

AValiação DO PROGRAMA DE MANEJO DE CóLON EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM INCONTINÊNCIA FECAL

Palavras-chave: INCONTINÊNCIA FECAL; MANEJO DE CóLON; QUALIDADE DE VIDA.

Autores

TALITA MARTINS GONÇALVES DANTAS - PUC CAMPINAS

Ma. MARIA GIOVANA DE OLIVEIRA FARIAS - UNICAMP (coautora)

Prof. Dr. ANTÔNIO GONÇALVES DE OLIVEIRA FILHO (Orientador) - UNICAMP

INTRODUÇÃO:

A incontinência fecal (IF), condição em que há perda de fezes, voluntária ou involuntariamente em indivíduos com mais de quatro anos de idade, é um fenômeno que impacta social e psicologicamente a criança, comprometendo sua qualidade de vida¹. É classificada em funcional ou orgânica, dependendo da existência ou ausência de lesões ou malformações congênitas associadas à fisiopatologia dos sintomas¹.

Tradicionalmente, o tratamento da incontinência fecal é realizado através de múltiplas abordagens terapêuticas, que incluem orientações dietéticas, uso de laxativos, eletroestimulação transcutânea e parassacral, biofeedback, uso de medicamentos que diminuem o movimento intestinal nas diarreias ou aumentam o bolo fecal para melhorar o padrão evacuatório, lavagens intestinais e até cirurgias. No entanto, muitas vezes estes tratamentos são realizados de forma esporádica, sem planejamento e sem sistematização, o que compromete os bons resultados. Diante do exposto, o manejo do cólon foi concebido e implementado para sistematização do tratamento, cujo objetivo principal é manter o esvaziamento adequado e constante do conteúdo colônico, com o objetivo de melhorar os sinais e sintomas de incontinência fecal².

Para que essa proposta terapêutica seja realizada de maneira efetiva, é necessário realizar uma investigação diagnóstica adequada, para avaliação precisa da causa da incontinência fecal, através de uma história clínica minuciosa, bem como realização de exames laboratoriais e radiológicos pertinentes². A partir do conhecimento fisiopatológico do surgimento dos sinais e sintomas, é possível estabelecer o manejo que precisa ser instituído: em indivíduos que apresentem incontinência fecal associada a constipação, o manejo é feito com enemas e laxantes, medidas que não serão eficazes em pacientes com incontinência fecal relacionada à hipermotilidade colônica com tendência a diarreia, pois esses se beneficiarão do uso de medicações que diminuem a motilidade intestinal e/ou dieta restrita^{2,3,4}.

Dessa maneira, por ser um tratamento sistematizado e individualizado, diferente do tradicionalmente empregado, a análise de casuísticas de pacientes tratados com esta técnica são importantes para a estimativa, tipos e tempos de respostas nas diferentes doenças que causam a incontinência fecal.

MÉTODOS

Estudo do tipo transversal retrospectivo, de uma série de pacientes com incontinência fecal submetidos ao programa de manejo de cólon do Serviço de Gastrocirurgia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Unicamp, no período de novembro de 2014 a fevereiro 2025.

O manejo de cólon consiste em diagnosticar e classificar o tipo de perda fecal e estabelecer o tratamento adequado. Após anamnese e exame físico, utiliza-se de exames complementares como radiografias de coluna lombossacra, enema opaco e ecografia

abdominal para determinar fatores prognósticos e estabelecer o tratamento adequado para cada paciente^{2,3,4,5}. Durante o acompanhamento, é importante estabelecer, em conjunto com os pacientes e responsáveis, o relatório do hábito intestinal da criança especificando o tipo de fezes que ela elimina através da escala de fezes de Bristol, além da realização de radiografia simples de abdome para verificar se as evacuações são efetivas no esvaziamento do conteúdo dos cólons. No programa descrito por Bischoff et al². o acompanhamento inicial dos pacientes é realizado por equipe multidisciplinar treinada, com visitas diárias aos pacientes que permanecem em regime de internação em instituições vinculadas ao serviço de saúde.

Como não há esse tipo de instituição vinculada ao serviço desenvolvido no Hospital de Clínicas da Unicamp, após a classificação adequada realizada em consultas ambulatoriais, inicia-se o programa com o treinamento dos responsáveis para desimpactação fecal através de lavagens intestinais no domicílio. Os responsáveis recebem treinamento, material didático e meio de contato para esclarecimento de dúvidas com a equipe médica. Após a fase inicial, retornam em consulta para verificar se a remoção das fezes acumuladas foi realizada de maneira efetiva e instituição do tratamento de manutenção. Para os pacientes que apresentam fatores prognósticos favoráveis, inicia-se o uso de laxante com ajuste frequente das medicações e doses utilizadas, de acordo com a resposta, em consultas de retorno, até que o objetivo do tratamento seja alcançado e haja a remissão completa das perdas fecais. Em caso de pacientes que apresentam critérios diagnósticos de incontinência fecal verdadeira - secundária a alteração do sistema nervoso central - é mantido o manejo de cólon com lavagens intestinais e, se desejo do paciente e da família, ao atingir a maturidade para autonomia do tratamento, é realizado o procedimento de Malone⁶. Independentemente da classificação diagnóstica e do tratamento de manutenção instituído, os pacientes permanecem em acompanhamento ambulatorial com controle radiológico frequente, até que estejam bem adaptados os sinais e sintomas que indicam necessidade de ajustes das medicações prescritas, evitando a recidiva da impactação fecal, até que alcancem os critérios para alta ambulatorial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 85 crianças com IF de diversas causas, foram tratadas de acordo com o programa de manejo de cólon do HC Unicamp. A idade dos pacientes variou de 1 e 24 anos, sendo 48 (56%) do sexo masculino e 37 (44%) do sexo feminino.

Os principais diagnósticos encontrados foram a constipação funcional e as malformações anorretais com 31 crianças cada (36,48%), a incontinência fecal verdadeira com 12 crianças (14,12%) e o megacólon congênito com 11 crianças (12,92%) (tabela 1).

Tabela 1 – Diagnósticos principais no manejo de cólon em crianças (n = 85)

Diagnóstico Principal	n	%
Incontinência fecal verdadeira	12	14,1%
Constipação funcional	31	36,5%
Malformações anorretais (MFAR)	31	36,5%
Megacólon congênito (Doença Hirschsprung)	11	12,9%

Dessa maneira, nota-se que o manejo de cólon em idade pediátrica está majoritariamente relacionado a condições crônicas e complexas por ter sido adaptado e sistematizado por cirurgiões pediátricos para continuidade do tratamento, após a intervenção cirúrgica necessária^{3,11}. Com os resultados promissores, ampliou-se a abrangência do tratamento para pacientes com constipação intestinal funcional, considerada refratária após tratamentos com pediatras e gastroenterologistas, sem sucesso, referenciados para avaliação da equipe de cirurgia pediátrica.

Ademais, dentro do grupo de malformações anorretais observou-se uma ampla variedade de apresentações. Entre os tipos mais frequentes, destacam-se as malformações anorretais com fístula perineal com 12 casos (38,7%). Já no que diz respeito ao megacólon congênito, a forma retossigmoidea é a mais frequente, com 72,7% dos casos. Tal predominância está de acordo com a literatura, que demonstra ser a malformação anorretal com fístula perineal a mais prevalente⁷ e o comprometimento do segmento distal do cólon (retossigmoide) a forma mais comum na doença de Hirschsprung⁸. Quarenta e sete pacientes apresentam alguma malformação ou comorbidade associada, representando 55% do total listado. Conforme descrito em literatura, as malformações anorretais podem estar associadas a outras malformações de linha média⁹, o que pode ser verificado na análise da amostra, sendo as malformações vertebrais e do sistema nervoso central as mais frequentes, presentes em mais da metade (66%) das crianças acompanhadas. Essa alta prevalência reforça a necessidade de pesquisar a associação de malformações no diagnóstico e classificação do paciente com incontinência fecal, demonstrando risco aumentado para constipação crônica e disfunções do trato gastrointestinal inferior, uma vez que alterações neurológicas e do controle motor podem comprometer a motilidade intestinal e a coordenação do reflexo evacuatório¹⁰. Esses achados reforçam a importância da adoção de protocolos individualizados e de longo prazo, com estratégias para minimizar as complicações e melhorar a qualidade de vida dessas crianças e adolescentes. Idealmente e em especial, para pacientes com antecedente de malformação anorretal, o programa deve incluir abordagem multidisciplinar em conjunto com ortopedistas, urologistas, ginecologistas, neurocirurgiões, fisioterapeutas, psicoterapeutas entre outros, para ampliar o tratamento das malformações de linha média e facilitar a transição do acompanhamento médico desses pacientes, ao atingir a idade adulta.

Quando analisados os resultados do uso do manejo de cólon a longo prazo, os dados demonstram que a maior parte das crianças em acompanhamento estão controladas, sem perda fecal, apenas com o uso de laxativos - 70 pacientes (82,4%), sendo a utilização de lavagem intestinal empregada como terapia auxiliar em apenas 4 casos (5%), evidenciando que sua prescrição é reservada para casos específicos ou como terapia complementar temporária. Durante o tratamento, mais da metade das crianças avaliadas (50,6%) apresentaram recidiva da impactação fecal, sugerindo que o controle clínico total requer treinamento constante e consolidação do conhecimento do paciente e seus responsáveis sobre os critérios de ajuste das medicações e doses ao longo do tratamento, reforçando a necessidade de acompanhamento ambulatorial clínico e radiológico frequente, para que o objetivo do tratamento seja alcançado e sustentado a longo prazo. Essa recorrência pode refletir múltiplos fatores, dentre os quais, estão a dificuldade ao acesso à medicação (9,3%) e à não adesão ao uso de laxativos (9,3%). Além disso, causas, como efeitos colaterais, baixa resposta aos laxativos e suspensão das medicações por infecções com acometimento do trato gastrointestinal comuns da infância (7% cada), apresentam papel relevante para a recidiva da impactação. Dessa maneira, nota-se que o manejo clínico da

incontinência fecal na faixa pediátrica é um grande desafio e deve ser feito em por equipe experiente, capacitada em regime ambulatorial e com seguimento em longo prazo.

Cinco pacientes (6%) receberam alta ambulatorial e 1 está em processo de desmame. O tempo necessário para atingir a alta variou de 1 a 4 anos, refletindo a complexidade das condições envolvidas e a necessidade de conhecimento e adaptação dos pacientes e familiares ao tratamento proposto. Ademais, embora o manejo de cólon em crianças seja geralmente prolongado e necessite de um acompanhamento constante e extenso, ele demonstrou resultados efetivos em 86% das crianças tratadas e acompanhadas ao longo dos mais de 10 anos de experiência do serviço¹².

CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo indicam que o manejo de cólon em crianças abrange o reconhecimento e tratamento de condições complexas e crônicas, que podem estar associadas ao desenvolvimento da incontinência fecal como as malformações anorretais, megacólon congênito, malformações da coluna vertebral e sistema nervoso central e também pode ser instituído para tratamento de incontinência fecal secundária a constipação intestinal crônica funcional, refratária ao tratamento habitualmente instituído. A presença frequente de malformações associadas, especialmente vertebrais, neurológicas e urológicas, reforçam a necessidade de uma abordagem ampla e individualizada. Apesar da taxa elevada de recidiva da impactação fecal após o tratamento inicial, associada principalmente à perda de seguimento e dificuldades de adesão, o programa de manejo de cólon desenvolvido e empregado no Serviço de Gastrocirurgia pediátrica da Unicamp, a longo prazo, promoveu o controle das perdas fecais e melhorou a qualidade de vida das crianças e das famílias envolvidas, ainda que demande um tempo prolongado de tratamento até a alta definitiva. Esse programa foi adaptado do trabalho desenvolvido e publicado por Bischoff et al² para que pudesse ter o uso aplicado aos moldes do Sistema Único de Saúde brasileiro, e se mostrou alternativa efetiva, de baixo custo e fácil implantação a partir do treinamento e capacitação de profissionais, podendo ser estendido e aplicado nas Unidades Básicas de Saúde especialmente para tratamento mais amplo dos pacientes com incontinência fecal secundária a constipação crônica funcional além de guiar o diagnóstico precoce e referenciamento adequado dos pacientes com incontinência fecal relacionadas a condições complexas e crônicas que necessitem de acompanhamento multidisciplinar em centros de referência especializados.

BIBLIOGRAFIA

1. RAJINDRAJITH, Shaman; DEVANARAYANA, Niranga Manjuri; THAPAR, Nikhil; BENNINGA, Marc Alexander. Functional fecal incontinence in children: epidemiology, pathophysiology, evaluation, and management. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, v. 72, n. 6, p. 794-801, June 2021.
2. Bischoff A, Levitt MA, Bauer C, Jackson L, Holder M, Peña A. Treatment of fecal incontinence with a comprehensive bowel management program. *J Pediatr Surg*. 2009 Jun;44(6):1278-83; discussion 1283-4. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2009.02.047. PMID: 19524754.

3. BISCHOFF, Andrea; LEVITT, Marc A.; PEÑA, Alberto. Bowel management for the treatment of pediatric fecal incontinence. *Pediatric Surgery International*, v. 25, p. 1027-1042, 2009.
4. Dewberry L, Peña A, Mirsky D, Ketzer J, Bischoff A. Sacral agenesis and fecal incontinence: how to increase the index of suspicion. *Pediatr Surg Int*. 2019 Feb;35(2):239-242. doi: 10.1007/s00383-018-4402-6. Epub 2018 Nov 3. PMID: 30392128.
5. de Blaauw I, Stenström P, Yamataka A, Miyake Y, Reutter H, Midrio P, Wood R, Grano C, Pakarinen M. Anorectal malformations. *Nat Rev Dis Primers*. 2024 Nov 21;10(1):88. doi: 10.1038/s41572-024-00574-2. PMID: 39572572.
6. MALONE, S. Preliminary antegrade. *Lancet*, v. 336, p. 1217–1218, 1990.
7. Ambartsumyan L, Smith C, Kapur RP. Diagnosis of Hirschsprung Disease. *Pediatr Dev Pathol*. 2020 Jan-Feb;23(1):8-22. doi: 10.1177/1093526619892351. Epub 2019 Dec 2. PMID: 31791203.
8. Srinivas S, Gasior A, Driesbach S, DeBacco N, Pruitt LCC, Trimble C, Zahora P, Mueller CM, Wood RJ. Development of a Standardized Algorithm for Management of Newly Diagnosed Anorectal Malformations. *Children (Basel)*. 2024 Apr 20;11(4):494. doi: 10.3390/children11040494. PMID: 38671711; PMCID: PMC11049553.
9. Hakim S, Gaglani T, Cash BD. Neurogenic Bowel Dysfunction: The Impact of the Central Nervous System in Constipation and Fecal Incontinence. *Gastroenterol Clin North Am*. 2022 Mar;51(1):93-105. doi: 10.1016/j.gtc.2021.10.006. Epub 2022 Jan 7. PMID: 35135667.
10. Langer JC, Rollins MD, Levitt M, Gosain A, Torre L, Kapur RP, Cowles RA, Horton J, Rothstein DH, Goldstein AM; American Pediatric Surgical Association Hirschsprung Disease Interest Group. Guidelines for the management of postoperative obstructive symptoms in children with Hirschsprung disease. *Pediatr Surg Int*. 2017 May;33(5):523-526. doi: 10.1007/s00383-017-4066-7. Epub 2017 Feb 8. PMID: 28180937.
11. PEÑA, A. et al. Bowel management for fecal incontinence in patients with anorectal malformations. *Journal of Pediatric Surgery*, v. 33, n. 1, p. 133-137, 1998.
12. FARIAS Maria Giovana O.; BUSTORFF-SILVA, Joaquim M.; Impact of a colon management program on the quality of life of patients with constipation and fecal loss *Journal of Pediatric Surgery Open*, Volume 1, 2023, 100012, ISSN 2949-7116, <https://doi.org/10.1016/j.yjpso.2023.100012>.