

ENCOPRESE – UM ENFOQUE CLÍNICO, DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Hugo Bomfim Pinheiro¹
Marisa Moreno²

RESUMO

Os autores fazem uma revisão da literatura a respeito de conceituação, diagnóstico e tratamento da encoprese.

Apresentam sua casuística e tecem considerações sobre a metodologia de trabalho adotada. Concluem achando que tal patologia pode e deve ser tratada por médico não especialista, se possível com o auxílio da psicóloga. Aconselham usar como plano de tratamento o que foi por eles elaborado, pois o mesmo ofereceu bons resultados nos casos por eles estudados e tratados.

Generalidades

A encoprese é geralmente definida como evacuações repetidas de fezes nas roupas, não devido a doenças ou defeitos orgânicos, mas sim, a fatores emocionais, numa criança de inteligência normal.

Não se trata de perda de fezes formadas. É considerada como doença psicossomática, ocorrendo em crianças após os 2 anos e que estejam apresentando os sinais de "escapes de fezes" há mais de 1 mês^{5, 8, 11, 18, 20, 23}.

O controle esfíncteriano anal geralmente é obtido entre 18 e 36 meses (1,5 a 3 anos) de vida, daí a continência fecal não ser considerada problema até aos 2 anos^{5, 7, 23}.

A encoprese pode ser chamada de "primária, quando se instala numa criança que ainda não adquiriu o treino de evacuar".

Encoprese "secundária" é a que ocorre em crianças após terem já adquirido o controle esfíncteriano para a evacuação^{7, 11, 16}.

Geralmente a encoprese cessa espontaneamente com a adolescência, entretanto, se ela ainda persiste após a mesma, seu tratamento é difícil e do âmbito da psiquiatria^{3, 5, 12, 23, 24}.

Há uma grande predominância de encoprese em crianças do sexo masculino e estas crianças quase sempre têm QI normal ou acima da média.

Os "escapes de fezes" nas crianças encopréticas são considerados manifestações neuróticas, imaturas, de expressar emoções e obter favores das pessoas.

Outro fator que concorre para o aparecimento da encoprese são os distúrbios do treinamento da evacuação. Este pode ocorrer precocemente, coercivamente (uso de punições) ou podem ocorrer intercorrências durante o treinamento tais como, doenças, internações hospitalares, mudança de escola etc., o que concorreria para a instalação da encoprese.

No que se refere à constelação de alterações familiares que concorrem para a instalação da encoprese, notamos que a mãe é quase sempre

Trabalho realizado em Ourinhos – SP.

1 Proctologista, Membro Titular da Soc. Brasileira de Colo-Proctologia

2 Psicóloga

– Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

dominante, emocionalmente instável e algumas vezes, depressiva; o pai, quase sempre está ausente dos problemas do lar, física ou emocionalmente³.

A criança é de formação passiva, de personalidade dependente, porém, gradualmente desenvolve uma personalidade com características de revolta, raiva, a qual é expressa através de negativismo.

As crianças mais jovens com encoprese não demonstram esta estrutura de personalidade, e conseqüentemente, a resposta ao tratamento é mais rápida.

À medida que estas crianças vão ficando mais velhas, seus problemas de personalidade aumentam e fica mais difícil tratá-las³.

Diagnóstico diferencial

Uma boa história, um bom exame clínico e certas medidas diagnósticas são necessárias ao diagnóstico diferencial.

História: A história nos revela uma criança que freqüentemente deixa escapar pequenas quantidades de fezes em suas roupas durante o dia.

Quase sempre não apresentam escapes fecais noturnos.

Estas fezes que escapam são de cheiro forte, repulsivo, o que acarreta o ajustamento, na escola e outros ambientes sociais, difícil ou até impossível^{5, 7, 21}. Costumam, com freqüência, esconder as roupas sujas durante o dia para evitar a observação da mãe¹⁶. Geralmente são crianças quietas, resguardadas e que relutam em dar informações a respeito de seus hábitos intestinais.

Os conflitos mãe—filho, os problemas familiares, o aprendizado incorreto de evacuar são freqüentemente percebidos pela história. Às vezes percebemos um mecanismo "regressivo — passivo" da criança frente a uma situação penosa (separação da família, nascimento de um outro irmão, mudança de escola) e nestes casos a criança apresenta uma regressão infantil.

Este tipo de encoprese traduz uma reação neurótica e merece uma psicoterapia.

Ainda pela história podemos perceber que a criança usa a encoprese como um protesto ativo, semiconsciente. Este é o tipo mais freqüente, em que a criança associa a defecação ao protesto, à intensão agressiva.

Ainda pela história podemos verificar se não há causas desencadeantes de natureza proctológica tais como: crianças que já passaram por experiências anorretais dolorosas tais como fissuras anais, abscessos perianais, dilatações anais dolorosas e repetidas, fecalomas. Tais crianças, desde que

apresentem ambiente familiar propício e personalidade predisponente, podem desenvolver encoprese como meio de chantagem ao seu alcance⁷.

Ex. Clínico e RX — Costumam demonstrar desagravo ao serem desvestidas ou examinadas, devido à presença de fezes na roupa inferior ou períneo. Geralmente notamos à palpação uma massa na F.I.E. decorrente de acúmulo de fezes. O toque retal mostra um reto distendido pelo grande acúmulo de fezes.

Quando a criança apresenta encoprese já de longa duração, um clister opaco quase sempre mostra um magarreto ou mesmo um megacólon, que nos faz pensar em doença de Hirschprung. Entretanto a encoprese é rara neste tipo de doença congênita, embora possa ocorrer eventualmente, principalmente em Hirschprung de "segmento curto"².

Tratamento

Devido à complexidade do assunto, vários programas de tratamento têm sido propostos^{3, 5, 8, 10, 12, 13, 18, 21, 23, 25}.

Nós particularmente achamos que tais crianças podem e devem ser tratadas por médicos não especialista, com cerca de 90% de sucesso, desde que tais médicos tenham conhecimento e sobretudo interesse pelo assunto.

Achamos também que o tratamento psicoterápico associado, desde que possível, não só acelera a cura como ajuda a evitar recidivas.

Tratamento com internações hospitalares e com atuação de psiquiatras, a nosso ver, devem ser reservados apenas para casos raros, em que as demais abordagens terapêuticas falharam.

No presente trabalho, descreveremos como abordamos o problema encoprese e quais as linhas gerais que seguiremos como plano de tratamento

Metodologia de trabalho — Em nosso estudo, diante de uma criança potencialmente encopretica, procedemos do seguinte modo.

1^o) **História** — Através de uma rigorosa história clínica procuramos captar ao máximo as características da personalidade da criança, o provável fator desencadeante e/ou mantenedor dos sintomas, e sobretudo, procuramos saber o comportamento não só da criança, mas também da mãe e do ambiente em que vivem.

Na maioria dos casos, apenas com a história já podemos fazer o diagnóstico e elaborar um plano terapêutico.

2^o) **Ex. clínico e procedimentos proctológicos** — Procedemos em seguida a um rigoroso exame

clínico e se necessário, pedimos exames complementares com a finalidade de afastar possíveis etiologias orgânicas.

Como plano de estudo e para se fazer um melhor diagnóstico diferencial, programamos procedimentos proctológicos.

Estamos de acordo com Goligher de que tais procedimentos em crianças, sempre devem ser feitos sob anestesia geral.

Portanto, sob anestesia geral, não só para evitar trauma às crianças como para maior facilidade técnica, procedemos ao esvaziamento do reto e às vezes do sigmóide.

Em certas ocasiões, deparamos com volumosos fecalomas que julgamos ser quase totalmente impossível extraí-los sem o auxílio de anestesia geral. Em seguida, procedemos a rigoroso exame proctológico, com retossigmoidoscopia e biópsia retal longitudinal, com a finalidade de afastar patologias orgânicas, inclusive a doença de Hirschprung.

O esvaziamento intestinal serve como primeiro passo para a restauração da contratilidade dos músculos reto-colônicos.

Como sabemos, estas crianças, com o passar do tempo acabam por apresentar a síndrome da inércia retal, ou seja, as retenções repetidas de fezes determinam como que uma perda do tônus da musculatura reto-colônica, dificultando assim a eliminação de fezes por falta de resposta ao estímulo da evacuação.

A base do tratamento da inércia retal consiste em esvaziar completamente o intestino e mantê-lo vazio por mais ou menos 2 semanas, a fim de obter a restauração do tônus da musculatura reto-colônica

RX — Apenas como finalidade de estudo (para confirmação de diagnóstico de inércia retal), em sete crianças encopreticas há mais de um ano, fizemos clister opaco, e todas apresentavam megarreto e cinco delas apresentavam ainda sinais de megacólon "sugestivo de megacólon congênito", segundo laudo radiológico.

Plano de tratamento — Após concluir todos os procedimentos de investigação, e com o diagnóstico de certeza de encoprese, instituímos nosso plano de tratamento que consiste basicamente no seguinte: 1º) Tranqüilizar os pais quanto à natureza da doença dando-lhes informações as mais explicativas possíveis a respeito da fisiopatologia da encoprese e do modo como tratá-las. Fazer bom relacionamento com os pais e com a criança e tentar obter a maior cooperação possível deles na execução do tratamento.

Sempre que possível, sugerir um tratamento paralelo com psicóloga, pois acreditamos que

assim o fazendo, não só obtemos curas mais rápidas como recidivas mais raras

2º) **Esvaziamento retal** — Promover esvaziamento retal diário, geralmente pela manhã, usando-se como estimulante a aplicação diária de Minilax, geralmente por 15 dias, prazo suficiente para restaurarmos o tônus reto-colônico.

Orientar os pais no sentido de usar o Minilax o menos traumático e coercivamente possível.

3º) **Emolientes fecais** — Concomitantemente, instituímos o uso diário de emolientes fecais, em pequenas doses e estimulamos o uso de dieta rica em fibras e líquidos com a finalidade de evitar possíveis formações de fecalomas e tornar as evacuações o menos traumáticas possível.

4º) **Treinamento** — Finalmente, após recuperar o tônus intestinal, o que se obtém geralmente após duas semanas, iniciamos o treinamento "espontâneo" da evacuação, sempre de modo o menos coercivo possível e fazendo o possível para que a criança não note que estamos preocupados com o problema.

Comentários a respeito do tratamento

Achamos importante alertar os pais quanto à frequência da recorrência da encoprese. Se esta ocorrer, os pais devem entrar em contato conosco o quanto antes, pois deste modo, fica mais fácil determinar a causa da recidiva e a reinstalação do treinamento, precocemente, quase sempre faz desaparecer os sintomas rapidamente.

Consideramos fundamental para o sucesso do treinamento a cooperação dos responsáveis pela criança. Para obtê-la procuramos motivá-los, demonstrando interesse pelo caso. Para tanto, utilizamos contatos pessoais frequentes e quando possível, contatos telefônicos, e com isto conseguimos uma maior cooperação de pais e crianças na correta execução do plano de tratamento, e muitas vezes alteramos algumas diretrizes básicas segundo a necessidade, de caso para caso.

Em encoprese torna-se difícil estabelecer um critério de cura. Nós consideramos curadas, e isto é um critério nosso, as crianças que após tratamento ficam livres dos sintomas por no mínimo 2 meses, e mesmo aquelas que por motivos os mais diversos, tenham tido recidivas raras, porém ficam livres dos sintomas em curto prazo após reinstalação do tratamento.

Observações

Num período de 5 anos (dezembro de 1977 a dezembro de 1982) estudamos e tratamos 25 crianças encopreticas. Nenhuma delas apresentava

encoprese noturna. Na **Tabela 1** procuramos resumir os dados, as características, bem como as intercorrências durante o estudo, e tratamento destas crianças.

Duas delas (as de nº 5 e 11) abandonaram o tratamento apesar de todo o nosso interesse, e ainda continuam encopréticas. As quatro últimas (nºs 22, 23, 24 e 25) ainda se encontram em tratamento, já melhoraram bastante, porém ainda se encontram com sintomas. Das 19 restantes, 10 ficaram curadas, sem recidivas; das outras 9, 8 delas curaram, porém apresentaram recidivas ocasionais facilmente controladas e revertidas com novos aconselhamentos e medidas terapêuticas.

Apenas a paciente de nº 1, nossa cliente mais antiga, só agora estamos obtendo bons resultados, estando a mesma, quase livre dos sintomas, isto graças ao fato de agora transferirmos a responsabilidade do tratamento para a própria menor, que tem colaborado muito bem conosco. Até então, contávamos com a colaboração dos pais da menor, que ao contrário sempre agiram o mais nocivamente possível, prejudicando demais o tratamento da criança.

Atualmente com o nosso bom relacionamento com a menor e contando com a colaboração da mesma, seus sintomas são raros e ela já se encontra quase que totalmente curada.

Tabela 1 – Pacientes e intercorrências

Número de pacientes	Idade ao serem vistos pela 1ª vez (em meses)	Sexo	Tempo dos sintomas antes da 1ª consulta (em meses)	Tratamentos anteriores	Tempo de contato nosso com o paciente (em meses)	Tempo para cura dos sintomas (em meses)	Enurese noturna	Problema de adaptação à escola devido encoprese	Enc. Primária: EP Enc. Secundária: ES	PT PIS PT + PIS	Tratados por:
1	8	F	7	PT P	60	-	-	+	ES	PT + PIS	Nunca fez corretamente tratamento
2	4	F	3	P	8	4	-	MJE	ES	PT + PIS	Curada
3	4	M	12	P	19	3	+	+	EP	PT + PIS	Recidivas ocasionais Curado
4	6,5	M	12	-	18	2	-	-	ES	PT	Abandonou tratamento
5	8	M	3	-	18	3	+	+	ES	PT + PIS	Curado
6	4	M	12	P	17	2	-	MJE	EP	PT	Curado
7	3	M	2	-	18	4	-	MJE	ES	PT	Curado
8	6	F	3	-	17	4	+	+	ES	PT	Recidivas ocasionais Curada
9	5	M	12	-	14	3	-	+	ES	PT + PIS	Curado
10	10	M	48	P	15	1	-	-	ES	PT + PIS	Recidivas ocasionais Curado
11	5	M	7	PIS	-	-	-	-	ES	PT + PIS	Abandonou tratamento

Pacientes e intercorrências (Continuação)

Número de pacientes	Idade ao serem vistos pela 1ª vez (em meses)	Sexo	Tempo dos sintomas antes da 1ª consulta (em meses)	Tratamentos anteriores	Tempo de contato nosso com o paciente (em meses)	Tempo para cura dos sintomas (em meses)	Enurese noturna	Problema de adaptação à escola devido encoprese	Enc. Primária: EP Enc. Secundária: ES	Tratados por: PT PIS PT + PIS	
12	7	M	10	P	13	1	–	–	ES	PT + PIS	Um episódio de recidiva Curado
13	6	M	3	–	13	1	+	–	ES	PT + PIS	Curado
14	15	M	4	–	12	1	+	–	ES	PT + PIS	Curado
15	6	M	18	–	12	1	+	–	ES	PT	Recidivas ocasionais Curado
16	5,5	M	12	–	11	2	–	+	ES	PT + PIS	Recidivas ocasionais Curado
17	3	F	2	P	8	1	+	MJE	ES	PT	Raras recidivas Curada
18	9	M	36	P	5	½	–	–	ES	PT	Curado
19	2,5	M	1,5	–	3	1	+	MJE	EP	PT	Curado
20	3	F	5	P	18	½	+	MJE	ES	PT	Curada
21	4	M	4	–	8	½	–	MJE	EP	PIS	Recidivas ocasionais Curado
22	2,5	F	2	–	2	–	+	MJE	EP	PT	Ainda em tratamento
23	8	F	60	PT P PIS	2	–	–	–	EP	PT + PIS	Ainda em tratamento
24	6	M	42	P	1	–	–	–	EP	PT	Ainda em tratamento
25	8	M	24	–	1	–	–	–	ES	PT	Ainda em tratamento

P: Pediatra
 PT: Proctologista
 PIS: Psicóloga
 MJE: Muito jovem p/ a escola

CONCLUSÃO

Acreditamos que a encoprese, em sua quase totalidade, pode e deve ser tratada por médicos não especialistas, se possível com ajuda de psicóloga, porém achamos fundamental que haja por

parte destes profissionais, conhecimento do assunto e sobretudo, interesse, mas muito interesse na resolução do caso.

Uma vez feito o diagnóstico, o que em nossa opinião na maioria dos casos é possível apenas pela história e exame clínico, deve-se esquemati-

zar um plano de tratamento e ter muito interesse em que o mesmo seja executado o melhor possível.

Aconselhamos utilizar o plano de tratamento usado por nós, pois o mesmo nos trouxe bons resultados.

Assim procedendo acreditamos que uma porcentagem muito pequena de crianças vai necessitar de tratamentos mais sofisticados que exijam internações hospitalares e/ou tratamento psiquiátrico.

SUMMARY

The authors make revision of literature concerning concept, diagnosis and treatment of encopresis. They show its casuistry and make considerations on the work methodology adopted. They conclude that encopresis can and should be treated by non-specialist physician, mainly with help of a psychologist.

They advise to use as treatment plan what was elaborated by them, because the one offered good results in cases which were studied and treated by them.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANTHONY EJ – An experimental approach to the psychopathology of childhood encopresis. *Brit J Med Psychol*, 30: 146-175, 1957.
2. BELLMAN M – Studies in encopresis. *Acta Paediatr Scand*, 170 (suppl.): 1-151, 1966.
3. BEMPORAD JR, KRESCH RA, ASNES R & WILSON BA – Chronic neurotic encopresis as a paradigm of a multifactorial psychiatric disorder. *J Nerv Ment Dis*, 166(7): 472-479, 1978.
4. BERG I & JONES KV – Functional faecal incontinence in children. *Archives of disease in childhood*, 39: 465-472, 1964.
5. CHAPMAN AH & SILVA DV – Encoprese em crianças. *J.B.M.*, 39(1): 85-89, 1980.
6. DEBRAY-RITZEN P & MELEKIAN B – Perturbações das atividades automáticas – Distúrbios esfinterianos in perturbações do comportamento da criança. Ed. Nova Fronteira S.A., Rio de Janeiro, Brasil, 37-53, 1973.
7. DUHAMEL J – Patología anorrectal psicógena en el niño in Duhamel J: *Proctologia*, Salvat Editores S.A. – Mallorca, 43 Barcelona, España: 277-305, 1974.
8. GEORMANEAU M & VOICVLESCU V – Treatment of encopresis with imipramin. *Rev Roum Med Neurol Psychiat*, 18(3): 209-210, 1980.
9. GOLDBERG DB – Prevención y tratamiento de la constipación psicógena in Congreso Argentino y Internacional de Proctología, 5. Mar del Plata, Anais, 1975.
10. HEIN HA & BEERENDS JJ – Who should accept primary responsibility the encopretic child? A successful program based on dietary control, bowel training, and family counseling. *Clin Pediat*, 17(1): 67-70, 1978.
11. KRISCH K – Some somatic variables in encopretic children. *Research Abstracts*, 2(4): 521-522, 1979.
12. LEVOWITZ HJ & GOLDSTEIN G – Encopresis in adolescence: Two case studies. *Adolescence*, vol. XIV, nº 54, Summer 1979 – Libra Publishers, Inc., 391, Willets Rd, Roslyn Hts, N.Y. 11577: 297-311.
13. MATSON JL – Simple correction for treating an autistic boy's encopresis. *Psychol Rep*, 41: 802, 1977.
14. MOREIRA H – Obstipação intestinal de origem psicogênica na criança. Clínica, diagnóstico e tratamento *Rev Goiana Med*, 24-57, 1978
15. NIXON HH – Megacolon and other congenital anomalies of the colon in Goligher JL – Surgery of the anus, rectum and colon. Baillière Tindall, London, Third Ed.: 366-398, 1975.
16. OPPÉ TE – Constipação em Pediatria in Sir Francis Every Jones e Edmund W. Godding – Tratamento da constipação, Manole – São Paulo, 130-152, 1975.
17. PONTES JF – Reunião clínica do IBEPEGE – Encoprese. *Arq Gastroent*, S. Paulo, 16(3): 151-155, 1979.
18. RINGDAHL JC – Hospital treatment of the encopretic child. *Psychosomatics*, 21(1): 65-71, 1980.
19. SCHAEFER CE – Treating psychogenic encopresis: A case study. *Psychol Rep*, 42-98, 1978.
20. SCREENIVASAN U & MANOCHA SN – Encopresis in Hirschprung's disease: A report on two cases. *Int J Psychiatry Med*, 9(3-4): 239-245, 1978/79.
21. TILTON P – Hypnotic treatment of a child with thumb-sucking, enuresis and encopresis. *Am J Clin Hypnosis*, 22(4): 238-239, 1980.
22. TODD Ian P – Megacolon and megarectum in the adult. In Morson – Diseases of the colon, rectum and anus, William Heinemann Medical Books Ltd. London, First Published, 231-237, 1969.
23. WEBSTER A & GORE E – The treatment of intractable encopresis: A team intervention approach. *Child-Care, Health and Dev.*, 6: 351-360, 1980.
24. WOLTERS WHG – The influence of environmental factors on encopretic children. *Acta Paedopsychiat*, 43: 159-172, 1978
25. WRIGHT L & WALKER CE – Case histories and shorter communications: A simple behavioral treatment program for psychogenic encopresis. *Behav Res & Therapy*, 16: 209-212, 1978.