

LAXANTES E PURGATIVOS - O PACIENTE E A CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

JÚLIO CÉSAR MONTEIRO DOS SANTOS JÚNIOR - TSBCEP

SANTOS JUNIOR JCM. Laxantes e Purgativos - O Paciente e a Constipação Intestinal. *Rev bras Coloproct*, 2003;23(2):130-134

RESUMO: Estão bem estabelecidos os critérios clínicos para o tratamento da constipação intestinal infantil no adulto ou no idoso. Contudo, o uso popular de laxativos e purgativos sustentado por propagandas de cunho meramente comercial veiculadas pela mídia e, às vezes, indevidamente sustentado por orientação médica, persiste como forma de "tratamento" medicamentoso de escolha daquele "sintoma", com significativo prejuízo para os pacientes. Os laxantes e purgantes não se prestam para o tratamento de doença alguma e, em casos excepcionais, sob orientação médica criteriosa, podem ser prescritos para a evacuação intestinal abrupta, em geral necessária como preparo pré-operatório, para procedimentos radiológicos e endoscópicos intestinais, entre outros motivos. Excepcionalmente, sob adequada orientação médica, os laxantes e congêneres serão aconselháveis, como adjuvante inicial, no tratamento da constipação intestinal crônica.

Unitermos: laxantes, purgantes, constipação intestinal crônica

INTRODUÇÃO

São incríveis a frequência e a facilidade com que os laxantes ou purgantes são prescritos para tratar a constipação intestinal de pacientes idosos, jovens e crianças.

Não fora a reconhecida procedência dos responsáveis, poderíamos dizer que se trata de curiosos impressionados com a propaganda que alguns segmentos da indústria fazem, pela mídia, conferindo aos laxantes propriedades curativas e cosméticas com qualidades fundamentais para o "tratamento" da constipação intestinal e da acne vulgar, para o embelezamento da pele facial, num tom barulhento, mas que não impressiona os que deveriam ter responsabilidades com o que se propaga comercialmente a respeito do que um produto é ou não é capaz de proporcionar ao usuário em termos de saúde.

Substâncias que alteram funções motoras, absorptivas e secretórias do trato gastrointestinal podem produzir constipação ou diarreia, desidratação e má-nutrição. Não se prestam para o tratamento de doença alguma e, em casos excepcionais, sob orientação médica, podem ser prescritas para a evacuação intestinal abrupta, em geral necessária como preparo pré-operatório, para procedimentos radiológicos e endoscópicos intestinais, entre outros motivos. Assim, não tem nada a ver com acne vulgar e não tem propriedades terapêuti-

cas para a constipação intestinal, mesmo porque a constipação pode não ser doença e, como sintoma, na maioria das vezes, deve ser orientador para busca de sua causa básica e, portanto, não tratada como doença.

A constipação intestinal **de causa funcional** pode, efetivamente, ser tratada com aumento da ingestão de dietas ricas em fibras ou complementada com fibras vegetais, líquidos e exercícios, a que se associa uma criteriosa reeducação do hábito intestinal.

A constipação intestinal da criança, do adulto e do idoso na sua mais variada etiologia e complexidade é motivo relevante para consulta ao médico.

Na faixa etária infantil, cerca de 25% do movimento nos consultórios dos gastroenterologistas pediátricos está relacionado a queixas referentes à constipação intestinal. Poucas dessas crianças sofrem de doença orgânica justificadora do sintoma.²⁻⁴

A maioria dos adultos que padece de mal semelhante acabam sendo, também, enquadrados no grupo da constipação intestinal simples, raramente exigindo modalidades sofisticadas de investigação, principalmente quando o médico não se esquece de afastar as causas malignas de constipação intestinal.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

O volume de líquido que entra no intestino é variável e dependente de diversos fatores. Em geral, no adulto, um volume médio de 9 litros de líquidos

entra no intestino delgado como resultado da soma de volumes ingeridos (2 litros) e de secreções próprias do tubo gastrintestinal (7 litros). Oitenta por cento desse volume é absorvido na parte alta do trato digestório; 1,5 litros no íleo e o volume restante, menos o que fica nas fezes - cerca de 100 ml - é absorvido no intestino grosso. Conclusão: mais ou menos 8 litros de água são absorvidos pelo intestino delgado (representa 50% de sua capacidade de absorção). Qualquer perturbação que reduza a absorção intestinal sobrecarrega o cólon que pode absorver até 5 litros de água por dia. Se a entrada de líquido no ceco excede esse volume produzirá diarreia; ao contrário, excessiva absorção de água provocará a formação de fezes ressecadas, viabilizando uma situação que se denomina de constipação¹.

A absorção de água, nos cólons, é secundária ao transporte ativo de sódio, de caráter primariamente eletrogênico. O sódio é absorvido na forma de cloreto de sódio, sendo que o cloreto é absorvido por um mecanismo eletricamente neutro, isto é, o cloreto é trocado pelo ácido carbônico.

A absorção de nutrientes pelo intestino grosso é desprezível, mas ele pode absorver ácidos graxos de cadeia curta que por sua vez estimula a absorção de água e eletrólitos, ao contrário do que ocorre com ácidos graxos de cadeia longa (mais de 12 carbonos) e os ácidos biliares que diminuem a absorção de água e eletrólitos e contribuem para a diarreia.

Vários hormônios e neurotransmissores, incluindo a somatostatina, os opióides, os agonistas dopaminérgicos e adrenérgicos, o hormônio antidiurético, os peptídeos intestinais vasoativos, as prostaglandinas e os agonistas colinérgicos influenciam o fluxo de água e eletrólitos pela parede dos cólons, de tal forma que qualquer substância que interfira com esses hormônios ou enzimas modifica a capacidade de absorção dos cólons.

São vários os medicamentos que podem, por diferentes mecanismos de ação, ser provocadores de constipação intestinal. Dentre eles, alguns mais conhecidos estão agrupados na Tabela-1.

Outros, por mecanismos semelhantes ou por outros meios, podem provocar resultados contrários, seja aumentando a capacidade secretória intestinal ou diminuindo a absorção e estimulando o peristaltismo. Além desses aspectos físico-químicos, há os fatores que facilitam ou impedem o trânsito intestinal; esses são diversos e envolvem diferentes tipos de doenças. Há, entre eles, um que não caracteriza uma moléstia, mas pode ser considerado importante para ênfase aos propósitos desse artigo. Trata-se da educação e condicionamento da função evacuatória dos intestinos, seguida de constipação.

Esse destaque nos deixa a salvo, qualquer que seja o critério usado para classificar as causas da constipação, que são muitas, para reforçar a idéia de que laxante não é remédio para tratar constipação, algumas simples e outras complicadas.

Tabela 1 - Principais produtos que causam constipação intestinal

antiácidos	1. hidróxido alumínio 2. carbonato de cálcio
anticolinérgicos	
antidiarréicos	1. pectina 2. caseína
antiparkinsonianos	
antidepressivos	1. tricíclicos 2. lítio
antihipertensivos/antiarrítmicos	bloqueadores do canal de cálcio
metais	1. bismuto 2. ferro 3. metais pesados
opióides	
laxativos	uso crônico
antiinflamatórios não esteroidais	
simpatomiméticos	pseudo-efedrina

Tabela 2 - Grupos de laxativos segundo a velocidade de ação e o resultado

Fezes macias	Fezes semilíquidas	Fezes líquidas
Formadores de fezes volumosas e macias	Laxativos estimulantes	Laxativos osmóticos
Farelo	Derivados do difenilmetano	Fostato de sódio
Psilium	a. fenolftaleína	Sulfato de magnésio
Plantago	b. bisacodil	Citrato de magnésio
Goma Guar		Sorbitol
		Manitol
Surfactantes	Derivados antraquinônicos	Óleos surfactantes
	a. sene	Óleo de rícino
Lactulose	b. cascara sagrada	
	c. aloe	
	d. ruibarbo	

A constipação pode ter como causas as seguintes:

1. Hábitos e dietas
 - a. dieta sem fibras;
 - b. uso excessivo de alimentos constipantes (ricos em pectina e caseína);
 - c. inanição;
 - d. inibição da função fisiológica da defecação;
 - e. uso sistemático de laxantes.
2. Desordens funcionais e estruturais
 - a. obstrução do cólon;
 - b. obstrução anal;
 - c. miopatias ou neuropatias viscerais (congenitas e adquiridas).
3. Anomalias neurológicas extra-intestinais
 - a. centrais;
 - b. periféricas.
4. Distúrbios psiquiátricos
 - a. depressão;
 - b. psicose;
 - c. anorexia nervosa.
5. Doenças endócrinas ou metabólicas
 - a. do adulto;
 - b. da criança.
6. Iatrogênicas
 - a. "fármacos" (codeína, laxantes, antidepressivos, ferro, anticolinérgicos, etc).

Em cada uma dessas circunstâncias é bem pouco provável que o uso sistemático de laxantes seja uma opção de "tratamento".

Os medicamentos que agem na função absorptiva e secretória intestinal e modificam a consistência, forma e a quantidade das fezes, popularmente são divididos em laxantes e purgantes ou catárticos, de acor-

do com a rapidez e o produto de sua ação. Os laxantes são mais suaves e demoram mais para agir (de 6 horas a 3 dias); os purgantes são drásticos e agem rapidamente (de 1 a 3 horas). Aqueles promovem fezes macias ou pastosas, eventualmente diarréicas e, estes, evacuação aquosa e volumosa.

Essa divisão não segue a classificação farmacológica que usa apenas a denominação genérica de laxantes para agrupar essas substâncias, independente de seu mecanismo de ação e seu poder "laxativo" ou "catártico". Nessa concepção, elas são agrupadas de acordo com o padrão de efeito e o tempo que leva para que o efeito seja produzido, com uma dose clínica habitual, como no agrupamento da Tabela-2.

Pretendo separar desse grupo (Tabela-2), para fins de raciocínio que se prende aos objetivos desse artigo, as substâncias que são formadoras de fezes macias e volumosas, particularmente as fibras de origem vegetal, que serão doravante referidas apenas como "fibras" para distinguí-las dos outros, que serão simplesmente denominados de "laxantes".

A constipação intestinal simples, ou seja, não decorrente de doenças, deve receber tratamento especial no qual há pouco lugar para os "purgantes" ou "laxantes", que podem eventualmente ser usados com parcimônia, em caráter excepcional, para, numa fase inicial, auxiliar na mudança do hábito intestinal que deve ser incentivado com exercícios físicos e com a reeducação da função, caracterizando o que podemos denominar mudança no "estilo de vida".

Definindo a constipação como evacuação incompleta e difícil de fezes sistematicamente ressecadas, qualquer que seja a frequência em um determinado período de tempo, para não confundir como constipada a

pessoa que evacua bem, a cada 3 ou 4 dias, resta determinar os fatores de risco para a obstipação intestinal, que podem ser assim enumerados:

1. Dieta
2. Ingestão de líquidos
3. Exercícios
4. Medicamentos e outros fatores

1. Dieta

A constipação tem sido um problema que prevalece em diferentes culturas, associada a hábitos alimentares que incluem alimentos industrializados, altamente refinados, conseqüentemente pobres em fibras vegetais, provavelmente por que elas estão associadas com o aumento da frequência dos movimentos intestinais, da massa fecal e com a diminuição do trânsito intestinal⁵⁻⁸, entre outros efeitos favorecendo o melhor estado de saúde⁸⁻¹².

2. Ingestão de líquidos

A baixa ingestão de líquidos tem sido associada à constipação intestinal pela observação de que esse fato se relaciona a um trânsito intestinal lento¹³ (cólico) e a diminuição da exoneração fecal¹⁴, em adultos sadios. Isso ocorre particularmente com os idosos que, em geral, bebem pouca água^{15,16}, mas pode ser estendido a um segmento maior da população¹⁰. Contudo, além de estudos limitados^{17,1}, não há nenhum grande trabalho que nos traga conclusões contundentes a respeito da efetividade da maior ingestão de água no trato da constipação intestinal.

3. Exercícios

A constipação intestinal é mais comum entre as pessoas que têm hábito de vida sedentário ou são inativas^{10,19,20}.

4. Medicamentos e outros fatores

Vários medicamentos agem como constipantes e entre eles podem ser destacados, paradoxalmente, os laxativos usados de maneira sistemática; os anticolinérgicos, antiácidos, antidepressivos, os antiinflamatórios não esteroidais, além de outros fatores, tais como os estados psicológicos de ansiedade e depressão bem como as situações que se caracterizam por perturbações das funções cognitivas²¹⁻²⁵.

Para todos esses casos, exceto os que poderiam ser representados por pessoas definitivamente acamadas, o uso de laxativos não é apropriado.

A mudança no estilo de vida, que inclui modificações na dieta, a maior atividade física, a ingestão de maior quantidade de líquidos, reeducação intestinal e o auxílio de preparados de "fibras vegetais" podem ser os componentes de terapêutica de sucesso para a maioria dos casos de constipação intestinal crônica. Em situações mais graves, mesmo no paciente adulto ou jovem, numa fase inicial da abordagem, o concurso dos "laxativos" pode ser necessário e aconselhável, desde que o médico se preocupe em excluir uma doença que possa ser alinhada como fator causal^{26,27}. Somente uma minoria de pacientes constipados crônicos, refratários aos tratamentos habituais, será submetida a outros tipos de investigações clínicas e para eles poderá restar terapêutica agressiva que poderia incluir a colectomia subtotal ou total²⁷.

SUMMARY: Defecation can be promoted by laxative. However, its public overuse as a self medication is based on individuals' perception of constipation reflecting a "misconception" of what frequency of bowel movement is normal, desirable or necessary. In addition to perpetuating dependence on drugs, the laxative habits may provide the basis for serious gastrointestinal disturbances".¹

Key words: laxatives, intestinal constipation

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brunton LL. Agents affecting gastrointestinal water flux and motility; emesis and antiemetics; bile acids and pancreatic enzymes. In Goodman & Gilman's (eds.) The pharmacological basis of therapeutics. Ninth Edition. International Edition McGraw-Hill; 1995,917-28.
2. Molnar D, Taitz LS, Urwin OM, et al. Anorectal manometry results in defecation disorders. *Arch Dis Child*; 1983,58:257-61.
3. Weaver LT, Steiner H. The bowel habits of young children. *Arch Dis Child*; 1983,59:649-52.
4. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment - a medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. <http://www.naspgan.org/PDF/constipation.pdf>
5. Heaton KW. Cleave and the fibre story. *J R Nav Med Serv*; 1980,66:5-10.
6. Gear JS, Brodribb AJ, Ware A, et al. Fibre and bowel transit times. *Br J Nutr*; 1981,45:77-82.
7. Taylor R. Management of constipation: high fibre diets work. *BMJ*; 1990,300:1063-4.

8. Spiller RC. Pharmacology of dietary fibre. **Pharmacol Ther**;1994,62:407-27.
9. Muller-Lissner SA. Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: a meta-analysis. **Br J Clin Res**; 1988,296:615-7.
10. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. **Am J Public Health**; 1990,80:185-9.
11. Bennett WG, Cerda JJ. Dietary fiber: fact and fiction. **Dig Dis**; 1996;14(1):43-58.
12. Nair P, Matberry IF. Vegetarianism, dietary fibre and gastrointestinal disease. **Dig Dis**;1996,12:177-85.
13. Towers AL, Burgio KL, Locher R, et al. Constipation in the elderly: influence of dietary, psychological, and physiological factors. **J Am Geriatr Soc**; 1994;42:701-6.
14. Klausner AC, Beck A, Schindlbeck NE, et al. Low fluid intake lowers stool output in healthy male volunteers. **Z Gastroenterol**; 1990,28:606-9.
15. Richards-Hall G, Rake B, Kartens M, et al. Managing constipation using a research based protocol. **Medsurg Nursing**;1995,4:11-21.
16. Maestri-Banks A, Burns D. Assessing constipation. **Nursing**;1996,92:28-30.
17. Sculati O, Giampiccoli G. Clinical trial of a new preparation with high concentration of dietary fibre. **Curr Ther Res**; 1984,36:261-65.
18. Andorsky I, Goldner F. Colonic lavage solution (polyethylene glycol electrolyte lavage solution) as a treatment for chronic constipation: A double-blind, placebo controlled study. **Am J Gastroenterol**;1990,85:261-65.
19. Romero Y, Evans JM, Fleming KC, et al. Constipation and fecal incontinence in the elderly population. **Mayo Clin Proc**;1996,71:81-92 .
20. Lederle FA. Epidemiology of constipation in the elderly patients. Drug utilization and cost-containment strategies. **Drugs Aging**;1995,6:565-9.
21. Monane M, Avorn J, Beers MH, et al. Anticholinergic drug use and bowel function in nursing home patients. **Arch Intern Med**;1993,53:633-8.
22. Harari D, Gutwitz JH, Minaker KL. Constipation in the elderly. **J Am Geriatr Soc**;1993,41:1130-40.
23. Gattuso JM, Kamm MA. Adverse effects of drugs used in the management of constipation and diarrhoea. **Drug Saf**; 1994,10:47-65.
24. Carty SL. Constipation as a side effect of opioids. **Oncol Nurs Forum**; 1994,21:739-45.
25. Jones RH, Tait CL. Gastrointestinal side-effects of NSAIDs in the community. **Br J Clin Pract**;1995,49:67-70.
26. Kamm MA. Constipation. **Br J Hosp Med**;1989,41:244-50.
27. Camilleri M, Thompson WG, Pleshman JW, Pemberton JH. Clinical management of intractable constipation. **Ann Intern Med**;1994,121:520-8.

Endereço para correspondência:

Júlio César Monteiro dos Santos Júnior
Instituto de Medicina
Av. Min. Urbano Marcondes, 516 - Vila Paraíba
12.515-230 - GUARATINGUETÁ (SP)