

Correia-Sousa, J.¹ Salgueiro, P.¹ Castro-Poças, F.^{1,2} Pedroto, I.^{1,2}

1 - Serviço de Gastroenterologia, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto;

2 - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Obstrução defecatória (SOD) resulta de alterações no mecanismo da defecação, que condicionam dificuldade na expulsão de fezes. Estas alterações podem ser estruturais, funcionais ou ambas. A defecografia é um estudo fluoroscópico dinâmico que providencia informação relevante na avaliação da cinética defecatória. Pretendemos correlacionar achados clínicos com achados na defecografia em doentes sintomáticos.

MATERIAL/MÉTODOS

Análise retrospectiva descritiva de 141 doentes que realizaram defecografia no contexto de suspeita de SOD entre janeiro 2014 e dezembro 2017.

RESULTADOS

Incluídos 141 doentes, 128 eram mulheres correspondendo a 90,8%. A idade mediana foi 59 anos com uma intervalo interquartil de 45 a 68anos.

52 doentes realizaram defecografia por suspeita de dissinergia do pavimento pélvico/ disquêsia, 57 por obstipação terminal e 29 por suspeita de SOD.

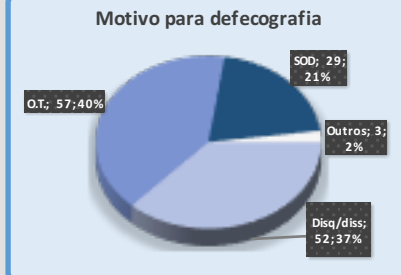


Gráfico 1 - Motivo para realização de defecografia, suspeita de: Obstipação terminal (OT); Síndrome de obstrução defecatória (SOD); Disquêsia dissinergia (Disq/diss); Outros

O tempo mediano de abertura do canal anal foi 3 segundos uma intervalo interquartil de 3 a 5 segundos.

Nos 141 exames efetuados, A expulsão total de contraste foi conseguida por 21 doentes (14,9%); observou-se retenção residual em 78 (53%), retenção moderada em 33 (23,4%) e elevada em 9 (6,4%) doentes.

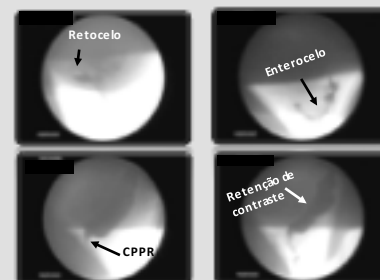


Figura 1 - Exemplos de alterações encontradas na defecografia: A- Retocolo com retenção de contraste; B- Enterocolo; C- CPPR: contração paradoxal do puborretal; D- Retenção elevada de contraste no final da defecação por dissinergia

Metade dos doentes apresentam defecografia normal. Encontraram-se alterações compatíveis com disquêsia/dissinergia em 49 (34,75%) doentes. Destes, 37 (75,5%) apresentavam também alterações estruturais. O retocolo foi a alteração estrutural mais prevalente, em 37 doentes (26,2%).

Alterações na defecografia

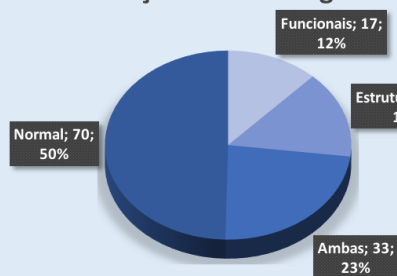


Gráfico 2 - Alterações encontradas na defecografia por tipo

Achados na defecografia discriminados

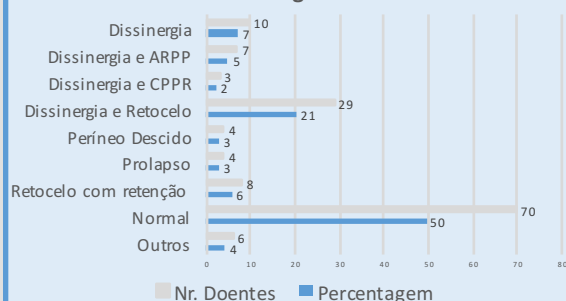


Gráfico 3 - Achados na defecografia. ARPP - Ausência de relaxamento do puborretal. CPPR - Contração paradoxal do puborretal

CONCLUSÕES

Verificamos, na nossa série, que a correlação da clínica com achados defecográficos foi baixa sendo que metade dos doentes sintomáticos tem defecografia normal. Este resultado pode ser explicado pela baixa sensibilidade deste meio complementar de diagnóstico ou por outro lado, pela utilização de contraste pastoso o que facilita a defecação. Recomendamos, por esse motivo, a utilização de diferentes métodos de avaliação da defecação, nomeadamente a manometria anorretal com teste de expulsão do balão na investigação do SOD. Por fim, a elevada prevalência de retocolo nesta série poderá dever-se ao facto de este ser consequência e não a causa do SOD. Pelo que, a presença desta alteração anatómica deverá, neste contexto, ser alvo de correção cirúrgica apenas quando apresenta grandes dimensões e se associa a retenção de contraste.