

O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE

INCONTINÊNCIA ANAL

A incontinência anal é definida como a incapacidade de controle de eliminação de gases e/ou fezes de qualquer consistência pelo ânus. A incontinência específica somente para fezes é denominada incontinência fecal.

Pode afetar indivíduos em qualquer faixa etária e é mais frequente em mulheres e idosos. Mulheres são mais propensas a apresentar incontinência anal, em razão da possibilidade de ocorrência de lesão do nervo pudendo ou do esfíncter anal, conseqüente ao trauma obstétrico. A incontinência anal pode apresentar três padrões distintos:

- **Escape anal ou soiling:** perda de pequena quantidade de fezes sem percepção, proporcionando sinais de manchas, fezes ou muco na roupa íntima.
- **Urgência evacuatória:** perda de conteúdo retal, apesar de tentativas voluntárias de contração da musculatura anal.
- **Incontinência passiva:** perda involuntária do conteúdo retal sem percepção.

QUADRO CLÍNICO

A etiologia da incontinência fecal é multivariada. As causas podem ser traumáticas, neurológicas, medicamentosas ou decorrentes de outras anormalidades.

A principal causa da lesão muscular anal é o trauma decorrente do parto vaginal.

Outras causas de incontinência anal incluem traumas cirúrgicos, neuropatia secundária ao excessivo esforço evacuatório, doenças neurológicas, lesão da coluna vertebral ou medicamentos.

DIAGNÓSTICO

- História clínica e exame físico proctológico.

A abordagem clínica detalhada deve ser obtida com ênfase a certos aspectos, como:

- Tipo de incontinência (gases, líquidos e/ou fezes)

- Padrão da incontinência (escape anal, urgência evacuatória e/ou incontinência passiva).
- Tempo e duração do sintoma.
- Habilidade do paciente para discriminar entre fezes formadas e gases.
- Uso de proteção das vestes ou outros dispositivos.
- Investigação de incontinência urinária associada.
- Impacto na qualidade de vida.

O exame físico deve ser realizado minuciosamente, abordando o exame físico geral, abdominal, proctológico e complementado pelo exame neurológico.

- Avaliação por meio de métodos diagnósticos em motilidade digestiva baixa.
- Manometria anorretal.
- Ultrassonografia endoanal.
- Ressonância magnética pélvica.
- Tempo de latência do nervo pudendo.
- Videodefecografia.

TRATAMENTO

- Medidas de suporte
- Tratamento medicamentoso
- Biofeedback anorretal
- Terapias alternativas (radiofrequência e agentes de preenchimento).
- Tratamento cirúrgico.

Referências bibliográficas

Tratado das Enfermidades Gastrointestinais e Pancreáticas | 1º Edição

Tratado de Gastroenterologia | FBG 2º Edição

Clínica Médica | Doenças do Aparelho Digestivo – FMUSP 2º Edição

Tratado de Clínica Cirúrgica | HC-FMUSP 1º Edição

Tratado de Clínica Cirúrgica do Sistema Digestório | Intestino Delgado | FMUSP

Tratado de Coloproctologia | SBCP 1º Edição

Manual ASCRS de Cirurgia de Cólon e Cirurgia Retal | 3º Edição