

---

# RELAÇÃO ENTRE OS SINTOMAS CLÍNICOS DA INCONTINÊNCIA ANAL E OS RESULTADOS DA MANOMETRIA ANORETAL

JOSÉ RIBAMAR BALDEZ –TSBCP

---

BALDEZ JR. Relação entre os Sintomas Clínicos da Incontinência Anal e os Resultados da Manometria Anorectal. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(2):140-143.

**RESUMO :** O objetivo do presente trabalho foi analisar os sintomas clínicos frente aos resultados da manometria anorectal em pacientes com incontinência fecal. Comparamos a frequência dos sintomas clínicos com a presença ou ausência de anormalidades funcionais. Usando esta metodologia, as seguintes relações podem ser encontradas: a necessidade de usar protetores anais, com a diminuição da pressão de repouso do canal anal; a capacidade de retardar sua evacuação com a diminuição de pressão voluntária de contração do canal anal; a interferência da incontinência nas atividades sociais, com a diminuição da duração da contração voluntária do canal anal (tempo de sustentação muscular); sintomas urinários com o aumento do volume de distensão retal necessário para promover o aparecimento do reflexo inibitório reto anal; prolapso retal completo com a redução do comprimento do canal anal. Concluindo demonstramos a importância do exame manométrico na prática colo-proctológica

**Unitermos:** Incontinência Anal; Apresentação Clínica; Resultados da Manometria Anorectal

---

## INTRODUÇÃO

Geralmente, a relação entre os sintomas clínicos da incontinência anal e os resultados da investigação anorectal não são claros, provavelmente porque a incontinência pode ser devida a distúrbios da função de um ou mais componentes que contribuem para a continência normal. Por esta razão, o nosso objetivo foi somente tentar identificar anormalidades anoretais que possam levar a um melhor entendimento dos sintomas da incontinência fecal. Por isso, para observar se existe relação entre sintomas clínicos e anormalidades da função anorectal assim como a frequência desta relação, foram estudados 120 pacientes incontinentes, submetidos a manometria anorectal no departamento de fisiologia da Clínica de Proctologia do Maranhão, no período compreendido entre março/2000 a outubro/2002, os quais foram solicitados a preencherem um questionário padronizado.

---

*Trabalho Realizado no Departamento de Fisiologia da Clínica de Proctologia do Maranhão.*

## PACIENTES E MÉTODOS

Noventa (90) pacientes de sexo feminino e trinta (30) do sexo masculino consultados com queixa de incontinência, com idade variando entre 20 a 80 anos, com média de 58 anos, participaram do estudo, sendo assim distribuídos:

- grupo I - incontinência sem lesão muscular e com prolapso.
- grupo II - incontinência sem lesão muscular e sem prolapso.
- grupo III - incontinência com lesão muscular.

O grupo I era representado por 36 pacientes (30%), sendo maior a prevalência acima de 60 anos de idade, com história de constipação intestinal de longa duração, grandes esforços para evacuar e com certo grau de neuropatia do pudendo.

O grupo II representado por 48 pacientes (40%) tinha sua maior ocorrência em mulheres com mais de 3 partos normais, história de constipação intestinal crônica e com certo grau de relaxamento perineal.

No grupo III correspondendo a 30% dos pacientes estudados, tiveram suas lesões musculares esfínterianas produzidas por lesões obstétricas e por complicações de fistulectomias anais e hemorroidectomias mal executadas.

A colonoscopia foi normal em todos os pacientes e nenhum tinha doença sistêmica ou neurológica.

O questionário incluía os seguintes itens: duração da incontinência; ocorrência de incontinência para fezes formadas ou líquidas, flatus ou muco; frequência da incontinência, diária, semanal ou ocasional; abundância da incontinência; vazamento sem conhecimento do paciente; necessidade de usar protetores anais; conhecimento de uma defecação urgente; capacidade para retardar uma evacuação; interferência da incontinência nas atividades sociais; diarreia; associação com sintomas urinários; cirurgia prévia.

### MANOMETRIA ANO RETAL

Em todos os pacientes, obedeceu-se á seguinte sistemática:

1. medição do comprimento do canal anal
2. registro da pressão de repouso nas partes alta e baixa do canal anal.
3. registro da pressão de contração voluntária do canal anal.
4. estudo do Reflexo Inibitório Reto Anal.

Durante este período, era registrado o volume de distensão retal necessário para despertar este reflexo assim como também o registro do volume máximo tolerado.

Para análise estatística, somente a normalidade ou anormalidade de cada parâmetro foi considerada. diminuição do comprimento do canal anal (< 3cm), pressão de repouso (< 30cm H<sub>2</sub>O), pressão voluntária de contração (< 80cm H<sub>2</sub>O) ou duração (<40 segundos), foram considerados parâmetros de anormalidade. volume máximo tolerado menor que 120ml ou maior que 300ml foram considerados como correspondentes a micro reto e mega reto, respectivamente se o volume de distensão retal necessário para despertar o reflexo inibitório reto anal era superior a 30ml, considerava-se anormalidade.

### RESULTADOS

A duração da incontinência foi menor que 1 ano em 45% dos pacientes, entre 1 e 2 anos em 35%, e superior a 2 anos em 20%. a incontinência diária foi observada em 75% dos pacientes, e o tipo ocasional

em 25%. somente 10% dos pacientes apresentavam perdas involuntárias abundantes, e 90% tinham pequenas perdas fecais. os sintomas mais frequentes foram:

1. necessidade de usar protetores anais em 58%;
2. vazamento sem conhecimento do paciente em 50%;
3. urgência em evacuar sem período de aviso consciente em 65%;
4. incapacidade de retardar uma evacuação em 70%. 25% dos pacientes queixavam-se de incontinência somente quando apresentavam diarreia. 15% informavam associação com incontinência urinária.

A frequência de anormalidade ano retal demonstrada pela manometria não depende da idade dos pacientes. a diminuição de pressão de repouso do canal anal assim como também da contração voluntária foi mais frequente em mulheres (75%) que em homens (25%). a duração da incontinência, sua frequência, vazamento fecal sem conhecimento do paciente e urgência em evacuar sem aviso, não diferem em relação com os resultados da manometria ano retal.

Porém, o vazamento fecal inconsciente foi mais frequente quando a ampola retal estava repleta de matéria fecal que quando vazia; a urgência em evacuar sem conhecimento consciente foi mais frequente com constantes crises de diarreia. a necessidade de usar protetores anais foi muito associada à diminuição da pressão basal do canal anal (70%). a inabilidade para retardar uma evacuação relaciona-se com a diminuição da pressão de contração voluntária do canal anal (65%). o prolapso retal associou-se com redução do comprimento do canal anal em 35%. os sintomas urinários foram mais frequentes nos casos de anormalidade no volume de distensão retal necessário para despertar do reflexo inibitório reto anal (65%).

Finalmente, os pacientes que tinham suas atividades sociais prejudicadas pela incontinência associaram-se à diminuição do tempo de sustentação muscular em 70%.

### DISCUSSÃO

As relações entre os sintomas clínicos da incontinência fecal e os resultados da manometria ano retal é geralmente difícil de ser estabelecido e interpretado. Numa tentativa de melhor estudar os sintomas desta enfermidade, 120 incontinentes pacientes que tinham se submetido à manometria ano

retal foram instados a responder um questionário padronizado. Nosso objetivo foi verificar se as anormalidades manométricas encontradas estão na dependência dos sintomas relatados pelos pacientes.

Valores normais de manometria ano retal foram estabelecidos previamente em pessoas sadias (grupo controle) da mesma faixa etária do grupo de pacientes incontinentes, objeto do presente estudo. Apesar do fato de que este grupo controle não ser o ideal, acreditamos que os valores normais estabelecidos serviram como bom parâmetro de comparação. Em algumas circunstâncias encontramos pobres resultados manométricos em pacientes com sintomas significativos e vice versa. Observa-se também que uma mesma desordem funcional pode produzir várias anormalidades manométricas e uma mesma anormalidade manométrica corresponder a várias desordens funcionais.

Porém, se considerarmos as relações um para um, poderíamos concluir o que se segue;

- a- necessidade de usar protetores anais com a pressão de repouso do canal anal.
- b- incapacidade de retardar uma evacuação com a pressão de contração voluntária do canal anal.

- c- prolapso retal com comprimento do canal anal.
- d- sintomas urinários (incontinência) com elevação threshold, sugerindo que esta associação pode ser mais frequente em casos de neuropatia.
- e- baixo tempo de sustentação muscular com interferência nas atividades sociais dos pacientes, sugerindo que a inabilidade para controlar voluntariamente a defecação depende não somente de uma normal contração voluntária, mas também, da possibilidade da manutenção desta contração por um determinado período de tempo.

Finalmente, apesar das dificuldades de estabelecer uma relação entre os sintomas clínicos da incontinência anal e as desordens encontradas na avaliação manométrica, o presente estudo pode contribuir para ajudar na interpretação dos mecanismos fisiopatológicos desta enfermidade, demonstrando a importância da avaliação manométrica nos pacientes com incontinência anal.

---

**SUMMARY:** The main objective of this study was to analyse the Clinical Symptoms in front of the results of Ano Rectal Manometry in patients with Anal Incontinence. The frequency of the Clinical Symptoms was compared with the presence or absence of the functional abnormalities. Using this methodology the following relationships may be found: the need to wear a pad, with low resting anal pressure; the inability to delay one evacuation, with decreased anal voluntary contraction; interference of incontinence with social activities, with decreased duration of anal voluntary contraction time; urinary symptoms, with increased threshold volume of rectal volume to promote the recto anal inhibitory reflex; total Rectal prolapse, with the reduction of the anal canal length.

**Key words:** Anal Incontinence; Clinical Presentation; Result of the Ano Manometry.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Penninckse FM. Faecal Incontinence. *Int. J Colo Rectal DIS* 1987; 2 : 173 - 86.
2. Martelli H, Deuroede G, Arhan P, Dugay C, Dornic C, Faverdin C. Some parameters of large bowel motility in normal man *Gastroenterology* 1978; 75 : 615 - 8
3. Coller JA. Computerized Anal Sphincter Manometry; Performance and Analysis. In: Smith LE, ed. *Practical Guide to Ano rectal Testing*. New York. Igaku Shoin 1990: 65
4. Bartolo DCC, Jarratt JA, Read MG, et al. The Role of partial denervation of the pubo rectal in idiopathic fecal incontinence. *Br. J Surg* 70: 664-667, 1983.
5. Henry MM: Pathogenesis and management of fecal incontinence in the adult. *Gastroenterol Clin North Am* 16 (1): 35-45, 1987.
6. Henry MM, Swas M: Fecal incontinence. B. Pathogenesis and Clinical features. In Henry MM, Swash M *Coloproctology and the pelvic floor*. London Butterworths, 1985.
7. Neill ME, Swash M: Physiologic Studies of the Sphincter musculature in faecal incontinence and rectal prolapse. *Br. J Surg* 68: 531 - 536, 1981.
8. Read NW, Bartolo DCC, Read MG. Differences in anal function in patients with incontinence to solids in patients with incontinence to liquids. *Br J Surg* 71: 39 - 42, 1984.

9. Tuckson WB, Fazio VW; Anal Incontinence, In fazio VW (ed) : Current therapy in Colon and Rectal Surgery. Philadelphia, BC Decker. 1990.
10. Venkatesh KS, Ramanujan PS, Larson DM. et al: Ano Rectal Complications of vaginal delivery. DIS Colon Rectum 32: 1039 - 1041, 1989.

**Endereço para correspondência:**

José Ribamar Baldez  
Clínica de Proctologia do Maranhão  
Rua do Apicum, 104 - Centro  
65.025-070 -São Luís (MA)  
E-mail: cpm@elo.com.br