

## TREINAMENTO INTESTINAL EM PORTADORES DE INCONTINÊNCIA FECAL POR DISRAFISMOS DE COLUNA

Angelita Habr-Gama  
Magaly Gemio Teixeira  
Paulo R. Arruda Alves  
Afonso H.S. e Sousa Jr.  
Milton Borelli

### RESUMO

Os autores apresentam os resultados obtidos em 71 pacientes submetidos a um programa de treinamento intestinal para incontinência fecal, segundo programa adotado pelo Ambulatório de Bexiga Neurogênica e da Unidade de Incontinência e Alterações Esfincterianas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em portadores de disrafismos de coluna, obtendo as seguintes conclusões:

1. O programa de reeducação intestinal mostrou-se eficaz para o condicionamento e consequente continência social neste grupo de pacientes;

2. É de fácil aplicação e pouco dispendioso;

3. Não há correlação entre extensão da lesão medular, sintomatologia e achados do exame neurológico local.

O tratamento dos pacientes portadores de disrafismos de coluna tem despertado grande interesse nos últimos anos. Durante o período de 1958 a 1971, surgiram novas técnicas cirúrgicas que permitiram sobrevida dos doentes quatro vezes maior<sup>1, 3</sup>. Como resultado 40 a 60% destas crianças atingem a idade adulta. Corrigidas as anomalias associadas, ortopédicas e geniturinárias, a incontinência fecal, manifestação sem importância do ponto de vista médico, passa a se constituir em sério problema social e em um obstáculo intransponível para uma criança que comece a frequentar a escola.

A denervação do períneo e do reto contra-indica qualquer tipo de tratamento cirúrgico, devendo tais pacientes serem abordados de maneira clínica e submetidos a um programa de reeducação intestinal. Tivemos a oportunidade de atender e tratar no Ambulatório de Bexiga Neurogênica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, um grupo de doentes com diferentes tipos de disrafismos de coluna e com incontinência fecal. Estabelecemos um programa de treinamento fisiológico para a reeducação intestinal. Apresentamos neste trabalho nossa orientação e os resultados obtidos.

### PACIENTES E MÉTODOS

Foram atendidos no Ambulatório de Bexiga Neurogênica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Laboratório de Fisiologia e Distúrbios Esfincterianos da FMUSP no período de outubro de 1960 a maio de 1977, 113 pacientes portadores de disrafismos de coluna e incontinência fecal. Consideramos como incontinentes pacientes que perdiam fezes de consistência normal ou semipastosa, contínua ou alternadamente.

Todos os doentes foram avaliados segundo dados de história, exames físico e neurológico completos, com especial atenção aos reflexos bulbo-cavernoso, cutâneo anal e do esfíncter anal externo, sensibilidade perineal e conteúdo da ampola retal. Alguns destes pacientes foram submetidos a defecograma e/ou manometria retal. Setenta e um pacientes apresentavam incontinên-

cia fecal isolada ou associada a incontinência urinária. Dos 42 pacientes restantes, dois apresentavam idade inferior a três anos; um havia sido previamente colostomizado e estava adaptado a esta situação e 39 não apresentavam incontinência fecal apesar de seis destes não apresentarem reflexos, nem sensibilidade perineal.

Dos 71 pacientes incluídos neste programa, 37 eram do sexo feminino e 34 do masculino. Procuraram orientação do grupo pela primeira vez, 54 pacientes entre três e 10 anos de idade; 13 entre 11 e 20 anos; quatro entre 21 e 30 anos.

Sessenta e dois apresentavam espinha bífida manifesta tipo meningocele ou mielomeningocele de localização lombo-sacra; nove agenesia total ou parcial de sacro e cóccix; sendo que sete apresentavam hidrocefalia e quatro apresentavam outras malformações associadas. Todos os pacientes apresentavam obstipação intestinal.

Quanto aos achados de exame físico, os reflexos bulbo-cavernoso, cutâneo anal e do esfíncter anal externo estavam ausentes em 63, presentes em sete e normais apenas à direita em um.

A sensibilidade perineal estava ausente em 64, presente em três, diminuída bilateralmente em três e presente apenas à direita em um. Apenas cinco apresentavam fecaloma na ampola retal ao toque no primeiro exame, os demais apresentando ampola retal vazia ou com fezes de consistência normal.

Os dados referentes à manometria e defecograma serão objeto de outra publicação.

Todos os doentes foram submetidos a um esquema de reeducação intestinal que compreendia: aconselhamento de ingestão de dieta rica em resíduos; condicionamento, uso de pequenos clísteres evacuadores, diários, por um período mínimo de sete dias e de supositórios de Bisacodyl por um período mínimo de 30 dias.

## RESULTADOS

Submetidos ao esquema de treinamento intestinal após período de 37 a 60 dias; 59 apresentavam melhora nítida do quadro de incontinência, não perdendo fezes em condições normais e sem necessitar do uso de supositórios. Todos continuavam a perder fezes na vigência de quadros diarréicos. Os pacientes que iniciaram o treinamento em faixa etária mais baixa, como era de se esperar, apresentaram os melhores resultados. Um paciente só obteve melhora após uso de supositórios por seis meses. Dois se recusaram a manter a orientação preconizada, por não acreditarem nos resultados. Um paciente foi excluído do programa

por ter desenvolvido quadro grave de insuficiência renal.

## COMENTÁRIOS

São descritos dois tipos de continência: a continência anal, proporcionada pelo reto e esfíncteres e uma continência tipo reservatório, determinada pelo cólon esquerdo<sup>2</sup>. A continência anal representa uma capacidade adquirida de oposição à necessidade urgente de defecação a qual pressupõe a integridade de um aparelho muscular e nervoso da região anorretal. Envolve a ação dos esfíncteres externo, interno e acima destes o que *Milligan e Morgan*<sup>4</sup> chamaram de anel anorretal, formado pela alça do músculo puborretal. O segundo mecanismo, chamado de continência colônica, é representado pela capacidade do cólon descendente em atuar como um reservatório, independente da ação esfinteriana. Isto explica porque alguns pacientes com ânus deformado, fibrosado, sem qualquer ação voluntária da musculatura anal podem se apresentar continentemente. O esquema de treinamento baseia-se na atuação sobre este segundo mecanismo, o único sobre o qual podemos atuar neste tipo de pacientes. Os pacientes portadores de disrafismos de coluna apresentam ausência de sensibilidade à chegada de fezes no reto e incapacidade de facilitar ou impedir a eliminação destas. No entanto, a função de reservatório do cólon não está alterada.

O programa de treinamento intestinal tem dois objetivos básicos: regularidade intestinal e continência fecal. Devido ao suprimento nervoso intrínseco do intestino, seu treinamento dá melhores resultados que o vesical. Este treinamento deve ser suficientemente flexível para ir de encontro às necessidades do indivíduo. Antes do programa ser iniciado deve-se verificar: apetite, dieta, limitações físicas, capacidade de aprendizado, consciência do problema e potencial para colaboração.

As principais medidas por nós adotadas compreendem:

1. **Dieta:** deve ser do tipo com resíduos, sendo que a quantidade de resíduos ideal para cada paciente deve ser fixada para que alterações de ingestão não levem a alterações de funcionamento intestinal. A finalidade é conseguir um bolo fecal suficiente para que o paciente possa ter uma exoneração intestinal diária. Aqui é útil a orientação de uma dietista para evitar a monotonia que pode afastar os pacientes da manutenção da mesma.

2. **Condicionamento:** deve ser instituído um horário habitual de evacuação que seja convenientemente

te para o paciente. O local deverá ser confortável e fornecer privacidade necessária. As limitações físicas devem ser contornadas e reduzidas a um mínimo de maneira que o paciente possa por si mesmo preparar-se para o ato da evacuação. Ao se fixar um horário deve-se levar em conta o reflexo gastrocólico que ocorre 20 a 30 minutos após a alimentação.

3. *Lavagens*: em pacientes com fecaloma ou fezes duras impactadas inicia-se o tratamento com uma série de sete enemas em dias consecutivos, respeitando-se o horário preestabelecido. Com esta conduta o intestino terminal ficará limpo, facilitando a criação do hábito e evitando a desagradável ocorrência de perda de fezes no início do treinamento o que seria desvantajoso psicologicamente.

4. *Drogas*: o uso de supositórios de Bisacodyl que atua por contacto com a parede retal pode ser útil no início do condicionamento. Sua ação se faz entre 15 e 45 minutos e uma vez determinada a sensibilidade do paciente, o tempo perdido com a exoneração intestinal diminui. Geralmente os supositórios podem ser dispensados após 30 dias.

Deve-se frisar ainda que as lesões anatômicas da medula e das raízes podem ser muito difusas, anárquicas e caprichosas: um defeito em apenas um arco vertebral pode dar alterações motoras perineais e pélvicas acentuadas, enquanto defeitos maiores como uma agenesia completa de cóccix e sacro podem dar comprometimento bastante discreto e mesmo nulo. Existem ainda malformações

que podem se sobrejuntar a estas, impossibilitando assim a sistematização dos déficits neurológicos.

## SUMMARY

*The authors present the results with 71 patients submitted to an intestinal training program to treat fecal incontinence, according to a program adapted by the Patient Clinic of Neurogenic Bladder and the Incontinence and Sphincter Disturbances Unit of the Hospital of Clinics of the Faculty of Medicine of the University of São Paulo, in patients with disraphisms of column, with the following conclusions:*

1. *The program of intestinal reeducation is good for re-conditioning and consequent social continence in this group of patients;*
2. *It is easy and cheap;*
3. *There is no correlation between extension of medular lesion, symptomatology and neurologic findings.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EVANS K, HICKMAN V & CARTER CO – Handicap and social status of adults with spina bifida cystica. Br J Pr S Med, 28: 85-92, 1974.
2. GASTON EA – Physiological basis for preservation of fecal continence after resection of rectum. JAMA, 146: 1486-1489, 1951.
3. LORBER J – Early results of selective treatment of spina bifida cystica. Br Med J, 4: 201-4, 1973.
4. MILLIGAN EC & MORGAN CN – Surgical anatomy of the anal canal with special reference to anorectal fistulae. Lancet, 2: 1150-1213, 1934.