

# INCONTINÊNCIA FECAL

## O que fazer?

MIROSLAVA GONÇALVES, JAIME MENDES, MARIA JOSÉ LEAL  
Serviço de Cirurgia Pediátrica. Hospital St. Maria - Hospital D. Estefânia. Lisboa.

### RESUMO

Várias são as patologias orgânicas ou funcionais que podem interferir com os mecanismos da defecação. Os AA apresentam 4 casos clínicos com incontinência fecal: - 1 falsa encoprese - 2 mielomeningoceles - 1 anastomose ileo-anal (colectomia total em D. de Behçet). Todos os casos foram avaliados manométricamente, e operados com miorrafia dos levantadores do recto, plastia dos músculos glúteos, com aproximação e sutura mediana, sem dissecação circunferencial do recto, solidarizando músculos contíguos de inervação independente. Na incontinência por anastomose ileo-anal foi previamente feita ileostomia e reconstruída uma *bolsa* rectal. Nos outros casos não foi feita qualquer derivação intestinal. Em 3 casos os pós operatórios decorreram sem incidentes tendo havido uma nitida melhoria da continência. No outro caso (mielomeningocele) verificou-se uma complicação - abcesso com deiscência de sutura - o que contribuiu muito provavelmente para um resultado menos satisfatório. Depois de claramente despistados os casos de incontinência, a técnica utilizada é de simples execução, usando para a reconstrução anatómica e funcional grupos musculares vizinhos capazes de melhorar os mecanismos de continência.

### SUMMARY

#### Fecal Incontinence - What to do?

There are various functional or organic pathologies that can interfere with the defecation mechanism. The authors present 4 clinical cases with fecal incontinence: - 1 false encoprese - 2 myelomeningoceles - 1 ileo-anal anastomose (total colectomy in Behçet disease). All cases were evaluated manometrically and operated with myorrhaphy of the rectum levators, plasty of gluteus muscles with approximation and median suture, (without rectum circumferential dissection), associating contiguous muscles of independent enervation. In incontinence due to ileo-anal anastomose, a prior ileostomy was made and an S ileal anal-pouch reconstructed. In other cases any intestinal derivation was made. In 3 cases, post operation treatment went well without incidents and there was a clear improvement in the continence. In the other case (myelomeningocele) a complication developed - an abscess with suture dehiscence - which most likely contributed to a less satisfactory result. After the incontinence cases being entirely studied the technique followed is easy to use, adopting neighboring muscular groups capable of improving the continence mechanism.

### INTRODUÇÃO

Várias são as causas conducentes à incontinência fecal, todas elas envolvendo alterações da sensação da necessidade de defecar. É constante a falência dos mecanismos do complexo esfíncteriano, por déficit de inervação e/ou alterações anatómicas do mesmo - certo tipo de doentes vertebro medulares, disrafias do tubo neural, malformações congénitas ano rectais complexas envolvendo o sacro e a silha dos levantadores, traumáticas, iatrogénicas pós cirurgia pélvica, etc...<sup>1</sup>

Diversas são as técnicas propostas para melhorar estes casos substituindo a ineficácia do complexo esfíncteriano por *material* muscular estriado competente. A clássica técnica de Pickrell (1952) usando uma transposição de músculo recto interno é laboriosa, de resultados muito variáveis, e não aplicável a crianças de baixo grupo etário.<sup>2</sup> Outras técnicas foram descritas antes e depois de Pickrell com notória superioridade quer anatómica, funcional e de execução técnica, como a dos retalhos dos músculos grandes glúteos a envolver o recto, processo menos complicado, que usa um músculo contíguo e de acção sinérgica, mas que obriga a

uma dissecação circunferencial da ampola rectal, manobra não isenta de complicações.<sup>3,4</sup>

Para obviar a estas, os autores modificaram a técnica utilizando os músculos grandes glúteos solidarizando-os à *silha* reconstruída dos levantadores, e ao próprio recto sem no entanto proceder à dissecação circunferencial do mesmo e ao seu envolvimento pelos retalhos musculares.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram operados 4 doentes de idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos, 2 do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

Tratava-se de incontinências fecais determinadas pelas seguintes patologias:

A - 1 falsa encoprese.

B; C - 2 mielomeningocelos.

D - 1 anastomose ileo anal por colectomia total (D. de Behçet)

O grau de incontinência era desde o moderado ao muito grave e no estudo manométrico a contracção voluntária (c.v.) e a sensação de distensão (s.d.) da ampola rectal provocada por um volume do balão até 40 c.c., variavam segundo o descrito no *quadro 1*.

Todos os doentes foram submetidos a miorráfia dos levantadores (MR Ls) e miorráfia dos glúteos (MR Gs) sem qualquer derivação intestinal exceptuando a D.

O caso A veio referenciado como encoprético, sujava frequentemente a cueca, e por esse motivo tinha acompanhamento psicológico. Verificou tratar-se duma falsa encoprese, pois o doente não fazia retenção fecal, ao toque rectal não foi encontrado o típico fecaloma, e o registo manométrico não tinha as características ondas bifásicas, frequentemente observadas naquela patologia.

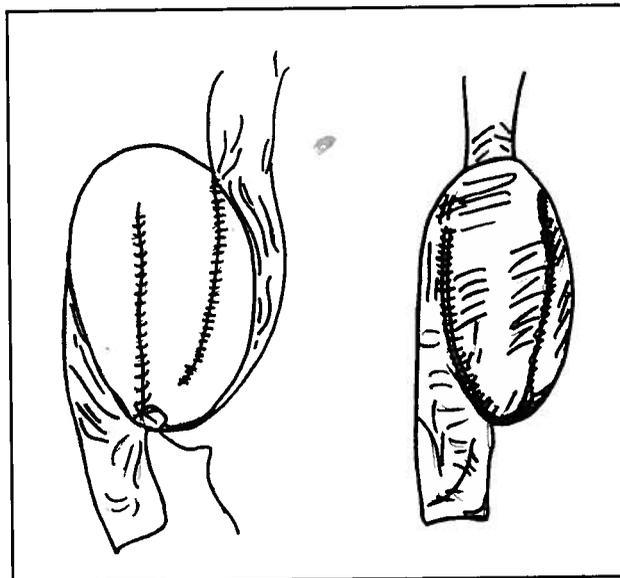
A radiografia da coluna lombo-sagrada revelou sacralização L5 S1 e a Electromiografia (E.M.G.) um reflexo anal paradoxal.

Os doentes B e C, mielomeningocelos, não tinham qualquer retenção fecal rectal - Incontinência total, e as

fezes eram expulsas em permanência segundo o ritmo de contracção autónoma do colon.

A doente D sofria de doença de Behçet, resistente à terapêutica médica, e quando a situação cólica se tornou incontável foi submetida a colectomia total no Reino Unido, do que resultou uma incontinência muito grave, apresentando extensas lesões ulcerosas do perineo, e um perfil psicológico e comportamental difícil de abordar.

Perante a gravidade da situação esta doente foi posta em ileostomia temporária e construído um reservatório ileal em S (*fig. 1*) tendo neste mesmo tempo abdominal, sido feita miorráfia anterior dos levantadores.



*Fig. 1* - Esquema do reservatório ileal - rectal - confeccionado no doente D, que sofria de Doença de Behçet

Depois da MR Ls e MR Gs, e encerrada a ileostomia, foi mantida terapêutica médica de suporte da doença de base e adjuvante, para retardar o trânsito intestinal.

*Quadro 1* - Avaliação pré-operatória dos doentes que foram operados por incontinência fecal.

Diagnóstico	Grau de incontinência	Manometria		E.M.G.
		c.v.	s.d.	
A Falsa Encoprese (16A) (fusão L5/S1)	moderado	++	++	reflexo anal paradoxal
B Mielomeningocele (6A) Lombo-sagrado	grave	- +	+	-
C Idem (11A)	grave	- +	+	-
D Anast. ileo anal (9A) colectomia total D. de Behçet	muito grave	- +	+	não colaborou

+++ considerado normal

c.v. contracção voluntária

s.d. sensação de distensão

**TÉCNICA OPERATÓRIA**

Como preparação operatória são feitos clisteres salinos e estabelecida uma dieta essencial, caloricamente equilibrada desde os 3 dias que precedem a intervenção.

O doente é colocado em posição de pronação com o períneo elevado. Incisão longitudinal no sulco interglúteo desde cerca de 1 cm do bordo anal até ao coccis, pela linha sagital posterior até à parede do recto, afastando o coccis e levando a dissecação o mais proximal possível. Referenciação dos levantadores do recto procedendo à sutura mediana posterior dos mesmos com controle digital endorectal (através de protecção com latex previamente instalado) procurando restabelecer um ângulo do canal anal adequado (fig. 2). Isolamento dos feixes internos dos grandes glúteos com aproximação mediana dos mesmos por deslizamento, sutura com pontos separados com poliglacti-

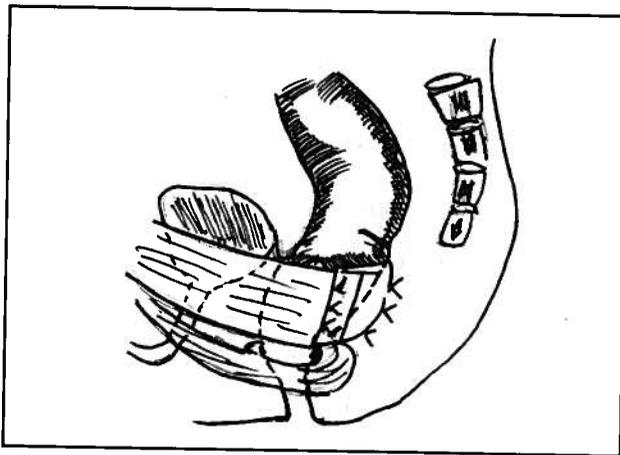


Fig. 2 - Esquema em corte longitudinal da Miorrafia dos levantadores com estabelecimento do ângulo do canal anal adequado.

na 2/0 ou 3/0 solidarizando este plano muscular, com o profundo quer a nível da miorrafia dos levantadores quer à parede posterior do recto (fig. 3). Instalação de dreno aspirativo por contra incisão e encerramento por planos. Antibioterapia profiláctica com Cefalosporinas de 3ª geração. No pós-operatório é mantida, durante cerca de 1 semana, a dieta essencial já referida e procede-se a uma obstipação terapêutica (difenoxilato com atropina) de modo a manter o recto em repouso, livre de dejeções.

O doente é algaliado durante 4 - 5 dias para que o incómodo seja mínimo e o repouso máximo.

Se necessário é prescrita sedação com Benzodiazepinas ou Hidroxizinas.

**RESULTADOS**

Dum modo geral houve melhoria significativa da incontinência fecal, excepto no caso B em que uma infecção e deiscência das suturas contribuíram para um fraco resultado (quadro 2 e 3).

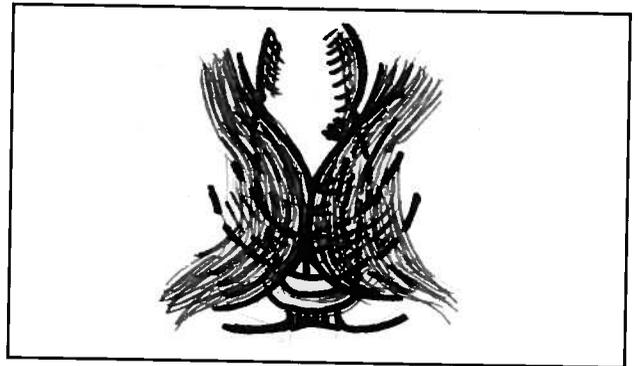


Fig. 3 - Esquema da Miorrafia mediana dos feixes internos dos grandes gluteos, solidarizando-os ao plano profundo dos levantadores e do recto

Quadro 2 - Avaliação pós-operatória dos doentes operados com a técnica de MR Ls / MR Gs e cirurgias previamente realizadas.

Cirurgias prévias	Correcção cirúrgica	Complicações	Continência	Manometrias	
				c.v.	s.d.
A -	MR Ls MR Gs	-	Muito bom	+++	+++
B Encerr. mielomening.	MR Ls MR Gs	Deiscência sutura	Mediocre	- +	+
C Encerr. mielomening.	MR Ls MR Gs Plastia da pele	-	Bom	++	++
D Colectomia Total c/anast. ileo-anal. Ileostomia S rectal MR Ls anterior (via abd.)	MR Ls MLGs	-	Muito Bom	+++	++

+++ considerado normal

MR Ls miorrafia dos levantadores  
MR Gs miorrafia dos grandes gluteos

Além dos dados referidos pelos familiares, constatou-se uma melhoria clínica notória quer quanto à motilidade voluntária, quer quanto à sensibilidade, o que é demonstrado manométricamente pelas ondas de contracção voluntária e sensação de distensão, bem demonstrada no registo do caso D (fig. 4).

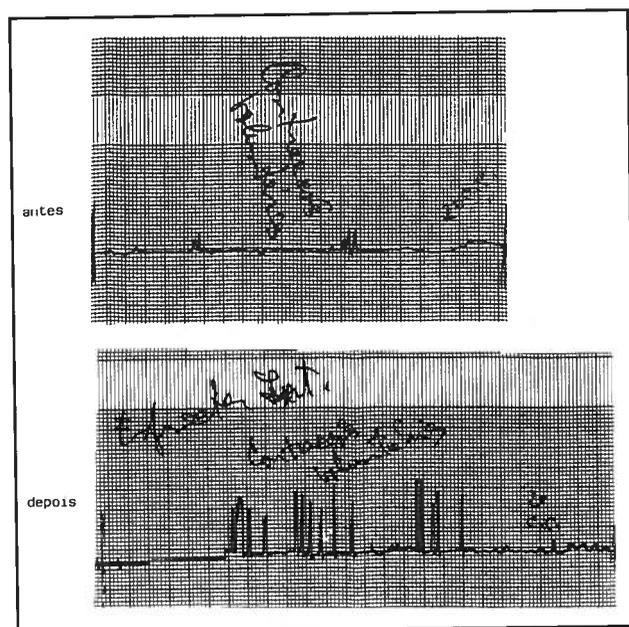


Fig. 4 - Registo manométrico da contracção voluntária e ondas de contracção pós estímulo de distensão com volume de 20 cc, antes e depois de MR Ls e MR Gs no doente D

## DISCUSSÃO

Se até aos 2-3 anos a incontinência fecal não é problema demasiado notado, a partir desta idade torna-se progressivamente um flagelo para qualquer família.

Para estas crianças deambulantes afectadas de incontinência, o convívio social e a escolaridade tornam-se difíceis, com problemas psicológicos graves e o manuseio da situação pelos familiares cria um clima de intolerância marcada.

Diversas medidas podem ser tomadas, para controlo destes casos: alimentares, obstipantes, estimulantes do

colon, reeducação por biofeedback, etc., aplicáveis à maioria das situações de incontinência não total, com uma acumulação rectal de fezes, em que a perturbação da defecação implica um não completo controlo do esvaziamento.<sup>5-7</sup>

Nos casos de lesões localizadas a nível de S2 a S4 ou no seu arco reflexo, não há processo de retenção rectal, pelo que as técnicas citadas não são aplicáveis, tratando-se quase sempre de uma incontinência total não controlável por meios conservadores.<sup>8</sup>

Diversas situações podem simular incontinência fecal nomeadamente a encoprese. Por mecanismos psicológicos ou comportamentais de retenção fecal crónica com distensão do recto e diminuição da sua contractibilidade modifica-se o reflexo do esfíncter interno com diminuição da percepção da sensação de defecar, ocasionando pequenas perdas *soiling*.<sup>9,10,11,12</sup> Estes casos, sem uma investigação cuidadosa podem ser grosseiramente confundidos, como aconteceu no caso A. Tratava-se, não de uma encoprese mas de uma incontinência moderada de causa neurológica, que a observação clínica cuidada e os exames complementares vieram a demonstrar.

As lesões traumáticas ou congénitas da medula situam-se mais frequentemente acima do centro S2-S4, resultando uma ausência de sensação rectal mas ficando intacto o arco reflexo do referido centro que mantém o tonus esfíncteriano dos levantadores e dos esfíncteres interno e externo.

Este é o padrão habitual nos grupos de doentes vertebro medulares, incluindo espinha bífida.

As perturbações de defecação nestes doentes manifestam-se habitualmente por retenção do conteúdo fecal e/ou *soiling*.<sup>5</sup>

Só numa lesão directa de S2 a S4 se verifica uma situação de incontinência total, dita verdadeira ou incontrolável, sem qualquer retenção fecal por incapacidade completa do complexo esfíncteriano.<sup>8</sup>

Estavam neste grupo os dois doentes apresentados com mielomeningocele.

Nas incontinências iatrogénicas incluem-se as sequelas em doentes de patologia congénita, como a doença de Hirschsprung, e malformações rectais altas, sujeitos a cirurgias intempestivas ou com técnicas menos cuidadas. No entanto, no segundo grupo os insucessos na continên-

QUADRO 3 - Avaliação da continência fecal em pré e pós-operatório dos quatro doentes operados pela técnica MR Ls/MR Gs.

DOENTES Pré-operatório	CONTROLO DE CONTINÊNCIA			SOILLING		DERMATITE
	Sólido	Líquido	Gazes	diurno	noturno	
A	±	Não	Não	Sim	Sim	Não
B	Não	Não	Não	Sim	Sim	±
C	Não	Não	Não	Sim	Sim	±
D	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
<b>Pós-operatório</b>						
A	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
B	Não	Não	Não	Sim	Sim	±
C	Sim	Sim	±	Não	Não	Não
D	Sim	Sim	±	Não	Não	Não

cia fecal dependem não só do perfeccionismo cirurgico, mas também de alterações congénitas dos arcos reflexos e musculos efectores envolvidos no mecanismo da defecação; muitas destas malformações são complexas, não limitadas apenas à anomalia rectal.<sup>1;13;14</sup>

As incontinências iatrogénicas na idade adulta são muito mais frequentes que na idade infantil, devido ao grande número de patologia, nomeadamente neoplásica, que requer cirurgia mutilante, com alto risco de lesão do arco reflexo S2-S4. No entanto, o aumento de incidência de doenças inflamatórias graves do intestino em adultos jovens e adolescentes, e o seu tratamento com amputações colo rectais, põe em risco a continência fecal desta população como está patente no doente D.<sup>1;15;16</sup>

Neste caso, julgou-se prioritário a confecção de um reservatório terminal para substituir a ampola rectal ausente. O reservatório é essencial para o armazenamento das fezes e o seu consequente espessamento é também factor somatório de continência.<sup>17</sup>

Pela gravidade global de situação, exuberância das lesões perineais e para proteger a confecção do reservatório ileal, foi feita uma enterostomia provisória prévia, indicação dispensada em qualquer dos outros casos.

A abstenção de colostomia é pertinente, desde que seja mantida uma terapêutica obstipante eficaz; o risco de infecção corrido por esta atitude é praticamente nulo. Esta atitude comumente usada na pequena cirurgia do perineo é utilizada pelos autores desde longa data em cirurgias alargadas desta região.<sup>18;19</sup> No caso B a infecção local e a deiscência de sutura manifestou-se antes da retoma do transito intestinal, pelo que pensamos não estar na razão directa deste insucesso.

A resolução de uma incontinência, mesmo iatrogénica não deverá ser resolvida em 1ª linha com uma enterostomia simples ou continente definitiva, visto que outras soluções resolventes da incontinência poderão ser alternativas, usando grupos musculares afins com inervação diferente.<sup>1;6;16</sup>

Assim o grande glúteo recebe inervação das raízes de L5 S1 S2 pelo nervo glúteo inferior, ramo muscular ou motor do pequeno ciático, enquanto o grupo dos levantadores é inervado por raízes S2-S4, o que justifica a sua utilização como *substituto* com inervação de diferente proveniência.<sup>20</sup>

A técnica recentemente descrita de apendicostomia com clisteres antogrados mostrou-se revolucionária no controlo das incontinências mais habituais, em que há retenção; a sistemática limpeza em sentido distal mantém colon e recto livres de acumulação de fezes. Nos casos de incontinência total como os descritos, este método poderá ter a sua indicação embora com menos sucesso.<sup>21</sup>

## CONCLUSÃO

1 – A técnica pessoal que os autores descrevem é, sob o ponto de vista técnico, de mais fácil execução que as de Pickrell e outras, nomeadamente as dos retalhos dos músculos grandes glúteos, e não corre praticamente nenhum risco em termos de sequelas iatrogénicas, visto que a dissecação não afecta a inervação do recto.

2 – Salvo em casos pontuais não necessita de derivação intestinal. A atitude de abstenção é discutível mas as suas vantagens são inegáveis.

- eliminação de pelo menos dois tempos operatórios e de todas as complicações, não desprezáveis mesmo nas melhores estatísticas, inerentes às enterostomias.
- ausência de cicatrizes viscerais, da parede abdominal e do compromisso estético daí resultante.
- ausência de danos psicológicos decorrentes de enterostomia, mesmo que temporária, e das suas sequelas cicatriciais.
- redução do tempo de internamento e dos respectivos custos hospitalares e outros.

Estas vantagens compensam largamente o esforço e a disciplina exigida por um regime de alimentação essencial.

3 – Em caso de insucesso, como no doente B, fica em aberto, a possibilidade de retomar o tratamento da incontinência fecal por outra técnica de reconstrução muscular, mais laboriosa.

## AGRADECIMENTOS

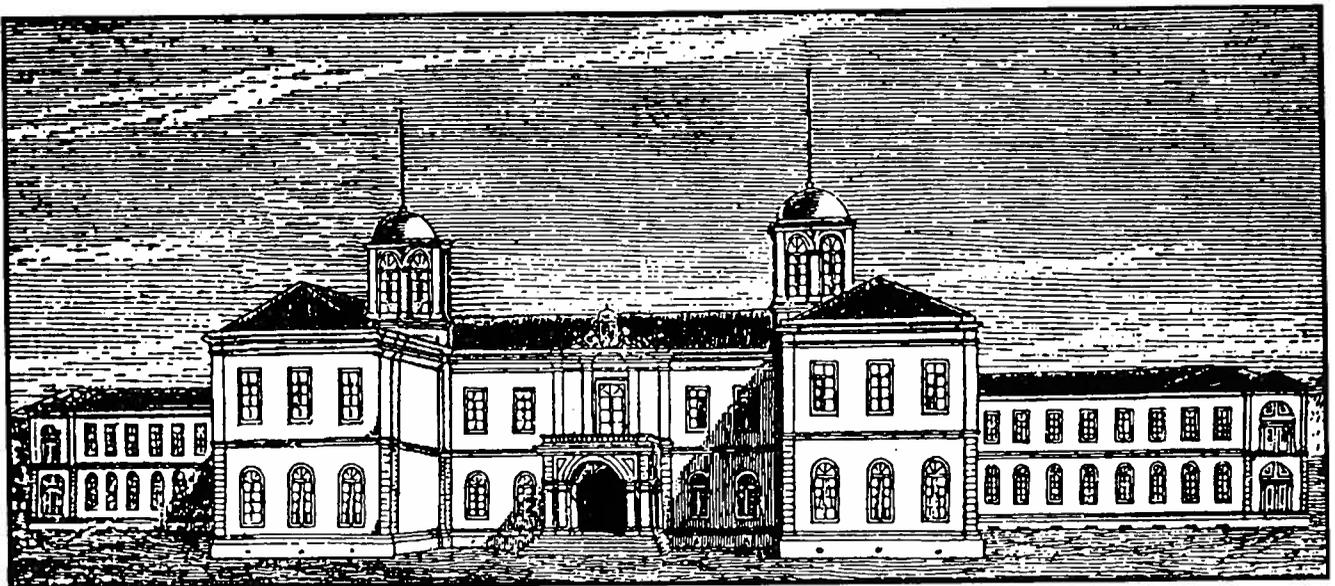
Agradecemos ao colega Paulo Ramalho a prestimosa colaboração no tratamento da criança com D. de Behçet.

## BIBLIOGRAFIA

1. YOSHIOKA K, KEIGHLEY M R B: Critical assessment of the quality of continence after postanal repair for faecal incontinence. *Br J Surg* 1989; 76: 1054-7
2. PICKRELL K L, BROADBENT T R, MASTERS F W, METZGER J T: Construction of a rectal sphincter and restoration of anal continence by transplanting the gracilis muscle. *Ann Surg* 1952;135: 853-62
3. DEVESA J M, VICENTE E, ENRIQUEZ J M, NUÑO J, BUCHELI P, BLAS G, VILLANUEVA M G: Total fecal incontinence - A new method of gluteus maximus transposition: Preliminary results and report of previous experience with similiar procedures. *Dis Colon Rectum* 1992;35: 339-49.
4. CHEN Y L, ZHANG X H: Reconstruction of rectal sphincter by transposition of gluteus muscle for fecal incontinence - *J Pediatr Surg* 1987; 22: 62-4.
5. MCCARTHY G T: Management of the Neuropathic Bowel in Neuropathic Bladder in Childhood. Blackwell Scientific Publications Ltd Oxford 1990: 72-80.
6. CHRISTIANSEN J, SPARSO B O: Treatment of anal Incontinence by an implantable prosthetic anal sphincter. *Ann Surg* 1992; 215: 383-6.
7. JORGE J M, WEXNER S D: Etiology and management of fecal incontinence *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.
8. ARHAN P et al: La fonction intestinal in La paraplégie chez l'adulte et chez l'enfant. Flammarion Médecine Paris 1981: 385-401
9. Levine MD. Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatrics* 1975; 56: 412-16.
10. WOLFFS, FORFAR J O: Disorders of elimination in: Forfar J O. Arneil G C eds. *Textbook of Pediatrics*. London, C Livingstone, 1984: 1813-5.
11. CLAYDEN G S: Investigation and management of long-standing chronic constipation in childhood. *Arch Dis Child* 1976;51:918-23.
12. LOENING-BAUCKE V: Abnormal rectoanal function in children recovered from chronic constipation and encopresis. *Gastroenterology* 1984; 87: 1299-1304.
13. WOMACK N R, MORRISON J F, WILLIAMS N S: the role of pelvic floor denervation in the aetiology of idiopathic faecal incontinence. *Br J Surg* 1986; 73: 404-7.
14. ARHAN P, FAVERDIN C, DEVROEDE G, PIERRE-KAHN A: Scott H, Pellerin D Anorectal Motility after surgery for Spina Bifida *Dis Col. & Rect.* 1984;27:159-63.
15. SCOTT A, HAWLEY P R, PHILLIPS RK: Results of external sphincter repair in Crohn's disease. *Br J Surg* 1989; 76: 959-60.
16. CORAN A G: New surgical approaches to Ulcerative Colitis in children and adults word *J Surg* 1985;9:203-213.

17. NICHOLLS R J, GILBERT J M: Surgical correction of the efferent ileal limb for disordered defaecation following restorative proctocolectomy with the S ileal reservoir. *Br J Surg* 1990;77:152-4.
18. LEAL M J, MENDES J: Plasties reconstructives du périnée féminin. *Chir Pédiatr* 1986;27:212-5.
19. SCHOETZ D J J R: Operative therapy for anal incontinence *Surg Clin North Am* 1985;65:35-46.

20. ROUVIÈRE H, CORDIER H, DELMAS A: *Anatomie Humaine, descriptive et topographique*. 9<sup>a</sup> ed. Paris. Masson et Cie., Éditeurs;1962:766-90.
21. SQUIRE R, KIELY EM, CARR B, RANSLEY PG, DUFFY PG: The clinical application of the malone antegrade colonic enema. *J Pediatr Surg* 1993; 28: 1012-5.



Hospital D. Estefânia · Lisboa