossman AS, et al. Functional bowel disease and functional abdominal pain. **Gastroenterol Int** 1992;5:75-91.
48. Locke GR III, Pemberton JH, Phillips SF. AGA technical review on constipation. **Gastroenterology** 2000;119:1766-78.
49. Miwa J, Echizen H, Matsueda K, Umeda N. Patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome (IBS) may have elevated serotonin concentrations in colonic mucosa as compared with diarrhea-predominant patients and subjects with normal bowel habits. **Digestion** 2001;63:188-9.

Endereço para correspondência:
INSTITUTO DE MEDICINA
Júlio César M Santos Jr, TSBCP
Av. Min. Urbano Marcondes, 516
12520-230 – Guaratinguetá (SP)
E-mail: instmed@provale.com.br