



## CASO CLÍNICO

# Cecostomia endoscópica percutânea na incontinência fecal em adolescentes

Angélica Osório<sup>a,\*</sup>, João Moreira-Pinto<sup>a</sup>, Joana Pereira<sup>a</sup>,  
José António Ferreira de Sousa<sup>a</sup>, Carlos Enes<sup>a</sup> e Fernando Pereira<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Hospitalar do Porto, Unidade Maria Pia, Porto, Portugal

<sup>b</sup> Serviço de Gastroenterologia Pediátrica, Centro Hospitalar do Porto, Unidade Maria Pia, Porto, Portugal

Recebido a 24 de agosto de 2010; aceite a 18 de outubro de 2010

Disponível na Internet a 28 de julho de 2012

### PALAVRAS-CHAVE

Incontinência fecal;  
Adolescente;  
Cecostomia  
endoscópica  
percutânea

### KEYWORDS

Fecal incontinence;  
Adolescent;  
Percutaneous  
endoscopic

**Resumo** A incontinência fecal é uma complicação frequente das crianças com malformação anorretal e espinha bífida, sendo fator perturbador da qualidade de vida e da integração social destas. As atitudes terapêuticas médicas (laxantes, enemas, criação de hábitos defecatórios e alimentares) são frequentemente ineficazes. Das opções terapêuticas cirúrgicas disponíveis, nenhuma foi estabelecida como a forma de abordagem ideal. Relata-se o caso clínico de um adolescente de 17 anos, com incontinência fecal e espinha bífida proposto para realização de cecostomia endoscópica percutânea (CEP). A CEP evidencia-se como uma boa opção para abordagem da incontinência fecal. Apesar de não ser o tratamento ideal para esta condição, alia à segurança e facilidade de execução da técnica o sucesso no controlo da continência e elevado grau de satisfação do doente e familiares.

© 2010 Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

### Percutaneous endoscopic cecostomy in fecal incontinence in adolescents

**Abstract** Fecal incontinence is common in children with ano-rectal malformations and spina bifida being a disturbing cause of life quality and social integration. Medical treatments (laxatives, enemas, daily habits and diet attitudes) are frequently unsuccessful. Many surgical therapies have been proposed to treat this condition but all of them are far away from being the best treatment option. We report a case of a 17 years-old adolescent with spina bifida and fecal incontinence that has been submitted to percutaneous endoscopic cecostomy. Even though it is not the ideal treatment for this condition, it revealed to be a good option: it's easy and safe

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [angelicosorio@gmail.com](mailto:angelicosorio@gmail.com) (A. Osório).

to perform; provides a successful management of fecal continence and it's associated with high satisfaction from the adolescent and its family.

© 2010 Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Caso clínico

Apresentamos o caso clínico de um adolescente de 17 anos de idade, do sexo masculino, raça caucasiana, com espinha bífida e incontinência fecal com múltiplas pequenas perdas diárias que o impossibilitavam de frequentar as atividades escolares. Efetuou estudo manométrico anorretal, que mostrou pressão anal de repouso normal, boa contração voluntária, reflexos à distensão retal normais e hipossensibilidade retal (volume máximo tolerável de 350 mL). O clister opaco realizado não revelou quaisquer alterações ao nível da morfologia retal ou do cólon. Do ponto de vista urinário, mantinha-se continente pelo recurso a terapêutica adequada. Apesar de várias tentativas de terapêutica com laxantes e modificação dos hábitos alimentares, tinha dejeções diárias mas com *soiling* permanente. Introduzido esquema rigoroso de realização vespertina de enemas retrógrados, que, por não ter sido cumprido regularmente pelo doente, não possibilitou melhoria do quadro clínico. Assim foi proposta a colocação de cecostomia endoscópica percutânea (CEP) para a realização de enemas anterógrados, que o doente e familiares aceitaram.

O procedimento (figs. 1–4) realizado pela técnica descrita por Rivera et al. consistiu na realização de colonoscopia com identificação do cego e transiluminação da parede abdominal no local correspondente ao mesmo. Por pressão digital sob a parede na fossa ilíaca direita, identificou-se o melhor local para a cecostomia. Sob visualização direta do colonoscópio, introduziu-se o fio guia após punção direta na região transiluminada selecionada com agulha mandrilada. Procedeu-se à exteriorização anal do guia com o auxílio do colonoscópio e ansa acoplada. Introduziu-se a sonda de



Figura 1 Transiluminação da parede abdominal.

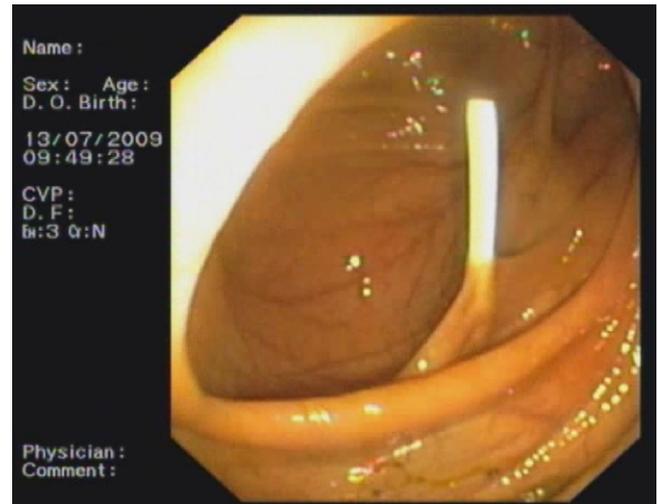


Figura 2 Introdução do guia.

cecostomia pelo ânus por tração abdominal do fio guia, com exteriorização da mesma na fossa ilíaca direita. O preenchimento do balão e ajustamento do disco fixador externo permitiu a criação de zona de aderência entre cego e parede abdominal, mantendo a sonda em local apropriado. Completado o procedimento, injetou-se produto contrastado pela sonda de cecostomia e confirmou-se por fluoroscopia o seu correto posicionamento e ausência de extravasamento de contraste.

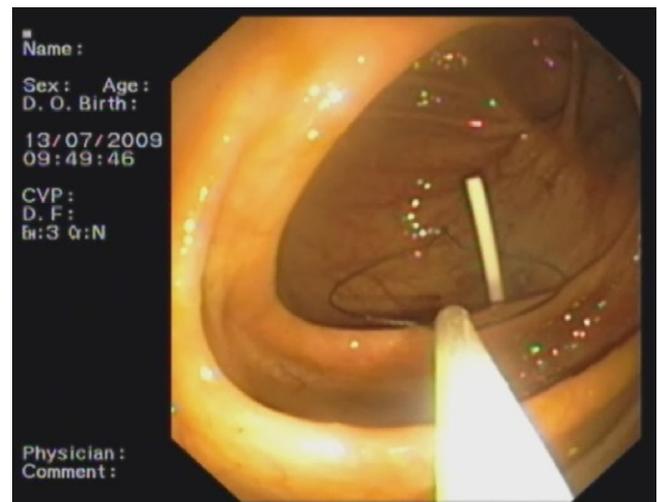


Figura 3 Captação do guia e sua exteriorização anal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311191>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311191>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)