

INCONTINÊNCIA ANAL: PROPOSTA PARA UMA CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL

Mauro Pinho¹
José Reinan Ramos²
Manuel L. Nascimento³
Dásio L. Simões⁴

RESUMO

Os autores destacam o fato de que o tratamento cirúrgico da incontinência anal continua representando até os dias de hoje um desafio para o cirurgião, o que pode ser constatado pelos resultados, ainda considerados como irregulares. Numa análise das possíveis causas destes ocasionais insucessos, atribuem a falha na compreensão por parte de alguns de que a incontinência anal não seja, na verdade, uma doença com características próprias e definidas, mas sim apenas um sintoma comum a diferentes situações que venham a comprometer o mecanismo normal da continência. Baseados neste conceito, enfatizam a abordagem específica para cada caso, sendo fundamental um exame adequado do paciente para o reconhecimento do tipo de lesão existente. Buscando auxiliar na padronização do tratamento cirúrgico desta condição, os autores propõem uma nova classificação para incontinência anal, visando agrupar os diferentes tipos de acordo com a alteração funcional ocorrida. Esta classificação compõe-se de cinco tipos, quais sejam: Tipo I — Lesão neurológica alta; Tipo II — Perda do reservatório retal; Tipo III — Deformidades de ânus e canal anal; Tipo IV — Perda da continência voluntária e Tipo V — Perda da continência reflexa.

Estes diferentes tipos são analisados quanto a sua origem, fisiopatologia e formas de tratamento cirúrgico.

Dentre todos os sintomas usualmente relatados por pacientes portadores de patologias anorretais, certamente destaca-se a queixa de perda involuntária de fezes como um sinal capaz de despertar no cirurgião uma apreensão quanto aos resultados que poderá oferecer a seu paciente.

De fato, a incontinência anal persiste ainda nos dias de hoje como um desafio, na medida em que seu tratamento cirúrgico permanece apresentando resultados bastante imprevisíveis, não raramente sendo considerados como verdadeiros insucessos.

Como conseqüência direta deste fato torna-se bastante difícil a definição de formas de abordagem destes pacientes devido à multiplicidade de procedimentos descritos, nem sempre levando estes em conta as particularidades inerentes a cada caso.

Assim, a análise crítica do tratamento cirúrgico da incontinência anal nos leva a crer que talvez o principal elemento responsável pelos maus resultados obtidos seja, na verdade, uma dificuldade no reconhecimento de que a incontinência anal, longe de representar uma alteração anatomofuncional bem definida, significa apenas um sintoma

Trabalho realizado no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí, INAMPS, RJ. Chefe: Dr. José Jazbik
1 Cirurgiões do Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí, INAMPS, RJ
2 Médico Residente do mesmo Serviço

ou sinal comum a uma série de patologias distintas entre si. Desta forma, a abordagem cirúrgica de um paciente apresentando perda involuntária de fezes deverá ser obrigatoriamente condicionada ao diagnóstico preciso da causa básica, ou seja, ao reconhecimento da forma pela qual foi lesado o mecanismo normal da continência anal.

Para isto, torna-se essencial a compreensão deste mecanismo, assim como das alterações mais freqüentemente encontradas como causadoras de incontinência anal. Visando facilitar a compreensão dos diferentes tipos de alterações anatomo-funcionais existentes, apresentamos aqui uma classificação procurando reunir estas em grupos distintos, conforme veremos a seguir:

Tipo I — Lesão neurológica alta

Nestes grupos encontramos os pacientes apresentando lesões do sistema nervoso central, dentre as quais se destacam pela freqüência aquelas conseqüentes a arteriosclerose cerebral, nos casos de senilidade. Também os traumatismos, tão freqüentes nos dias de hoje, os processos compressivos por neoplasias, as mielites, entre outras, são causas deste tipo de incontinência.

Quanto às manifestações clínicas, apresentam estes pacientes uma perda de fezes de consistência normal, de forma regular e constante, sem que haja percepção desta. Na análise da fisiopatologia da incontinência devido a lesão medular, temos de considerar dois tipos distintos^{6, 20, 27}:

a) Lesão acima de L₃: os mecanismos fisiológicos da continência permanecem intactos, inclusive no seu perfil manométrico normal. Há, entretanto, uma incapacidade de percepção do momento evacuatório, exceto em casos de dilatação excessiva do reto, quando pode ocorrer a percepção através de estímulos simpáticos. Além disso, há a impossibilidade da contração voluntária da musculatura estriada, ocorrendo assim a evacuação de forma automática.

b) Lesão abaixo de L₃: uma vez lesados os ramos de L₃ ou abaixo destes, de forma significativa, rompem-se os mecanismos voluntários e reflexos da continência, havendo assim uma atonia da musculatura esfinteriana, permitindo a saída involuntária das fezes por um mecanismo passivo, ao contrário da situação acima descrita, quando esta se dá de um modo ativo.

Ào exame anorretal, no tipo *a* (sem lesão da inervação esfinteriana), devemos encontrar um aparelho esfinteriano preservado quanto ao tô-

nus, podendo mesmo haver uma hipertonia às custas da contração do esfíncter interno. No tipo *b*, a atonia muscular conseqüente a falta de inervação deverá se evidenciar através de um ânus relaxado, além de um anel muscular anorretal em estado de flacidez. Como conseqüência do relaxamento do feixe puborretal do musc. elevador do ânus, deverá haver um encurtamento do canal anal.

Em ambos os tipos teremos uma falta de resposta à solicitação para contração voluntária do esfíncter externo.

Sendo a lesão básica freqüentemente irreversível, resume-se o tratamento destes pacientes aos cuidados no sentido de minimizar os transtornos ocasionados pela perda fecal inadvertida. Uma higiene adequada será fundamental; lavagens intestinais periódicas (24 a 48 horas) poderão reduzir o fluxo de fezes, estabelecendo-se assim um relativo *controle* sobre as perdas fecais. Em casos especiais poderá ser proposta uma colostomia de sigmóide, a qual apresenta como vantagens melhor acesso para os cuidados higiênicos, além de permitir a realização de irrigação intestinal com maior facilidade para o paciente.

Tipo II — Perda do reservatório retal

A importância do reto na continência anal tem sido reconhecida desde os estudos de *Gaston*⁷, em 1948. Desde então, novos conceitos foram introduzidos na fisiologia anorretal, de forma a situar o chamado *reservatório retal* como importante coadjuvante do aparelho esfinteriano.

Assim sendo, procuramos reunir neste grupo aqueles pacientes que apresentem deficiência no controle das fezes como conseqüência de alterações que impeçam a função de armazenamento das fezes, exercida pelo reto, ainda que apenas por curto período.

Podemos dividir estas alterações em dois subtipos:

A — Perda do reto propriamente dito — Nestes casos teremos as alterações funcionais ocorridas após ressecções extensas do reto, com anastomoses íleo-anais ou colo-anais. As alterações são freqüentemente transitórias entre estas últimas devido à capacidade de o cólon, progressivamente, exercer a função de armazenamento do reto^{26, 32}. Quanto às anastomoses íleo-anais, os maus resultados funcionais têm sido ultimamente contornados através da confecção dos reservatórios ileais, cuja aceitação, aparentemente, vem se tornando maior¹⁸.

B — Excesso do conteúdo retal — Neste grupo temos a alteração que possivelmente com maior freqüência leva ao surgimento da incontinência

anal, qual seja aquela conseqüente ao desenvolvimento de fecalomas na ampola retal, levando à *encoprese*, isto é, perda constante e involuntária de fezes por excesso de conteúdo intra-retal. Dentre as causas mais encontradas para esta condição temos o chamado megacólon idiopático ou psicogênico, proveniente de hábitos intestinais inadequados ou transtornos de natureza mental. Retenção das fezes conseqüentes a estenoses anais ou de canal anal poderão também contribuir para o aparecimento de incontinência pelo mesmo mecanismo.

Assim, a fisiopatologia da incontinência anal neste tipo II pode ser explicada através da ausência de espaço necessário ao acúmulo das fezes, nos momentos que precedem a evacuação. Esta condição leva a um aumento da pressão pré-esfincteriana, acima daquela suportada em condições fisiológicas; como agravante, este acúmulo de fezes leva à sua liquefação parcial contribuindo assim para a existência de um quadro de perda fecal relativamente constante, a despeito do perfeito estado da musculatura esfíncteriana.

O exame proctológico destes pacientes deverá demonstrar a causa da alteração, através do achado de fecalomas; quanto ao tratamento, deverá este estar voltado no sentido de restabelecer a capacidade do reservatório. Isto poderá ser feito, no caso de fecalomas, através da retirada destes com posterior tratamento dos fatores envolvidos no seu surgimento, ou seja, corrigindo o hábito intestinal do paciente, ou, quando necessário, submetendo-o a tratamento cirúrgico visando a correção de eventuais estenoses.

Tipo III — Deformidades do ânus e canal anal

Na análise das estruturas envolvidas na continência anal devemos lembrar-nos que para um adequado funcionamento do sistema constituído pelo reservatório retal e aparelho esfíncteriano é fundamental a integridade do canal anal e ânus, os quais, além da importância óbvia da oclusão da extremidade inferior do reto, apresentam ainda significativa função sensitiva, permitindo a percepção e análise do material a ser evacuado através do contato deste com seu epitélio^{2, 1, 2, 5}

A partir daí torna-se fácil a compreensão de que lesões que de alguma forma comprometam estas estruturas, venham causar por vezes problemas do ponto de vista funcional, vindo o paciente a apresentar dificuldades no controle das fezes.

Assim como nos outros grupos, várias condições poderão ser citadas como causadoras de

incontinência por este mecanismo, ainda que eventualmente. Como principais exemplos disto temos as deformidades conseqüentes aos diferentes tipos de operações anorretais, mais especialmente aquelas requerendo ressecções de extensos segmentos de pele em região perianal e de canal anal, como as excisões locais para tratamento de carcinomas de margem de ânus; as operações que impliquem em uniões cutânomucosas circulares como as de Bacon e Whitehead; as estenoses pós-hemorroidectomias convencionais e as deformidades após a operação de Gabriel para fissura anal (*Key-hole deformities*) etc. Além das lesões iatrogênicas, as alterações anorretais que acompanham algumas doenças inflamatórias, como doença de Crohn, linfogranuloma, entre outras, podem levar a tortuosidades e processos fibróticos capazes de provocar perda fecal involuntária. É importante destacar que nos exemplos acima citados não há necessidade de ocorrer lesão da musculatura esfíncteriana para que haja alteração funcional, sendo esta, caso exista, um fator adicional, conforme veremos adiante.

Os sintomas apresentados por estes pacientes diferem da incontinência anal clássica na medida em que ocorre, em geral, uma perda irregular na forma de um "escape" de líquido fecalóide, de odor desagradável e levando freqüentemente a ocorrência de prurido e irritações cutâneas perianais. Embora nem sempre em grande intensidade, gera entretanto razoável desconforto ao paciente pela sensação de umidade permanente, além da necessidade do uso de protetores para as roupas.

No exame anorretal, veremos que, já à inspeção, ao contrário dos outros tipos citados até aqui, as alterações são evidentes. Má oclusão do ânus, cicatrizes, deformidades e, por vezes, ectrópio de mucosa podem denunciar más condições para o funcionamento normal do canal anal e ânus. O toque retal poderá mostrar-nos ainda estenoses e impossibilidade de contração voluntária adequada devido à rigidez das paredes.

O tratamento cirúrgico destes pacientes apresenta-se por vezes como dos mais complexos, na medida em que exige uma tentativa de restaurar as condições próximas à normalidade na região através de procedimentos plásticos^{2, 8}, os quais apresentam alguns problemas de difícil solução:

- A necessidade de interpor-se, ou substituir-se o tecido fibrótico por tecido normal, o qual, entretanto, nem sempre dispomos próximo à região, requerendo assim o uso de enxertos livres, cuja propriedade nesta área parece discutível;

- Em casos de lesões circulares, o tratamento cirúrgico destas implica por vezes na realização de

nova cicatriz circular, cuja tendência à estenose é grande;

- Em pacientes submetidos a anastomoses ou a procedimentos de aderência entre as superfícies mucosa e cutânea (Bacon, Whitehead) há a perda do epitélio sensitivo do canal anal, o qual não podemos substituir^{29, 30}. Nestes casos podemos apenas limitar-nos ao tratamento da estenose e do ectrópio por vezes existente.

Na impossibilidade de se conseguir restabelecer as condições normais para o bom funcionamento e boa oclusão do canal anal, restará apenas a orientação ao paciente no sentido de cuidados higiênicos locais, além dos esforços visando a prevenção da ocorrência de fases líquidas ou pastosas, as quais irão por certo agravar o grau de incontinência existente.

Tipo IV — Perda da continência voluntária

Como sabemos hoje a partir dos estudos sobre fisiologia anorretal, a musculatura esfíncteriana estriada, e em especial o esfíncter externo representam papel fundamental na continência anal na medida em que constituem o controle voluntário do indivíduo sobre o mecanismo de evacuação, sendo conseqüentemente de grande significado social.

Situamos neste grupo aqueles pacientes portadores de incontinência anal nos quais esta deficiência deve-se de forma clara a perda ou redução da função da musculatura estriada, caracterizando-se esta através da incapacidade do controle voluntário sobre o momento evacuatório.

A importância deste tipo de lesão é bastante grande não apenas pela sua incidência, mas principalmente pelo fato de ser, na maioria dos casos, conseqüente a complicações iatrogênicas, em operações anorretais (em especial nas fistulectomias) ou em procedimentos obstétricos. O restante dos casos deve-se a traumatismos anorretais de naturezas diversas.

O quadro clínico apresentado por estes pacientes é bastante característico, qual seja a incapacidade de retenção de fezes tão logo apresente-se sensação de plenitude retal, ocorrendo, dependendo do grau de lesão esfíncteriana, uma sensação de urgência evacuatória ou mesmo a indesejada eliminação de fezes naquele momento. O diagnóstico do tipo de lesão é feito pelo surgimento dos sintomas já nos primeiros dias após o ato cirúrgico ou trauma, restando ao exame anorretal a importante tarefa de determinar, através de cuidadosa verificação da função esfíncteriana e das cicatrizes, o local onde houve a ruptura, parcial ou total, do anel anorretal, sendo a partir daí traçada a tática a ser empregada.

Se por um lado este tipo de incontinência apresenta para o cirurgião o ônus de ser uma lesão essencialmente iatrogênica, por outro lado temos o aspecto favorável representado pelos bons resultados obtidos com o tratamento cirúrgico, possivelmente aquele de melhor prognóstico dentre os outros tipos de incontinência.

Resume-se a correção cirúrgica destas lesões à identificação dos segmentos musculares seccionados e sua reconstituição através de sutura, de forma a restabelecer a continuidade do anel esfíncteriano^{8, 17, 28, 30}. Se a lesão for reconhecida ainda no ato cirúrgico, poderá ser então imediatamente corrigida; caso o diagnóstico seja tardio, deverá ser estabelecida a tática cirúrgica de forma a ressecar-se o excesso de fibrose existente, tomando-se, entretanto, o cuidado de evitar o enfraquecimento dos cotos esfíncterianos a serem suturados. Embora o uso de colostomias de proteção nestes casos seja ainda um tema controverso, acreditamos que este recurso deva ser empregado apenas em caráter de exceção, bastando o cuidado de preparar o cólon do paciente no pré-operatório (mecânica e quimicamente) e retardar a primeira evacuação durante alguns dias através de medicação constipante.

Tipo V — Perda da continência reflexa

Dentre os tipos de incontinência anal aqui discriminados este é, por certo, aquele que exige maior compreensão da fisiologia anorretal para seu perfeito diagnóstico e tratamento.

Por continência reflexa denominamos os mecanismos responsáveis pela manutenção da pressão ao nível do canal anal sempre acima da pressão intra-retal, independentemente da ação voluntária do indivíduo. Conforme sabemos hoje, a pressão de repouso do canal anal é representada em sua maior parte (85%, segundo *Frenckner* e *Euler*⁵) pela ação do músculo esfíncter interno, sendo o restante devido a musculatura estriada no aparelho esfíncteriano (musc. esfíncter externo e *pubo-retalis*^{2, 6}).

Tal pressão, entretanto, torna-se insuficiente tão logo ocorra aumento da pressão intra-retal, requerendo assim mecanismos *tampões* que permitam a manutenção da continência, apesar das variações dos níveis pressóricos retal e abdominal (tosse, por exemplo). Estes mecanismos não devem ainda depender da percepção consciente e ação voluntária do indivíduo uma vez que são necessários inclusive durante os períodos de sono^{2, 1}.

Inúmeros estudos têm sido realizados buscando definir as estruturas responsáveis por estas fun-

ções básicas da fisiologia anorretal, a maior parte destes tendendo a definir o feixe *puborectalis* do músculo elevador do ânus como o elemento-chave na continência reflexa^{2, 2}. Segundo estes estudos, este feixe muscular atua não somente na percepção das variações de pressão intra-retal, mas também como responsável direto pela continência, a qual mantém através de sua contração, fechando assim o ângulo anorretal e ocluindo conseqüentemente a extremidade superior do canal anal. Esta contração do *puborectalis*, assim como do esfíncter externo em resposta à dilatação do reto, tem sido seguidamente demonstrada através de estudos manométricos^{3, 4, 9, 10, 15, 20}.

O conhecimento dos mecanismos responsáveis pela continência reflexa serviram de base para a compreensão da chamada incontinência anal idiopática, ou seja, pacientes que apresentem progressiva incapacidade do controle de fezes na ausência das condições citadas como agentes causadores dos tipos de incontinência descritos acima, ou sejam, cirurgias anorretais prévias, fecalomas etc.

A incontinência anal idiopática teve seus principais aspectos esclarecidos por *Parks*, em 1966, ao descrever a chamada Síndrome do períneo descido, a qual definiu como sendo uma condição de progressivo enfraquecimento do assoalho pélvico, em especial do músculo elevador do ânus, conseqüente a esforços evacuatórios prolongados e principalmente, partos laboriosos. Esta falência da musculatura pélvica, referida pelo próprio *Parks*²⁰ posteriormente como sendo conseqüência da destruição das terminações nervosas dos ramos podendo por estiramento, não pouparia o feixe *puborectalis*, o qual teria seu poder de contração reduzido, assim como seu tônus basal^{11, 12}.

Esta perda de função do *puborectalis* acarretaria em uma redução do ângulo anorretal, diminuição do canal anal, e, especialmente, incapacidade de compensar as variações de pressão intra-retal e abdominal.

Os pacientes portadores deste tipo de lesão são, na grande maioria dos casos, do sexo feminino, múltiparas com relatos de partos prolongados e difíceis. Também a associação com constipação crônica é freqüente, assim como com a coexistência de outros sinais de ruptura perineal, como reto ou cistocele. No que diz respeito à incontinência anal, manifesta-se esta de forma relativamente lenta e gradual, iniciando-se através da incapacidade no controle de gases, posteriormente evoluindo para fezes líquidas e pastosas, ainda que de forma intermitente, podendo evoluir, em

casos mais avançados, para perda total da continência anal.

O exame anorretal deverá mostrar uma aparente redução do tônus de repouso do canal anal, podendo também haver um comprometimento do poder de contração voluntária. Entretanto, o achado mais característico da incontinência anal idiopática é, como já foi dito, a retificação e redução do canal anal, com apagamento do ângulo anorretal. Se solicitarmos ao paciente para tossir não deverá ser notada a contração reflexa do *puborectalis*, como se nota nos indivíduos normais, demonstrando o enfraquecimento deste músculo. Auxiliando no diagnóstico do enfraquecimento do assoalho pélvico poderemos constatar a presença da reto ou cistocele associadas.

Devemos também a *Parks* a descrição do procedimento cirúrgico mais adequado para o tratamento da Síndrome do períneo descido, qual seja a operação de reparo pós-anal, sendo realizado um acesso posterior ao reto através do espaço interesfinctérico até o arco posterior do *puborectalis*, o qual tem seus dois ramos suturados um ao outro, de forma a tornar mais agudo o ângulo anorretal².

Apesar de ser esta técnica aquela capaz de atender de forma mais completa a fisiopatologia da doença, tem contra si, entretanto, alguns aspectos a serem considerados:

- Seus resultados são, de certa forma, imprevisíveis, na medida em que dependem diretamente do estado da musculatura sobre a qual se irá trabalhar. Como conseqüência disto torna-se fundamental o perfeito esclarecimento do paciente sobre as reais possibilidades de melhora dos sintomas que irá obter com a operação;

- Corroborando o acima dito, devemos levar em consideração a idade por vezes bastante avançada de alguns pacientes portadores deste tipo de lesão. Nestes casos, além de apresentar resultados freqüentemente insatisfatórios com este procedimento, torna-se questionável a sua indicação em virtude de outras patologias associadas ou pelo grau de limitação física apresentado pelo paciente. Caso o desconforto causado pela incontinência seja muito importante resta-nos então lançar mão das operações de cerclagem anal, dentre as quais preferimos aquela proposta por *Notaras*, utilizando uma fita de tela de Marlex a qual é colocada logo abaixo dos elevadores. Embora carecendo de bases fisiopatológicas e com resultados também por vezes insatisfatórios, apresentam estas técnicas a vantagem da simplicidade de execução, podendo servir como razoável recurso paliativo.

Tabela 1 – Incontinência anal – Classificação funcional

Tipo	Causas	Tratamento
Tipo I – Lesão neurológica alta	Senilidade Secção medular Lesões vasculares cerebrais Compressão medular Mielites	Cuidados higiênicos Lavagens intestinais Colostomia
Tipo II – Perda do reservatório retal	Fecalomas	Retirada do fecaloma Tratamento da causa básica
	Ressecção anterior baixa	Manejo conservador
	Anastomose ileo-anal	Confecção de reservatório ileal
Tipo III – Deformidades do canal anal e ânus	Ressecções perianais extensas Fissurectomias Operação de Bacon Operação de Whitehead Doenças inflamatórias	Reconstrução plástica do canal anal e ânus
Tipo IV – Perda da continência voluntária	Traumatismo obstétrico Fistulectomias Operações anorretais diversas Trauma anorretal	Reparo do esfíncter
Tipo V – Perda da continência reflexa	Constipação severa Partos múltiplos e difíceis	Reparo pós-anal Cercagem do canal anal ou ânus

Tabela 2 – Classificação funcional – Quadro clínico e exame anorretal

Tipo de lesão	Sintomas	Inspecção	Tônus basal	Contração volunt.	Ângulo anorret.	Toque retal
Acima de L ₃ Abaixo de L ₃	Evacuação inconsciente	Normal	Normal ou aumentado	Ausente	Normal	Normal
	Evacuação inconsciente	Ânus hipotônico	Reduzido ou ausente	Ausente	Reduzido ou ausente	Hipotonia
II	Perda constante de fezes pastosas	Normal	Normal	Normal	Normal	Fecalomas
III	Escape líquido	Deformidade Má oclusão Ectrópio	Normal ou reduzido	Normal ou reduzida	Normal ou reduzido	Rigidez das paredes do canal anal
IV	Urgência ou incontinência	Cicatrizes Ferimentos	Reduzido	Reduzida ou ausente	Reduzido	Ruptura do anel muscular anorretal
V	Incontinência progressiva	Normal ou hipotônico Prolapso	Reduzido	Reduzida	Reduzido ou ausente	Hipotonia Redução do canal anal

À luz da fisiopatologia da Síndrome do períneo descido torna-se fácil a compreensão da eventual associação desta com o prolapso de reto, uma vez sendo o assoalho pélvico importante elemento de sustentação do reto. Entretanto, as tentativas de tratar-se também o prolapso apenas

pela operação de reparo pós-anal, embora poucas, não ofereceram bons resultados em nossa experiência. Desta forma, na presença de incontinência anal idiopática associada a prolapso de reto parece-nos aconselhável a realização da promontofixação, que é o procedimento de escolha por nós

utilizado para o tratamento desta lesão, deixando-se a operação de Parks para ser empregada posteriormente, caso persistam os sintomas de incontinência¹⁴.

Além da Síndrome do períneo descido, outras condições podem levar a perda da continência reflexa, em especiais nas operações de abaixamento de cólon para tratamento de alterações congênitas anorretais. Nestes casos, a alça do *puboreta-lis* pode estar ausente ou inviabilizada pela fibrose existente, restando ao cirurgião como recurso a tentativa de aumentar a pressão de repouso do canal anal através de uma plicatura do esfíncter externo, de forma a reduzir o diâmetro do anel anorretal (operação de *Blaisdell*³¹). Com esta conduta, associada a cuidados no sentido de manter a consistência adequada das fezes pode-se lograr obter alguma melhora na continência do paciente.

Assim, buscamos com esta classificação tentar delinear os diferentes tipos de incontinência anal que iremos encontrar na prática diária, assim como suas principais causas. Gostaríamos de enfatizar, entretanto, que o principal objetivo desta é o reconhecimento da necessidade de um diagnóstico preciso da lesão visando à escolha da conduta terapêutica a ser tomada, a qual deverá ser específica para cada lesão em especial.

De qualquer forma, ainda que a abordagem da incontinência seja a mais adequada possível, iremos nos defrontar com resultados por vezes bastante insatisfatórios. Para estes casos, alguns autores têm descrito opções cirúrgicas como o uso de retalhos musculares variados^{24, 28}, estimulação elétrica, entre outras. Tais condutas, em geral de caráter inespecífico quanto ao tipo de lesão, não têm apresentado de uma forma geral grande aceitação, requerendo por certo maior experiência a fim de que seja estabelecido seu papel na terapêutica da incontinência anal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVA J, MENDELOFF AI & SCHUSTER MM – Reflex and electromyographic abnormalities associated with fecal incontinence. *Gastroenterology*, 53: 101, 1967.
- CARVALHO F, CARVALHO A, CARVALHO AS & PINHO M – Tratamento cirúrgico da incontinência anal. *Revista da Soc. Bras. de Colo-Proctologia*, 197: 1, 1981.
- CORTESINI C – Anorectal reflex following sphincter-saving operations. *Dis. Col. & Rectum*, 23: 320, 1980.
- DICKINSON VA – Maintenance of anal continence: a review of pelvic floor physiology. *Gut*, 19: 1163, 1978.
- FRENCKNER B & EULER CV – Influence of pudendal block on the function of the anal sphincters. *Gut*, 16: 482, 1975.
- FRENCKNER B & IHRE T – Influence of autonomic nerves on the internal anal sphincter in man. *Gut*, 17: 306, 1967.
- GASTON EA – Fecal continence following resections of various portions of the rectum with preservation of the anal sphincters. *SGO*, 87: 280, 1948.
- HADDAD J & RAIA A – Esfincteroplastias nas lesões traumáticas do canal anal: Indicações e técnica.
- HANCOCK BD – Measurement of anal pressure and motility. *Gut*, 17: 645, 1976.
- HARRIS LD, WINANS CS & POPE II CE – Determinations of yield pressures: a method for measuring anal sphincter competence. *Gastroenterology*, 50: 754, 1966.
- HENRY MM, PARKS AG & SWASH M – The anal reflex in idiopathic faecal incontinence: an electrophysiological study. *Br J Surg*, 67: 781, 1980.
- HENRY MM & SWASH M – Assessment of pelvic-floor disorders and incontinence by electrophysiological recording of the anal reflex. *Lancet*, 17: 1290, 1978.
- KATZ LA, KAUFMANN HJ & SPIRO HM – Anal sphincter pressure characteristics. *Gastroenterology*, 52: 513, 1967.
- KEIGHLEY MRB, MAKURIA T, ALEXANDER-WILLIAMS J & ARABI Y – Clinical and manometric evaluation of rectal prolapse and incontinence. *Br J Surg*, 67: 54, 1980.
- MATOS D, OLIVEIRA E & PAN CHACON J – Eletromiometria anorretal. *Rev Ci Bras Cir*, 8: 140, 1981.
- MEUNIER P, MOLLARD P & BEANJEN MJ – Manometric studies of anorectal disorders in infancy and childhood: an investigation of the physiopathology of continence and defaecation. *Br J Surg*, 63: 402, 1976.
- PARKS AG & McPARTLIN JF – Late repair of injuries of the anal sphincter. *Proc Roy Soc Med*, 64: 1187, 1971.
- PARKS AG, NICHOLLS RJ & BELLIVEAU P – Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. *Br J Surg*, 67: 533, 1980.
- PARKS AG, SWASH M & URICH H – Sphincter denervation in anorectal incontinence and rectal prolapse. *Gut*, 18: 656, 1977.
- PORTER NH – A physiological study of the pelvic floor in rectal prolapse. *Ann Roy Col Eng*, 32: 379, 1962.
- READ MG & READ NW – Role of anorectal sensation in preserving continence. *Gut*, 23: 345, 1982.
- SCHARLI AF & KIESEWETTER WB – Defecation and continence: some new concepts. *Dis Col Rectum*, 13: 81, 1970.
- SLADE MS, GOLDBERG S, SCHOTTLER JL, BALCOS EG & CHRISTENSON CE – Sphincteroplasty for acquired anal incontinence. *Dis Col Rectum*, 20: 33, 1977.
- STATE D & KATZ A – The use of superficial transverse perineal muscles in the treatment of post-surgical anal incontinence. *Ann Surg*, 142: 262, 1955.
- TODD I – Symposium on rectal continence. *Proc Roy Soc Med*, 12: 1, 1958.
- WILLIAMS NS, PRICE R & JOHNSTON D – The long term effect of sphincter preserving operations for rectal carcinoma on function of the anal sphincter in man. *Br J Surg*, 67: 203, 1980.
- GUTTMAN L – Symposium on rectal continence. *Proc Roy Soc Med*, 12: 1, 1958.
- HEANLEY C – Symposium on rectal continence. *Proc Roy Soc Med*, 1: 1, 1958.
- GOLIGER JC – Symposium on rectal continence. *Proc Roy Soc Med*, 12: 1, 1958.
- CASTRO AF – Repair of the incontinent sphincter. *Dis Col & Rectum*, 21: 183, 1978.
- BLAISDELL PC – Repair of the incontinent sphincter. *SGO*, 70: 692, 1940.