

# BMJ Best Practice

## Incontinência fecal em crianças

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	6
<b>Prevenção</b>	<b>7</b>
Prevenção primária	7
Prevenção secundária	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	14
Diagnóstico diferencial	15
Critérios de diagnóstico	16
<b>Tratamento</b>	<b>17</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	17
Visão geral do tratamento	18
Opções de tratamento	20
Novidades	27
<b>Acompanhamento</b>	<b>28</b>
Recomendações	28
Complicações	28
Prognóstico	29
<b>Diretrizes</b>	<b>30</b>
Diretrizes de diagnóstico	30
Diretrizes de tratamento	30
<b>Referências</b>	<b>31</b>
<b>Imagens</b>	<b>34</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>36</b>

## Resumo

- ◇ Defecação involuntária em momentos inapropriados, ocorrendo após a idade típica de conclusão do treinamento esfinteriano (geralmente 4 anos).
- ◇ Na maioria dos casos, causada pela encoprese por transbordamento associada à constipação crônica e à impactação fecal grave em uma criança saudável nos demais aspectos, sem anormalidades anatômicas subjacentes.
- ◇ Pode ter um impacto negativo significativo na qualidade de vida para a criança e a família.
- ◇ A história abrangente e o exame físico são as bases do diagnóstico. Exames laboratoriais e radiológicos podem ser usados em base caso a caso para determinar a etiologia subjacente.
- ◇ O objetivo do tratamento é que o paciente defeque 1 a 3 vezes por dia no banheiro, sem episódios de encoprese.
- ◇ O tratamento envolve a desimpactação completa do cólon, o tratamento em longo prazo com laxantes e laxativos e a reeducação do intestino. Qualquer causa subjacente também deve ser abordada.

## Definição

A passagem involuntária de fezes do reto através do ânus, resultando em episódios de encoprese em momentos inapropriados, ocorrendo em uma idade após a qual o treinamento esfinteriano está tipicamente concluído (na maioria, 4 anos de idade ou mais).

## Epidemiologia

Estudos epidemiológicos sobre a prevalência da incontinência fecal em crianças são escassos e geralmente desatualizados. Em 1966, Bellman relatou que a prevalência de incontinência fecal entre crianças com mais de 4 anos de idade foi de 1.3%.<sup>[4]</sup> Um estudo mais recente em Amsterdã observou uma prevalência de 4.1% em crianças de 5 a 6 anos de idade e de 1.6% em crianças de 11 a 12 anos de idade. A prevalência geral de incontinência fecal foi observada como 3%, com mais meninos (3.7%) que meninas (2.4%) sendo afetados.<sup>[5]</sup>

Em uma série de 161 crianças de 5 a 17 anos de idade (75% meninos) encaminhadas a uma clínica de gastroenterologia pediátrica para disfunção intestinal, incluindo encoprese fecal, aproximadamente 70% foram classificadas como constipadas, apresentando em média 2 evacuações por semana e 7 episódios de encoprese por semana.<sup>[6]</sup> Aproximadamente 30% não estavam constipadas, apresentando 7 evacuações por semana e menos de 5 episódios de encoprese por semana, sem evidência de massas abdominais ou retais.

As malformações anorretais ocorrem em 1 em 5000 nascidos vivos e 25% dessas crianças apresentam incontinência fecal que requer tratamento em longo prazo.<sup>[7]</sup>

Mais de 50% das crianças com doença de Hirschsprung pode apresentar incontinência fecal após a cirurgia, mas a maioria é continente na adolescência.<sup>[8]</sup>

Os defeitos do tubo neural, especificamente a espinha bífida, ocorrem em cerca de 2500 neonatos por ano e com uma incidência de 1 em 1200 a 1400 nascidos vivos.<sup>[9]</sup> Praticamente todas as crianças afetadas apresentam algum grau de incontinência fecal.

## Etiologia

Incontinência fecal funcional associada à constipação crônica e impactação fecal grave

- A criança não tem anormalidades anatômicas subjacentes, mas a impactação fecal grave causa a dilatação do reto.
- A dilatação crônica causa a diminuição da sensibilidade retal e, portanto, a criança tem menos vontade de defecar.
- Fezes mais moles formam-se acima da impactação dura e vazam ao redor das fezes duras, fato conhecido como 'transbordamento'.

Incontinência fecal funcional não retentora

- A etiologia exata é desconhecida, mas os possíveis fatores contribuintes incluem distúrbios psicológicos, comportamentais ou emocionais, genética e função motora e sensibilidade reduzidas no trato gastrointestinal.

- A etiologia é provavelmente multifatorial.[10]

#### Incontinência fecal orgânica

- As anormalidades anatômicas do trato gastrointestinal ou a sua denervação neurológica causa a incapacidade de controlar as evacuações.[11]
- A criança tem uma anormalidade anatômica subjacente (por exemplo, malformações anorretais, anormalidades espinhais e neurológicas ou anormalidade pós-cirúrgica) que causa a falta de controle do intestino ou uma afecção clínica (por exemplo, hipotireoidismo, doença celíaca ou fibrose cística) que pode resultar em impactação fecal com incontinência por transbordamento.

#### Uso excessivo de medicamentos

- Raramente, a incontinência fecal pode ser decorrente do uso excessivo de medicamentos (isto é, laxantes ou orlistate) usados principalmente por adolescentes e adultos.

## Fisiopatologia

A continência fecal requer estruturas gastrointestinais e neurológicas normais e as funções envolvidas no bom funcionamento dos esfíncteres, músculos e nervos anais que controlam o trato gastrointestinal. Qualquer processo subjacente, que perturbe o funcionamento normal das estruturas anatômicas envolvidas na conservação da continência fecal, provocará a incontinência fecal.

Incontinência fecal funcional associada a constipação crônica e impactação fecal grave: um ciclo de constipação e a formação de evacuações grandes e dolorosas causam manobras para evitar a defecação, como a contração dos músculos glúteos. A impactação de fezes duras ocorre e as fezes mais moles fluem ao redor da massa fecal impactada e vazam do reto dilatado, que tem uma sensação reduzida da necessidade de defecar.

Incontinência fecal funcional não retentora: a fisiopatologia exata é desconhecida mas, por definição, a criança não tem retenção fecal nem processo inflamatório, anatômico, metabólico ou neoplásico que explique a incontinência fecal.[1]

Incontinência fecal orgânica: a etiologia exata da incontinência fecal depende da causa subjacente. Os exemplos incluem os seguintes:

- As malformações anorretais são associadas à musculatura puborretal, esfíncteres anais e sensação anal anormais.
- Crianças com anormalidades espinhais e neurológicas também podem ter a motilidade do intestino disfuncional e a sensação anal anormal.[3]
- A incontinência fecal após a cirurgia para a doença de Hirschsprung pode ser secundária à resultante função anormal do esfíncter, à sensação anormal, à perda do reflexo inibitório retocolônico ou à incontinência por transbordamento em decorrência da constipação.[12]
- O hipotireoidismo pode resultar em constipação crônica, com a subsequente retenção fecal e incontinência por transbordamento.
- Em crianças que apresentam um início mais recente de constipação e retenção fecal, a fissura anal pode ser um fator contribuinte para a persistência da constipação.
- A fibrose cística e a doença celíaca podem se apresentar com frequência elevada de evacuações e diarreia.

## Classificação

### Incontinência fecal funcional associada à constipação crônica e impactação fecal grave

A criança não tem anormalidades anatômicas subjacentes, mas apresenta a encoprese por transbordamento devido à constipação crônica e impactação fecal grave.[1]

### Incontinência fecal funcional não retentora

A criança não tem impactação fecal ou anormalidades anatômicas ou afecções clínicas subjacentes e apresenta a incontinência fecal por motivos que não estão claros.[1]

### Incontinência fecal orgânica

A criança tem uma anormalidade anatômica (por exemplo, malformações anorretais, anormalidades espinhais e neurológicas ou anormalidade pós-cirúrgica) ou afecções clínicas (por exemplo, hipotireoidismo) subjacentes que causam a falta de controle do intestino.[2] [3]

## Prevenção primária

Para evitar a constipação crônica e a impactação fecal, uma dieta rica em fibras e a ingestão adequada de líquidos devem ser incentivadas, além de um estilo de vida ativo e bons hábitos esfincterianos.

A quantidade recomendada de ingestão diária de fibras (em gramas) para a defecação normal é equivalente à idade da criança mais 5 g/dia (por exemplo, um jovem de 17 anos de idade deve consumir 22 g/dia).[13]

## Prevenção secundária

Os pacientes devem ser encorajados a continuar os bons hábitos alimentares: garantir a ingestão diária de água livre de, pelo menos, 4 a 8 copos por dia, a ingestão diária de fibras (o número sugerido de gramas de fibra por dia é igual à idade do paciente mais 5)[12] e o consumo de 5 frutas ou legumes por dia. A utilização de suplementação com fibra solúvel ou insolúvel é decidida em base caso a caso. As fibras solúveis tendem a agregar as fezes, enquanto as insolúveis tendem a torná-las mais soltas. As fibras solúveis (por exemplo, psyllium, pectina) são, portanto, preferidas.[25]

Eles devem fazer pausas frequentes para ir ao banheiro durante o dia, de preferência após cada refeição.

Quando os pacientes tiverem o desejo de evacuar, não devem suprimi-lo por longos períodos e devem ir ao banheiro rapidamente.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Os pais preocupados de um menino de 7 anos de idade envergonhado apresentam-se com queixa de encoprese fecal frequente nos últimos 6 meses. O menino também apresenta enurese frequente e tem uma evacuação grande e dolorosa no banheiro apenas duas vezes por semana. Nos demais aspectos, o menino está bem e é ativo e admite não querer usar o banheiro na escola ou parar de jogar videogame para usar o banheiro em casa.

### Outras apresentações

Uma criança pode apresentar uma história de reparo cirúrgico da doença de Hirschsprung ou história de anormalidades anorretais, espinhais ou neurológicas. Algumas crianças podem não ter história ou evidência clínica de constipação, impactação fecal ou qualquer anormalidade anatômica ou física subjacente.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

A obtenção da história abrangente e do exame físico é a base do diagnóstico de incontinência fecal. Exames laboratoriais e radiológicos podem ser usados em base caso a caso para determinar a etiologia subjacente.<sup>[14]</sup>

### História

A história deve incluir o seguinte:

- Detalhes da frequência de encoprese ou diarreia
- Situação de ocorrência - por exemplo, em casa ou na escola, em relação às atividades lúdicas
- Gravidade da incontinência, pois pode ser mais grave na presença de causas orgânicas
- Sinais e sintomas de constipação e retenção das fezes, isto é, evacuações dolorosas, dor abdominal/cólica e postura descrita como contração das nádegas.<sup>[14]</sup>

É necessário observar o padrão de defecação desde o nascimento até o presente e a história alimentar e dos medicamentos, além da história de anormalidades neurológicas, anorretais ou espinhais e intervenções cirúrgicas.

O médico também deve perguntar sobre a disfunção vesical associada, enurese, problemas comportamentais e eventos recentes da vida da família.

### Exame físico

Um exame físico abrangente é crucial para descobrir qualquer anormalidade, particularmente dos sistemas neurológico, musculoesquelético e gastrointestinal.<sup>[14] [15]</sup>

Inspeção perianal



- A inspeção do ânus e da área perianal para a evidência de fístulas, ânus deslocado/anterior e encoprese é importante, além da palpação durante o exame retal para examinar o tônus retal e a impactação fecal.

#### Exame anorretal

- A maioria das deformidades anorretais e espinhais graves é descoberta no período neonatal ou na ultrassonografia fetal. Muitas síndromes genéticas podem ser associadas a malformações anorretais, portanto quaisquer anormalidades associadas potenciais devem ser procuradas.
- O exame anorretal pode revelar lacerações, fissuras, ânus deslocado anteriormente e cavidade retal distendida, preenchida com uma grande quantidade de fezes firmes. A presença de uma grande quantidade de fezes em um reto dilatado é útil para distinguir a incontinência fecal retentora da não retentora.

#### Exame abdominal

- O exame abdominal pode revelar a presença de uma massa fecal e gases nos quadrantes inferiores.

#### Exame neurológico

- Um exame neurológico abrangente deve ser realizado em todas as crianças com incontinência fecal. O exame dos reflexos, força e sensação é necessário, assim como a inspeção da coluna vertebral para a evidência de disrafismo, como a presença de um tufo de cabelo ou covinha sacral.

## Achados clínicos

### Incontinência fecal funcional associada à constipação crônica e impactação fecal grave

- O paciente tem história de encoprese em diversos graus, além da história de constipação. A encoprese geralmente ocorre depois que a criança volta para casa da escola.
- Quando o paciente tem uma evacuação no banheiro, pode ser descrita como grande e dolorosa. Os comportamentos de retenção das fezes podem ser observados em casa, como a contração das nádegas para evitar a defecação.
- O paciente pode também queixar-se de dor abdominal, diminuição do apetite, enurese e retração social. A criança também não é capaz de sentir o desejo de defecar, em virtude do reto cronicamente distendido.

### Incontinência fecal funcional não retentora

- O único achado clínico é a encoprese sem evidências de constipação.
- O paciente afetado tem frequência de defecação e consistência das fezes normais e é menos provável que se queixe de dor abdominal ou apetite reduzido.[10]

### Incontinência fecal orgânica

- O paciente tem um achado anormal no exame físico ou história de uma afecção física associada ao desenvolvimento da incontinência fecal, ou pode ter uma história de reparação de uma anormalidade anatômica.

- Os pacientes mais comumente apresentam sinais e sintomas sugestivos de incontinência fecal associada à retenção fecal, mas podem também apresentar incontinência fecal não retentora. Em geral, essa categoria de pacientes apresenta uma incontinência mais grave.

## Avaliação radiológica

### Radiografia abdominal

- A radiografia abdominal é indicada para diagnosticar a retenção fecal nas situações em que o paciente ou os pais não permitem a realização de um exame retal para palpar as fezes no reto e também para mostrar aos pais que a impactação fecal é a causa real da diarreia paradoxal da criança.[16] [17] Embora esse exame não seja o estudo mais específico e possa não ser recomendado por alguns especialistas,[18] é tipicamente fácil de obter na clínica pediátrica geral. Ele pode ser obtido como evidência da linha basal da retenção fecal e pode ser usado para as avaliações subsequentes a fim de observar o progresso ou a recorrência da retenção fecal.

[Fig-1]

### Enema de bário não preparado

- Esse exame pode ser feito como parte de uma investigação para a constipação crônica para obter evidências de anormalidades gastrointestinais (isto é, doença de Hirschsprung). Não é o exame definitivo, porém está mais prontamente disponível para o médico de atenção primária e é um bom rastreamento para a constipação grave e sem resposta clínica. Nenhum laxante ou enema deve ser administrado 72 horas antes da realização desse estudo. Na doença de Hirschsprung, uma zona de transição pode ser observada, representando a mudança do reto estreitado (segmento agangliônico) para o cólon proximal dilatado para a região agangliônica.[19]

### Radiografia da coluna total ou ressonância nuclear magnética.

- Esses exames podem ser obtidos para diagnosticar as anormalidades espinhais associadas à incontinência fecal. Um exame neurológico ou espinhal anormal deve indicar a solicitação desses estudos.

### Radiografia de trânsito do marcador radiopaco

- Esse exame pode ser obtido em uma clínica especializada em cuidados terciários/motilidade, mas tipicamente está indisponível para o médico de atenção primária. A radiografia de trânsito do marcador radiopaco é usada para examinar um tempo de trânsito lento do marcador, passando e sendo excretado do trato gastrointestinal.[20]

## Avaliação laboratorial

### Estudos da tireoide

- Os estudos da tireoide podem ser feitos para assegurar que a retenção fecal não está associada ao hipotireoidismo. O hormônio estimulante da tireoide (TSH) e o T4 livre devem ser obtidos caso a caso e são fortemente considerados se qualquer sinal ou sintoma de hipotireoidismo estiver presente.

### Teste de cloreto no suor

- Esse teste é feito para assegurar que a impactação fecal não está associada à fibrose cística. Ele deve ser obtido em base caso a caso e fortemente considerado se qualquer sinal ou sintoma ou história familiar de fibrose cística estiver presente. O teste de cloreto no suor é obrigatório em uma criança que apresente constipação associada a prolapso retal.

#### Estudos celíacos

- Os estudos celíacos (isto é, imunoglobulina A [IgA] transglutaminase tecidual) podem ser solicitados se houver suspeita de doença celíaca, uma vez que essa doença pode apresentar-se com diarreia crônica e constipação. A constipação crônica foi relatada como uma apresentação atípica da doença celíaca.[21]

## Investigações colorretais adicionais

Outros exames que podem ser obtidos caso a caso, se indicado pelos achados da história e do exame físico, incluem manometria anorretal,[22] [23] endoscopia e tempo de trânsito colônico.[24] Esses exames não são solicitados ou realizados pelo pediatra geral ou o médico de atenção primária, mas podem ser solicitados e interpretados por um gastroenterologista pediátrico. Se a doença de Hirschsprung foi descartada, o especialista pode considerar esses exames para analisar a sensação retal anormal ou o tempo de trânsito lento.

A biópsia retal pode ser obtida quando houver constipação crônica apesar da adesão terapêutica; tipicamente, quando a encoprese é menor ou ausente; e quando existe a necessidade do uso recorrente de enemas para ter uma evacuação. Também realizada para firmar um diagnóstico definitivo da doença de Hirschsprung.[19]

## Fatores de risco

### Fortes

#### constipação crônica

- Causa importante de retenção fecal, que causa incontinência por transbordamento.
- Pode ser relacionada a uma afecção clínica subjacente, como o hipotireoidismo.

#### sexo masculino

- Os meninos geralmente são mais afetados que as meninas. Em uma série de 161 crianças de 5 a 17 anos de idade encaminhadas a uma clínica de gastroenterologia pediátrica, 75% eram meninos.[6]

#### idade: 5 a 6 anos de idade

- Um estudo em Amsterdã observou que a incontinência fecal ocorre mais frequentemente entre crianças de 5 a 6 anos que em crianças de 11 a 12 anos (4.1 versus 1.6%).[5]

#### ausência de fibras alimentares

- Pode causar constipação.

#### ingestão inadequada de líquidos

- Pode causar constipação.

## treinamento esfinteriano tardio ou inadequado

- Em crianças menores, especialmente meninos, a recusa ou falta de vontade de usar o banheiro/penico para esvaziar o intestino não é incomum. A 'retenção' contínua pode finalmente causar constipação e incontinência fecal.

## malformações anorretais

- Os defeitos variam de secundários a complexos e a probabilidade de incontinência persistente depende do defeito.
- Pacientes com sacro hipodesenvolvido têm maior probabilidade de serem incontinentes.[6]
- Aproximadamente 50% das crianças afetadas ocasionalmente têm encoprese e 25% têm incontinência fecal persistente que requer tratamento diário.[7]

## Doença de Hirschsprung

- Mais de 50% dos pacientes pode apresentar incontinência fecal após cirurgia, mas a maioria é continente na adolescência.[8]
- A continência fecal é um importante preditor da qualidade de vida após o reparo cirúrgico.

## anormalidades espinhais

- Os defeitos do tubo neural, especificamente a espinha bífida, ocorrem em cerca de 2500 neonatos por ano e com uma incidência de 1 em 1200 a 1400 nascidos vivos.[9] Praticamente todas as crianças afetadas apresentam algum grau de incontinência fecal.
- Outras anormalidades espinhais que podem causar a incontinência fecal incluem mielodisplasia e medula presa.

## Fracos

### problemas psicológicos ou comportamentais devido a eventos familiares estressantes

- Eventos familiares significativos, como o divórcio dos pais, nascimento de um irmão ou morte de um membro da família, podem resultar em estresse psicológico, fazendo a criança regredir no seu desenvolvimento (incluindo os hábitos intestinais e vesicais).

### transtornos psiquiátricos

- Não se sabe se um transtorno psiquiátrico ou comportamental (isto é, ansiedade, depressão) é um fator de risco de incontinência fecal ou pode resultar da mesma.[10]

### uso excessivo de medicamentos

- A incontinência fecal pode raramente ser decorrente do uso excessivo de medicamentos (isto é, laxantes, orlistate) usados principalmente por adolescentes e adultos.

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

### história de anormalidades anorretais, neurológicas ou espinhais ou cirurgia gastrointestinal (comum)

- Pode estar associada à incontinência fecal orgânica; o diagnóstico específico determina o risco de incontinência fecal do paciente.

**encoprese ou diarreia (comum)**

- Exigida para o diagnóstico de incontinência fecal. Pode ser relacionada à diarreia paradoxal em crianças constipadas ou decorrente do aumento na frequência das fezes e diarreia.

**constipação (comum)**

- Exigida para o diagnóstico de incontinência fecal associada à constipação crônica.

**irritação da pele perianal (comum)**

- Decorrente da umidade e das enzimas fecais.

**exame retal anormal (incomum)**

- Pode observar tônus anormal, grande massa fecal no reto dilatado na incontinência fecal associada à constipação crônica ou cavidade retal vazia na incontinência fecal funcional não retentora.

**deformidade espinhal (incomum)**

- Defeitos de gravidade variada, associados a graus variados de incontinência fecal.

**fraqueza e reflexos reduzidos ou ausentes (incomum)**

- No exame neurológico, fraqueza e reflexos reduzidos ou ausentes nos membros inferiores podem ser encontrados, indicando doença intestinal orgânica ou neurogênica.

**Outros fatores de diagnóstico****problemas comportamentais (comum)**

- Pode exibir ansiedade, depressão e isolamento social.
- Associados a todos os tipos de incontinência fecal, talvez como fator etiológico ou consequência.

**evacuações dolorosas (comum)**

- Relacionadas à incontinência fecal associada à constipação crônica.

**dor abdominal/cólica (comum)**

- Relacionadas à incontinência fecal associada à constipação crônica.

**postura descrita como contração das nádegas (comum)**

- Relacionada à incontinência fecal funcional associada à constipação crônica.

**enurese (comum)**

- Associada principalmente à incontinência fecal funcional com constipação crônica e à incontinência fecal orgânica.

**malformação anorretal (comum)**

- Defeitos de gravidade variada, associados a graus variados de incontinência fecal.

**exame abdominal anormal (comum)**

- O exame abdominal pode revelar a presença de uma massa fecal e gases nos quadrantes inferiores.

**história da afecção clínica subjacente (incomum)**

- Hipotireoidismo, doença celíaca e fibrose cística podem apresentar-se com incontinência fecal.

**Exames diagnóstico****Primeiros exames a serem solicitados**

Exame	Resultado
<b>radiografia abdominal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser obtida como evidência da linha basal da retenção fecal e pode ser usada para as avaliações subsequentes a fim de observar o progresso ou a recorrência da retenção fecal. [Fig-1]</li> </ul>	<b>retenção fecal grave na incontinência fecal associada à constipação crônica; alças intestinais grandes e dilatadas (aparência de gargalo) podem ser observadas na doença de Hirschsprung</b>

**Exames a serem considerados**

Exame	Resultado
<b>enema de bário não preparado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser obtido em casos suspeitos de doença de Hirschsprung (isto é, a criança não evacuou nas primeiras 72 horas de vida, cavidade retal vazia).</li> </ul>	<b>um cólon distal estreitado, com transição para um cólon proximal dilatado, é o achado clássico na doença de Hirschsprung</b>
<b>radiografia da coluna total</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser obtida apenas se o exame neurológico for anormal (isto é, déficits motores ou sensoriais dos membros inferiores, reflexos anormais).</li> </ul>	<b>para descartar defeitos espinhais</b>
<b>RNM da coluna vertebral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obtida apenas se o exame neurológico for anormal (isto é, déficits motores ou sensoriais dos membros inferiores, reflexos anormais); pode precisar ser obtida em uma instalação de cuidados terciários.</li> </ul>	<b>para descartar defeitos espinhais</b>
<b>radiografia de trânsito do marcador radiopaco</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser obtida em uma clínica especializada em cuidados terciários/motilidade, mas tipicamente está indisponível para o médico de atenção primária.</li> </ul>	<b>passagem e excreção tardias do marcador</b>
<b>estudos de manometria anorretal e colônica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não seria solicitada pelo médico de atenção primária; o gastroenterologista pediátrico determina a necessidade desse exame.</li> </ul>	<b>funcionamento anormal do esfíncter anal indica uma etiologia orgânica da incontinência fecal</b>
<b>biópsia retal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Não seria solicitada pelo médico de atenção primária; o gastroenterologista pediátrico determina a necessidade desse exame.</li> </ul>	<b>ausência de células gangliônicas e presença de excesso de nervos não mielinados</b>

Exame	Resultado
<b>hormônio estimulante da tireoide (TSH) sérico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser obtido quando os sinais e sintomas da doença tireoidiana estiverem presentes.</li> </ul>	<b>alto no hipotireoidismo, sugestivo de uma causa orgânica para a constipação crônica</b>
<b>nível de T4 livre sérico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser obtido quando os sinais e sintomas da doença tireoidiana estiverem presentes.</li> </ul>	<b>baixo no hipotireoidismo, sugestivo de uma causa orgânica para a constipação crônica</b>
<b>teste de cloreto no suor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obtido quando os sinais e sintomas da fibrose cística estiverem presentes, especialmente se o prolapso retal for uma característica.</li> </ul>	<b>níveis anormalmente altos indicam fibrose cística</b>
<b>imunoglobulina A (IgA) transglutaminase tecidual</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os estudos celíacos também podem ser solicitados se houver suspeita de doença celíaca, uma vez que essa doença pode apresentar-se com constipação.</li> </ul>	<b>elevada na doença celíaca</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Diarreia inespecífica infantil</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A idade do paciente é limitada à primeira infância, primeiros 2 anos de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nenhuma. Estudos das fezes ou outros exames laboratoriais são normais.</li> </ul>
<b>Síndrome do intestino irritável com constipação e diarreia alternadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de constipação e diarreia alternadas associadas à dor e ao desconforto abdominal.</li> <li>Distensão abdominal que aumenta durante o dia e não é associada a náuseas e vômitos.</li> <li>Nenhum achado significativo após o exame abdominal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma completo normal; a presença de anemia sugere doença que não síndrome do intestino irritável (SII).</li> <li>Estudos das fezes normais; a presença de leucócitos ou parasitas nas fezes sugerem doença que não SII.</li> <li>Radiografia abdominal simples, sigmoidoscopia flexível e colonoscopia são todas normais.</li> </ul>
<b>Diarreia infecciosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geralmente acompanhada por febre, vômitos e fezes sanguinolentas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os estudos das fezes podem ser positivos para eritrócitos e leucócitos.</li> <li>A cultura fecal pode identificar o crescimento de bactérias.</li> <li>Os ovos e parasitas podem ser observados no exame microscópico das fezes.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Critérios diagnósticos de Roma IV para distúrbios gastrointestinais de crianças e adolescentes<sup>[1]</sup>

H3: Distúrbios de defecação funcionais

H3a: Constipação funcional

- Deve incluir 2 ou mais das seguintes alternativas, ocorrendo pelo menos uma vez por semana por um mínimo de 1 mês e não atender os critérios de síndrome do intestino irritável:
  - 2 ou menos defecações por semana no vaso sanitário em uma criança com idade de desenvolvimento de 4 anos ou mais
  - 1 episódio ou mais de incontinência fecal por semana
  - História de postura retentiva ou retenção fecal volitiva excessiva
  - História de movimentos intestinais difíceis ou dolorosos
  - Presença de grande massa fecal no reto
  - História de fezes com grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário.
- Os critérios também incluem a estipulação de que após a avaliação correta os sintomas não podem ser explicados por outra doença.

H3b: Incontinência fecal não retentora

- Deve incluir pelo menos uma história de 1 mês dos seguintes sintomas em uma criança com idade de desenvolvimento de 4 anos ou mais:
  - Defecação em lugares considerados inadequados para o contexto sócio-cultural
  - Nenhuma evidência de retenção fecal.
- Os critérios também incluem a estipulação de que após a avaliação correta os sintomas não podem ser explicados por outra doença.



## Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento da incontinência fecal pediátrica depende da causa subjacente e de quaisquer afecções associadas. O objetivo do tratamento é que o paciente defeque 1 a 3 vezes por dia no banheiro, sem episódios de encoprese.

### Constipação crônica e impactação fecal grave na incontinência fecal funcional ou orgânica

Pacientes que apresentarem constipação e impactação fecal grave devem seguir um processo de 2 etapas para desimpactar o cólon e manter hábitos intestinais regulares para evitar um novo acúmulo de matéria fecal retida. Especificamente na incontinência fecal orgânica, o tratamento deve também ser adaptado ao diagnóstico e tratamento da doença subjacente.

#### 1. Desimpactação aguda da matéria fecal

- Os laxantes orais são a opção de primeira linha para a desimpactação da matéria fecal em pacientes com incontinência fecal funcional ou orgânica que apresentem impactação fecal e constipação. Os laxantes orais são preferidos por serem melhor tolerados e mais aceitáveis. Se o paciente não responder aos laxantes orais, um enema é indicado como tratamento de segunda linha para amolecer as fezes. No entanto, se a desimpactação não tiver sucesso com um único tratamento com laxante ou enema, a combinação de ambos pode ser necessária como uma opção de terceira linha.
- A dissipação aguda pode ser efetuada no ambulatório, mas pode exigir serviços de hospitalização se o paciente não apresentar adesão ou se o tratamento falhar. Um resultado é geralmente esperado em 2 a 5 dias.

#### 2. Fase de manutenção contínua para evitar um novo acúmulo de matéria fecal retida

- O tratamento consiste em uso de laxantes, intervenções alimentares e estabelecimento de bons hábitos intestinais.
- Os laxantes devem ser usados diariamente e os laxativos são recomendados porque não são formadores de hábito.
- As intervenções alimentares envolvem o aumento da ingestão diária de água livre para, pelo menos, 4 a 8 copos por dia, o aumento da ingestão diária de fibras (o número sugerido de gramas de fibra por dia é igual à idade do paciente mais 5)[12] e o consumo de 5 frutas ou legumes por dia. A utilização de suplementação com fibra solúvel ou insolúvel é decidida em base caso a caso. As fibras solúveis tendem a agregar as fezes, enquanto as insolúveis tendem a torná-las mais soltas. As fibras solúveis (por exemplo, psyllium, pectina) são, portanto, preferidas.[25]
- Os bons hábitos intestinais envolvem deixar a criança sentada no vaso sanitário por 5 a 10 minutos pela manhã, após a escola e após as refeições.[15] Enquanto estiver sentada no vaso sanitário, os joelhos da criança devem ficar flexionados e os pés colocados em um banquinho. A criança deve empurrar as fezes, mesmo sem a sensação de evacuação, para que os músculos sejam retreinados.
- Uma revisão sistemática concluiu que as intervenções comportamentais associadas ao tratamento com laxantes proporcionam uma melhora mais acentuada da incontinência funcional que o tratamento com laxantes isolado.[26]

Em pacientes com incontinência fecal orgânica que falham no tratamento clínico agressivo e ainda têm constipação crônica e incontinência, os tratamentos cirúrgicos podem ser usados em raros casos para manter o intestino desimpactado. A incontinência residual após a cirurgia é tratada com o uso de um laxante, intervenções alimentares e estabelecimento de bons hábitos intestinais.

## Incontinência fecal funcional não retentora ou orgânica sem constipação

Em pacientes sem constipação, as intervenções incluem um programa de retreinamento do intestino, aumento das fibras alimentares, biofeedback e possível uso do antidiarreico loperamida como último recurso se a incontinência interferir nas atividades sociais. Em pacientes com incontinência fecal orgânica, qualquer causa subjacente (por exemplo, malformação anatômica, afecção clínica subjacente) também deve ser abordada.

O programa de retreinamento do intestino é voltado para fortalecer os músculos internos ou o esfíncter interno e recuperar a sensação retal.[10] Geralmente isso é alcançado pedindo-se ao paciente que fique sentado no vaso sanitário e empurre por 5 a 10 minutos, 2 a 3 vezes ao dia.

Geralmente, o biofeedback é realizado apenas em pacientes que tiveram resultados anormais na manometria anorretal, embora sua utilidade ainda não seja confirmada.[26] Deve ser feito em um centro de cuidados terciários especializado.

Os pacientes podem se beneficiar com uma consulta de medicina comportamental, um profissional de saúde mental ou psicólogo se os fatores psicossociais forem a etiologia subjacente.[10]

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo ( resumo )		
<b>com constipação e impactação fecal</b>		
■	1a	<b>laxante oral</b>
	2a	<b>enema</b>
	3a	<b>laxante oral + enema</b>
	mais	<b>laxantes contínuos + dieta + bons hábitos intestinais</b>
	mais	<b>cirurgia</b>
<b>sem constipação</b>		
	1a	<b>programa de retreinamento intestinal + aumento de fibras alimentares</b>
	adjunto	<b>avaliação da medicina comportamental</b>

Agudo		( resumo )
	adjunto	biofeedback anorretal
	adjunto	loperamida

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### com constipação e impactação fecal

1a

#### laxante oral

##### Opções primárias

» **polietilenoglicol/eletrólitos**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **citrato de magnésio**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

OU

» **parafina líquida**: crianças 5-11 anos de idade: 5-15 mL por via oral uma vez ao dia quando necessário; crianças >12 anos de idade: 15-45 mL por via oral uma vez ao dia quando necessário

» Na incontinência fecal funcional ou orgânica que apresente impactação fecal e constipação, os laxantes orais são a opção de primeira linha para a desimpactação da matéria fecal. Em pacientes com incontinência fecal orgânica, qualquer causa subjacente (por exemplo, anormalidade anatômica ou afecção clínica) também deve ser abordada.

» A solução de PEG/eletrólitos e o citrato de magnésio são laxantes orais de primeira linha apropriados no ambiente ambulatorial. Embora o PEG seja geralmente mais tolerável por não ter sabor, o PEG e o citrato de magnésio são igualmente eficazes desde que o paciente tenha uma boa adesão terapêutica. O PEG é geralmente administrado por via oral para pacientes ambulatoriais, mas pode exigir o tratamento hospitalizado administrado por sonda nasogástrica se o paciente for incapaz de tomá-lo por via oral.

» A parafina líquida não é tão bem tolerada quanto o PEG ou o citrato de magnésio, mas ainda é considerada uma opção de primeira linha por alguns médicos. Não deve ser usado em crianças <5 anos de idade ou com

## Agudo

2a

história de doença neurológica ou refluxo gastroesofágico.

### enema

#### Opções primárias

» **parafina líquida**: Crianças com 2-11 anos de idade: 30-60 mL por via retal em dose única; crianças >11 anos de idade: 120 mL por via retal uma vez ao dia

#### OU

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

» Na incontinência fecal funcional ou orgânica que apresente impactação fecal e constipação, se o paciente não responder aos laxantes orais, um enema é indicado como tratamento de segunda linha para amolecer as fezes.

» O enema de parafina líquida e o enema de fosfato hipertônico têm eficácia similar.

» Com o uso de enema, a manipulação retal pode causar irritação retal e sangramento.

» Em pacientes com incontinência fecal orgânica, qualquer causa subjacente (por exemplo, anormalidade anatômica ou afecção clínica) também deve ser abordada.

3a

### laxante oral + enema

#### Opções primárias

» **polietilenoglicol/eletrólitos**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

-ou-

» **citrato de magnésio**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

-ou-

» **parafina líquida**: crianças 5-11 anos de idade: 5-15 mL por via oral uma vez ao dia quando necessário; crianças >12 anos de idade: 15-45 mL por via oral uma vez ao dia quando necessário

--E--

» **parafina líquida**: Crianças com 2-11 anos de idade: 30-60 mL por via retal em dose única; crianças >11 anos de idade: 120 mL por via retal uma vez ao dia

-ou-

» **fosfato sódico**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

## Agudo

» Na incontinência fecal funcional ou orgânica que apresente impactação fecal e constipação, se a desimpactação não tiver sucesso com um único tratamento com laxante ou enema, a combinação de ambos pode ser necessária como uma opção de terceira linha. Em pacientes com incontinência fecal orgânica, qualquer causa subjacente (por exemplo, anormalidade anatômica ou afecção clínica) também deve ser abordada.

» A solução de PEG/eletrólitos e o citrato de magnésio são laxantes orais de primeira linha apropriados no ambiente ambulatorial. Embora o PEG seja geralmente mais tolerável por não ter sabor, o PEG e o citrato de magnésio são igualmente eficazes desde que o paciente tenha uma boa adesão terapêutica. O PEG é geralmente administrado por via oral para pacientes ambulatoriais, mas pode exigir o tratamento hospitalizado administrado por sonda nasogástrica se o paciente não apresentar adesão terapêutica.

» A parafina líquida não é tão bem tolerada quanto o PEG ou o citrato de magnésio, mas ainda é considerada uma opção de primeira linha por alguns médicos. Não deve ser usado em crianças <5 anos de idade ou com história de doença neurológica ou refluxo gastroesofágico.

» O enema de parafina líquida e o enema de fosfato têm eficácia similar. Com o uso de enema, a manipulação retal pode causar irritação retal e sangramento.

..... ■ **impactação fecal remitida**

**mais**

**laxantes contínuos + dieta + bons hábitos intestinais**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

### Opções primárias

» **polietilenoglicol/eletrólitos**: consulte a bula do produto para obter orientações quanto à dose

**OU**

» **parafina líquida**: crianças 5-11 anos de idade: 5-15 mL por via oral uma vez ao dia quando necessário; crianças >12 anos de idade: 15-45 mL por via oral uma vez ao dia quando necessário

» Na incontinência fecal funcional ou orgânica, uma vez que a impactação fecal remitiu, a

## Agudo

manutenção contínua do intestino deve ser instituída para evitar o novo acúmulo de matéria fecal retida. Em pacientes com incontinência fecal orgânica, qualquer causa subjacente (por exemplo, anormalidade anatômica ou afecção clínica) também deve ser abordada.

» O tratamento consiste em uso de laxantes, intervenções alimentares e estabelecimento de bons hábitos intestinais. Uma revisão sistemática concluiu que as intervenções comportamentais associadas ao tratamento com laxantes proporcionam uma melhora mais acentuada da incontinência funcional que o tratamento com laxantes isolado.[26]

» Os laxantes devem ser usados diariamente e não devem ser formadores de hábito (por exemplo, laxativos). As opções incluem solução de polietilenoglicol/eletrólitos ou parafina líquida. A dosagem pode variar, mas deve ser ajustada para que o paciente produza 1 a 3 fezes moles e bem formadas por dia, sem encoprese. A parafina líquida não deve ser usada em pacientes com <5 anos de idade ou com comprometimento neurológico.

» As intervenções alimentares envolvem o aumento da ingestão diária de água livre para, pelo menos, 4 a 8 copos por dia e o aumento da ingestão diária de fibras (o número sugerido de gramas de fibra por dia é igual à idade do paciente mais 5)[12] e o consumo de 5 frutas ou legumes por dia. A utilização de suplementação com fibra solúvel ou insolúvel é decidida em base caso a caso. As fibras solúveis tendem a agregar as fezes, enquanto as insolúveis tendem a torná-las mais soltas. As fibras solúveis (por exemplo, psyllium, pectina) são, portanto, preferidas.[25]

» Os bons hábitos esfincterianos (exercícios de reeducação do intestino) envolvem deixar a criança sentada no vaso sanitário por 5 a 10 minutos pela manhã, após a escola e após as refeições. Enquanto estiver sentada no vaso sanitário, os joelhos devem ficar flexionados e os pés colocados em um banquinho. A criança deve empurrar as fezes, mesmo sem a sensação de evacuação, para que os músculos sejam retreinados.

» O reforço positivo pode ser feito com um sistema de recompensa, quando a criança tem sucesso na higiene e evita a encoprese.

## Agudo

■ com causa orgânica e sem resposta ao tratamento clínico

mais

**cirurgia**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Quando o tratamento médico for malsucedido em pacientes com incontinência fecal orgânica, podem ser utilizados tratamentos cirúrgicos em casos raros para manter o intestino desimpactado.

» Os desfechos funcionais pós-cirúrgicos para as malformações anorretais variam muito. Os especialistas gastrointestinais decidem sobre as intervenções cirúrgicas (por exemplo, apendicostomia, cecostomia, reconstrução do esfíncter, colostomia, esfíncteres artificiais) caso a caso.[27] [28] [29]

» A incontinência residual após a cirurgia é tratada com laxantes, intervenções alimentares e estabelecimento de bons hábitos intestinais.

**sem constipação**

**1a**

**programa de retreinamento intestinal + aumento de fibras alimentares**

» Em pacientes com incontinência fecal funcional ou orgânica que se apresentarem sem constipação, as intervenções incluem um programa de retreinamento do intestino, aumento das fibras alimentares, biofeedback e possível uso da loperamida como último recurso se a incontinência interferir nas atividades sociais.

» O programa de retreinamento do intestino é voltado para fortalecer os músculos internos ou o esfíncter interno e recuperar a sensação retal. Geralmente pede-se ao paciente que fique sentado no vaso sanitário e empurre por 5 a 10 minutos, 2 ou 3 vezes ao dia.[15] Enquanto estiver sentada no vaso sanitário, os joelhos devem ficar flexionados e os pés colocados em um banquinho. A criança deve empurrar as fezes, mesmo sem a sensação de evacuação, para que os músculos sejam retreinados. O reforço positivo pode ser feito com um sistema de recompensa, quando a criança tem sucesso na higiene e evita a encoprese.

» As intervenções alimentares envolvem o aumento da ingestão diária de água livre para, pelo menos, 4 a 8 copos por dia, o aumento da ingestão diária de fibras (o número sugerido de gramas de fibra por dia é igual à idade do paciente mais 5)[12] e o consumo de 5 frutas ou legumes por dia. A utilização de suplementação



## Agudo

com fibra solúvel ou insolúvel é decidida em base caso a caso. As fibras solúveis tendem a agregar as fezes, enquanto as insolúveis tendem a torná-las mais soltas. As fibras solúveis (por exemplo, psyllium, pectina) são, portanto, preferidas.[25]

» Em pacientes com incontinência fecal orgânica, qualquer causa subjacente (por exemplo, anormalidade anatômica ou afecção clínica) também deve ser abordada.

### adjunto **avaliação da medicina comportamental**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Na incontinência fecal funcional ou orgânica, o paciente pode se beneficiar de uma consulta de medicina comportamental, com um profissional de saúde mental ou psicólogo, se os fatores psicossociais forem a etiologia subjacente.

### adjunto **biofeedback anorretal**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Na incontinência fecal funcional ou orgânica, a utilidade do biofeedback anorretal ainda não foi confirmada.[26]

### adjunto **loperamida**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **loperamida**: crianças de 2-5 anos de idade: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose; crianças de 6-8 anos de idade: 2 mg por via oral duas vezes ao dia no dia 1, seguidos por 0.1 mg/kg após cada evacuação diarreica quando necessário, máximo de 4 mg/dia; crianças de 9-11 anos de idade: 2 mg por via oral três vezes ao dia no dia 1, seguidos por 0.1 mg/kg após cada evacuação diarreica quando necessário, máximo de 6 mg/dia; crianças >11 anos de idade e adultos: 4 mg por via oral inicialmente, seguidos por 2 mg por via oral após evacuação diarreica quando necessário, máximo de 16 mg/dia

» Na incontinência fecal funcional ou orgânica, o uso da loperamida é um último recurso se a incontinência interferir nas atividades sociais. Ela é um agonista do receptor opioide que pode aumentar a pressão do esfíncter anal.

## Agudo

» Existem estudos limitados sobre a eficácia de supositórios de loperamida em adolescentes com encoprese funcional não retentora.[30]

## Novidades

### Tampões para conter a incontinência fecal

Dados limitados estão disponíveis sobre a eficácia e tolerabilidade dos tampões para o tratamento da incontinência fecal em crianças.[31]

### Prucaloprida

A prucaloprida é um agonista do receptor da serotonina com propriedades enterocinéticas. Em um ensaio clínico multicêntrico, randomizado e controlado por placebo de fase 3, os pacientes adultos cronicamente constipados tratados com prucaloprida tiveram escores significativamente mais altos de qualidade de vida e melhora das evacuações em comparação com o placebo.[32]

### Lubiprostona

A lubiprostona é um novo ativador seletivo do canal de cloreto do tipo 2, que aumenta a secreção de fluido na membrana celular apical intestinal, aumentando a motilidade intestinal e a frequência de passagem das fezes. Dois ensaios clínicos de fase 3 em adultos com síndrome do intestino irritável revelaram a eficácia na frequência da evacuação espontânea e na consistência das fezes. Os efeitos benéficos duraram até 4 semanas após o tratamento com lubiprostona ter sido interrompido.[33]

### Toxina botulínica tipo A intraesfincteriana

Foi relatado que a injeção intraesfincteriana de toxina botulínica tipo A tem efeitos variáveis em crianças com constipação crônica com disfunção do esfíncter anal interno. Uma revisão retrospectiva de 24 pacientes pediátricos com constipação intratável observou que, em metade deles, a constipação melhorou por pelo menos 6 meses após o tratamento com toxina botulínica intraesfincteriana.[34]

### Intervenção cirúrgica

A remoção de uma área não funcional do intestino ainda está sob investigação e é considerada apenas depois da falha contínua do tratamento clínico. Uma revisão retrospectiva dos prontuários de 19 crianças cronicamente constipadas, submetidas à cirurgia após a manometria anorretal e colônica anormal, observou que 89% dos pais consideravam os sintomas completamente remitidos após a cirurgia.[35]

### Irrigação transanal

Foi observado que esse procedimento melhora a continência fecal em crianças com espinha bífida, mas pesquisas adicionais são necessárias.[36]

## Recomendações

### Monitoramento

Durante a fase de desimpactação aguda do tratamento, os médicos devem garantir a adesão terapêutica e a tolerância ao tratamento ambulatorial, seja por uma visita à clínica a cada 2 ou mais dias ou por telefone.

Durante o tratamento de manutenção, os médicos devem reforçar as medidas alimentares e os hábitos esfincterianos no início, com acompanhamento a cada 2 semanas por 1 mês, depois uma vez por mês por 1 a 3 meses e a cada 6 meses a partir de então. O tratamento de manutenção deve ser continuado por vários meses até 1 ano ou mais.

### Instruções ao paciente

Os pacientes devem seguir as instruções de desimpactação aguda e manutenção fornecidas pelo médico.

A continuação dos bons hábitos alimentares e do uso de laxantes pode ser necessária por vários meses.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>qualidade de vida baixa</b>	<b>longo prazo</b>	<b>alta</b>
Crianças mais velhas que lutam com a continência fecal apresentam risco elevado.[7] [38] A consulta à medicina comportamental pode ser necessária.		
<b>dermatite irritante da área perianal, nádegas e períneo</b>	<b>longo prazo</b>	<b>alta</b>
A aplicação frequente de cremes de barreira (isto é, preparações de óxido de zinco ou vaselina) na área perineal protege a pele da umidade e das enzimas fecais e evita a irritação.[39]		
<b>agravamento da encoprese</b>	<b>longo prazo</b>	<b>alta</b>
O ciclo de fezes impactadas causando um reto persistentemente distendido causa mais encoprese.		
<b>enurese</b>	<b>longo prazo</b>	<b>alta</b>
Uma grande massa de fezes comprimindo a bexiga e os hábitos esfincterianos anormais causam a enurese.		

## Prognóstico

A taxa de recorrência em geral é alta para todas as causas de incontinência fecal.

### Funcional não retentora

Em um estudo, apenas 29% dos pacientes com incontinência fecal funcional não retentora foram tratados com sucesso após 2 anos de tratamento intensivo. Após 18 anos de idade, 15% continuaram tendo incontinência fecal apesar do tratamento.[37]

### Malformações anorretais

Pacientes com fístula vestibular, fístula perineal, atresia retal, fístula retouretral bulbar ou ânus imperfurado sem fístula provavelmente terão evacuações voluntárias aos 3 anos de idade.[6]

Pacientes com defeito de cloaca alta ou uma fístula do colo retovesical têm um prognóstico desfavorável e provavelmente apresentarão incontinência fecal persistente.[6]

## Diretrizes de diagnóstico

### Internacional

#### Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN

**Publicado por:** European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition; North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

**Última publicação em:** 2014

#### Fourth International Consultation on Incontinence recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence

**Publicado por:** International Continence Society

**Última publicação em:** 2010

## Diretrizes de tratamento

### Internacional

#### Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN

**Publicado por:** European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition; North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

**Última publicação em:** 2014

#### Fourth International Consultation on Incontinence recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence

**Publicado por:** International Continence Society

**Última publicação em:** 2010

## Artigos principais

- Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1456-68. [Resumo](#)
- Levitt MA, Pena A. Anorectal malformations. *Orphanet J Rare Dis*. 2007 Jul 26;2:33. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Bongers ME, Tabbers MM, Benninga MA. Functional nonretentive fecal incontinence in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007 Jan;44(1):5-13. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Ambartsumyan L, Nurko S. Review of organic causes of fecal incontinence in children: evaluation and treatment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2013 Sep;7(7):657-67. [Resumo](#)
- Rajindrajith S, Devanarayana NM, Benninga MA. Review article: faecal incontinence in children: epidemiology, pathophysiology, clinical evaluation and management. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013 Jan;37(1):37-48. [Texto completo](#) [Resumo](#)

## Referências

1. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1456-68. [Resumo](#)
2. Masi P, Miele E, Staiano A. Pediatric anorectal disorders. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008 Sep;37(3):709-30. [Resumo](#)
3. Wyndaele JJ, Kovindha A, Igawa Y, et al. Neurologic fecal incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):207-12. [Resumo](#)
4. Bellman M. Studies on encopresis. *Acta Paediatr Scand*. 1966;Suppl 170:S7-151. [Resumo](#)
5. van der Wal MF, Benninga MA, Hirasing RA. The prevalence of encopresis in a multicultural population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2005 Mar;40(3):345-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Benninga MA, Buller HA, Heymans HS, et al. Is encopresis always the result of constipation? *Arch Dis Child*. 1994 Sep;71(3):186-93. [Texto completo](#) [Resumo](#)
7. Levitt MA, Pena A. Anorectal malformations. *Orphanet J Rare Dis*. 2007 Jul 26;2:33. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. Mills JL, Konkin DE, Milner R, et al. Long-term bowel function and quality of life in children with Hirschsprung's disease. *J Pediatr Surg*. 2008 May;43(5):899-905. [Resumo](#)
9. Zickler CF, Richardson V. Achieving continence in children with neurogenic bowel and bladder. *J Pediatr Health Care*. 2004 Nov-Dec;18(6):276-83. [Resumo](#)

10. Bongers ME, Tabbers MM, Benninga MA. Functional nonretentive fecal incontinence in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2007 Jan;44(1):5-13. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Ambartsumyan L, Nurko S. Review of organic causes of fecal incontinence in children: evaluation and treatment. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2013 Sep;7(7):657-67. [Resumo](#)
12. Dasgupta R, Langer JC. Evaluation and management of persistent problems after surgery for Hirschsprung disease in a child. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008 Jan;46(1):13-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
13. Krebs NF, Baker RD, Bhatia JJ, et al. Carbohydrate and dietary fiber. In: Kleinman RE, ed. *Pediatric nutrition handbook*. 5th ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics; 2004:247-59.
14. Setty R, Wershil BK. In brief: fecal overflow incontinence. *Pediatr Rev.* 2006 Aug;27(8):e54-5. [Resumo](#)
15. Schonwald A, Rappaport L. Consultation with the specialist: encopresis: assessment and management. *Pediatr Rev.* 2004 Aug;25(8):278-83. [Resumo](#)
16. Rockney RM, McQuade WH, Days AL. The plain abdominal roentgenogram in the management of encopresis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995 Jun;149(6):623-7. [Resumo](#)
17. Starreveld JS, Pols MA, Van Wijk HJ, et al. The plain abdominal radiograph in the assessment of constipation. *Z Gastroenterol.* 1990 Jul;28(7):335-8. [Resumo](#)
18. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Benninga MA. Review article: faecal incontinence in children: epidemiology, pathophysiology, clinical evaluation and management. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013 Jan;37(1):37-48. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Feldman T, Wershil BK. In brief: Hirschsprung disease. *Pediatr Rev.* 2006 Aug;27(8):e56-7. [Resumo](#)
20. Cowlam S, Vinayagam R, Khan U, et al. Blinded comparison of faecal loading on plain radiography versus radio-opaque marker transit studies in the assessment of constipation. *Clin Radiol.* 2008 Dec;63(12):1326-31. [Resumo](#)
21. Sharma A, Poddar U, Yaccha SK. Time to recognize atypical celiac disease in Indian children. *Indian J Gastroenterol.* 2007 Nov-Dec;26(6):269-73. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Noviello C, Cobellis G, Papparella A, et al. Role of anorectal manometry in children with severe constipation. *Colorectal Dis.* 2009 Jun;11(5):480-4. [Resumo](#)
23. Schizas AM, Emmanuel AV, Williams AB, et al. Anal canal vector volume manometry. *Dis Colon Rectum.* 2011 Jun;54(6):759-68. [Resumo](#)
24. Abrams P, Andersson KE, Birder L, et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):213-40. [Texto completo](#) [Resumo](#)



25. Bischoff A, Levitt MA, Pena A. Bowel management for the treatment of pediatric fecal incontinence. *Pediatr Surg Int*. 2009 Dec;25(12):1027-42. [Resumo](#)
26. Brazzelli M, Griffiths PV, Cody JD, et al. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7;(12):CD002240. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Di Lorenzo C, Benninga MA. Pathophysiology of pediatric fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004 Jan;126(1 Suppl 1):S33-40. [Resumo](#)
28. Mousa HM, van den Berg MM, Caniano DA, et al. Cecostomy in children with defecation disorders. *Dig Dis Sci*. 2006 Jan;51(1):154-60. [Resumo](#)
29. Wong AL, Kravarusic D, Wong SL. Impact of cecostomy and antegrade colonic enemas on management of fecal incontinence and constipation: ten years of experience in pediatric population. *J Pediatr Surg*. 2008 Aug;43(8):1445-51. [Resumo](#)
30. Voskuil WP, van Ginkel R, Taminiau JA, et al. Loperamide suppositories in an adolescent with childhood-onset functional non-retentive fecal soiling. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003 Aug;37(2):198-200. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Deutekom M, Dobben A. Plugs for containing faecal incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 20;(7):CD005086. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Tack J, van Outryve M, Beyens G, et al. Prucalopride (Resolor) in the treatment of severe chronic constipation in patients dissatisfied with laxatives. *Gut*. 2009 Mar;58(3):357-65. [Resumo](#)
33. Owen RT. Lubiprostone: a novel treatment for irritable bowel syndrome with constipation. *Drugs Today (Barc)*. 2008 Sep;44(9):645-52. [Resumo](#)
34. Irani K, Rodriguez L, Doody DP, et al. Botulinum toxin for the treatment of chronic constipation in children with internal anal sphincter dysfunction. *Pediatr Surg Int*. 2008 Jul;24(7):779-83. [Resumo](#)
35. Youssef NN, Pensabene L, Barksdale E Jr, et al. Is there a role for surgery beyond colonic aganglionosis and anorectal malformation in children with intractable constipation? *J Pediatr Surg*. 2004 Jan;39(1):73-7. [Resumo](#)
36. Emmanuel A. Review of the efficacy and safety of transanal irrigation for neurogenic bowel dysfunction. *Spinal Cord*. 2010 Sep;48(9):664-73. [Resumo](#)
37. Voskuil WP, Reitsma JB, van Ginkel R, et al. Longitudinal follow-up of children with functional nonretentive fecal incontinence. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006 Jan;4(1):67-72. [Texto completo](#) [Resumo](#)
38. Kovacic K, Sood MR, Mugie S, et al. A multicenter study on childhood constipation and fecal incontinence: effects on quality of life. *J Pediatr*. 2015 Jun;166(6):1482-7. [Resumo](#)
39. Nield LS, Kamat D. Prevention, diagnosis, and management of diaper dermatitis. *Clin Pediatr (Phila)*. 2007 Jul;46(6):480-6. [Resumo](#)



## Imagens



## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Linda S. Nield, MD, FAAP**

Professor of Pediatrics

West Virginia University School of Medicine, Morgantown, WV

DIVULGAÇÕES: LSN is an author of a reference cited in this topic.

---

**Brian D. Riedel, MD**

Associate Professor of Pediatrics

Section Chief of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, West Virginia University School of Medicine, Morgantown, WV

DIVULGAÇÕES: BDR declares that he has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr Linda S. Nield and Dr Brian D. Riedel would like to gratefully acknowledge Dr Uwe Blecker, a previous contributor to this topic.

DIVULGAÇÕES: UB declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**John C. Thomas, MD**

Assistant Professor

Division of Pediatric Urology, Monroe Carell Jr. Children's Hospital at Vanderbilt, Nashville, TN

DIVULGAÇÕES: JCT declares that he has no competing interests.

---

**David C. A. Candy, MBBS, MSc, MD, FRCP, FRCPCH, FCU**

Consultant Paediatrics Gastroenterologist

Western Sussex Hospitals NHS Trust, Chichester, Honorary Consultant Paediatric Gastroenterologist, Royal Alexandra Children's Hospital, Brighton and Sussex University Hospitals, Brighton, UK

DIVULGAÇÕES: DCAC has received research grants, consultancy fees, and reimbursement of conference expenses from Norgine UK, the manufacturer of Movicol. He is the author of a systematic review of polyethylene glycol-based laxatives; convenor of the Paris Consensus on Constipation Terminology Group; and external advisor of the National Institute for Health and Care Excellence paediatric constipation guideline development group.