

## Internamento na Terapêutica da Encoprese Funcional

ARMÉNIA OLIVEIRA, M. EDUARDA CRUZ, EUNICE TRINDADE, FERNANDO CARDOSO RODRIGUES, ÁLVARO AGUIAR, JORGE AMIL DIAS

*Unidade de Gastroenterologia Pediátrica  
Departamento de Pediatria do Hospital S. João*

### Resumo

A perda involuntária de fezes, frequente na clínica pediátrica, é de difícil controlo porque exige motivação e disciplina da criança e da família.

Foi objectivo deste trabalho avaliar os resultados do internamento electivo na orientação das crianças com encoprese funcional resistente ao tratamento no ambulatório.

Foram estudadas 10 crianças (9 m., 1 f.), com idade média de 9,6 anos (6-14 anos), internadas no período compreendido entre Janeiro de 1994 e Agosto de 1995.

A duração média da encoprese foi de 2,4 anos (6 meses - 5 anos). A enurese ocorreu associada em 4 crianças. O tempo médio de internamento foi de 6,3 dias (4-10 dias). Durante a hospitalização apenas 1 criança apresentou um episódio de «soiling». O controlo de evolução após o internamento foi  $\geq$  a 6 meses: 2 crianças tiveram recaída temporária e só 1 manteve episódios regulares de encoprese. Os resultados demonstram a utilidade do internamento na resolução da encoprese funcional em doentes de difícil controlo em ambulatório.

**Palavras-chave:** Encoprese funcional, terapêutica, internamento.

### Summary

Repeat involuntary passage of stools, very common in pediatrics, is difficult to control and requires a good interaction between the child and the family.

The aim of this study was to evaluate the efficacy of hospitalization in the management of functional encopresis.

We studied ten children (9 males, 1 female), with mean age of 9.6 years (6 years - 14 years), admitted for short term from January 1994 to August 1995 with functional encopresis unresponsive to home management.

Mean duration of symptoms was 2.4 years (6 month - 5 years). Enuresis was present in 4. Hospitalization mean time was 6.3 days (4-10 days).

During hospitalization all patients improved: only one child had an episode of «soiling». After returning home during  $\geq$  6 months of follow-up, one child still had regular episodes of encopresis, and two had occasional soiling episodes.

These results suggest that elective hospital admission may play a relevant role in the management of functional encopresis that cannot be controlled in ambulatory.

**Key-words:** Functional encopresis, management, hospitalization.

### Introdução

O termo encoprese foi utilizado pela primeira vez por Weissenberg em 1926 para definir a perda involuntária de fezes na roupa interior ou/as dejeções em locais não adequados. Posteriormente foi utilizado de forma mais lata abrangendo a incontinência anal ou «soiling» (emissão de fezes líquidas ou semi-sólidas com ampola rectal cheia de fezes duras).

A encoprese é dita primária quando ocorre em crianças sem controlo esfinteriano anterior e secundária se as crianças foram previamente continentes (de acordo com os critérios da Associação Americana de Psiquiatria: «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» citado na referência 1). Pode ocorrer ao longo de todo o dia, embora tenha, habitualmente, predomínio diurno. Os factores etiológicos desencadeantes podem ser de natureza somática, psicológica ou, mais frequentemente psicossomática.

Dada a motivação e a disciplina exigidas à criança e à família para a eficácia do tratamento, a situação é



por vezes de difícil controlo terapêutico em regime ambulatorio.

O nosso trabalho reporta-se à encoprese funcional, definida como a perda involuntária de fezes em crianças com idade superior a 4 anos sem causa orgânica subjacente, e tem como objectivo a avaliação da eficácia da terapêutica em internamento, nas situações não controladas com o tratamento em regime ambulatorio.

### Material e Métodos

Dez crianças com encoprese funcional que não responderam positivamente às medidas terapêuticas em regime ambulatorio (catarse intestinal, treino, motivação, dieta e laxantes), observadas no período compreendido entre Janeiro de 1994 e Agosto de 1995.

Em todos os doentes foram excluídas causas orgânicas de encoprese, mediante história clínica, exame físico em que se notou dilatação da ampola rectal preenchida por fecalomas e, quando necessário manometria ano-rectal normal.

No momento do internamento as crianças mantinham episódios regulares de encoprese (1-2 episódios / semana) e fecalomas duros na ampola rectal.

Ao longo do internamento foi permitida e encorajada a presença regular dos pais, embora as medidas terapêuticas estivessem inteiramente a cargo do pessoal hospitalar, consistindo estas em: limpeza inicial com enemas (2 vezes por dia até o enema sair limpo); dieta rica em fibras; incentivo da ingestão abundante de líquidos; treino do uso regular da sanita (com registo do número e características das dejeções).

Após as hospitalização, as crianças foram observadas em regime de consulta externa, com periodicidade mensal e foi-lhes prescrito o uso de laxante osmótico sempre que as fezes se tornassem de consistência mais dura.

### Resultados

As 10 crianças estudadas, 9 (90%) do sexo masculino, tinham idade média de 9.6 anos (6-14 anos). De acordo com a classificação de Graffar, 2 (20%) pertenciam à classe III, 5 (50%) à classe IV e 3 (30%) à classe V.

O intervalo médio entre o início dos primeiros sintomas e a data de internamento foi de 2,4 anos (6 meses-5 anos). Em 3 casos a duração da doença foi superior a 4 anos.

O tempo médio de seguimento na Consulta Externa de Gastroenterologia Pediátrica antes desta intervenção terapêutica foi de 6 meses (1-24 meses), sendo superior a 1 ano em 3 doentes.

Quatro crianças tinham enurese associada.

As crianças estudadas manifestavam sinais de ansiedade, de diminuição da auto-estima e de imaturidade.

As mães apresentavam-se extraordinariamente emotivas e superprotectoras, hipervalorizando o problema dos seus filhos.

A duração média do internamento foi de 6,3 dias (4-10 dias).

Durante o internamento, que foi bem aceite por todas as crianças, apenas uma delas teve um episódio isolado de «soiling».

Os quatro doentes com enurese melhoraram também esta situação durante o internamento e mantiveram-se sem recaída após a alta.

Após o internamento, durante o seguimento na consulta externa, por um período de pelo menos 6 meses, verificámos que a cura clínica manteve-se em 7 crianças, duas tiveram episódios esporádicos de «soiling», com início 2 meses após o internamento e uma mantém episódios regulares de encoprese. Este último caso, referindo-se a uma criança com encoprese de longo tempo de evolução (5 anos). Nestas 3 crianças que tiveram recaída a manometria anorectal foi normal.

### Discussão

As perdas fecais involuntárias são secundárias à progressiva retenção fecal e consequente dilatação do recto com perda de resposta à estimulação sensorial e diminuição da sensação da necessidade de defecar.

A encoprese funcional pode ser interpretada como reacção a um conflito entre a criança e o meio. O seu início relaciona-se frequentemente com um facto desencadeante bem definido, tal como o ingresso na escola, o nascimento de um irmão, a separação da mãe... Por isso é importante que a abordagem do problema envolva activamente os pais ou encarregados de educação da criança e favoreça um ambiente familiar motivador e desculpabilizante para a criança com encoprese <sup>(2)</sup>.

A presença regular dos pais, teve como objectivo uma melhor adesão da criança às medidas terapêuticas instituídas no internamento, uma melhor consciencialização e aprendizagem da etiopatogenia e tratamento da encoprese, no sentido de prevenir assim em regime ambulatorio, o aparecimento de novos episódios.

As situações com maior tempo de evolução ocorreram em crianças orientadas tardiamente para a Consulta de Gastroenterologia. Sabe-se que o sucesso terapêutico é inversamente proporcional ao tempo de evolução <sup>(3)</sup>. Um dos nossos 3 doentes com recaída tinha uma evolução de 5 anos e os outros 2 tiveram apenas «acidentes esporádicos».

A compressão da bexiga pela ampola rectal preenchida por fezes poderá explicar a associação da enurese à encoprese. De facto, resolvida a obstipação e a retenção de fezes na ampola rectal, todas as crianças deixaram de ter enurese apesar de estimuladas a ingerir líquidos em abundância visando o aumento do conteúdo fecal em água, (atitude esta contrária às recomendações para o tratamento da enurese).

Tal como referido na literatura <sup>(1,3)</sup>, também na nossa população a obstipação parece ser factor associado e desencadeante da encoprese, sendo importante instituir precocemente medidas preventivas, tais como: promover aleitamento materno, explicar aos pais a atitude correcta na fase de treino de controlo de esfíncteres, recomendar alimentação rica em fibras e proceder ao tratamento precoce das alterações do trânsito intestinal.

A melhoria foi consistente, na maioria das crianças.

Os resultados confirmaram que, o internamento electivo deve ser, uma modalidade terapêutica da encoprese funcional, a ponderar nas crianças resistentes ao tratamento em regime ambulatorio. O internamento torna possível o controlo rigoroso das medidas terapêuticas, e pode proporcionar à criança ambiente «acolhedor», estimulante e desculpabilizante.

É, por vezes, muito difícil convencer a família e a criança de que medidas aparentemente simples, e já anteriormente utilizadas de maneira menos rigorosa e não sistemática, são a chave para a resolução do problema. O facto de se observar melhoria clínica durante o internamento, permite-nos reafirmar a eficácia do tratamento, ganhar autoridade acrescida para insistir nestas medidas terapêuticas e reforçar a auto-estima da criança.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Howe CA, Walker E. Behavioral Management of Toilet Training, Enuresis, and Encopresis. *Pediatr Clin North* 1992; 39: 413-31.
2. Ajurriaguerra J. Manual de psychiatrie de l'enfant. 2nd ed. Paris: Masson, 1981.
3. Ferreira P, Marques L, Bastos A, Vilarinho A. A Criança. A Encoprese e a Família. Um Estudo prospectivo. *Rev Port Pediatr* 1993; 24: 389-93.

*Correspondência:* Arménia Oliveira  
Departamento de Pediatria – Hospital S. João  
4200 PORTO