Fimose

Bruna Porteño Oliveira Sales Ramos, Bruno Pinheiro Falcão, Gilvan de Sousa Sampaio, Kalynne Rodrigues Marques, Rogério de Araújo Medeiros, Wemerson Magalhães Medeiros

DEFINIÇÃO

A fimose é uma condição clínica que pode ser descrita por prepúcio não permeável à glande, ou seja, quando há uma dificuldade ou impossibilidade de expor a glande, conforme ilustrado na **Figura 9.1**. A palavra deriva do grego *phimosis* e significa um "laço" ou "mordaça", especificando que é algo não retrátil. Essa condição tem prevalência elevada na pediatria, com diagnóstico em aproximadamente 96% dos meninos, ao nascimento. Normalmente, além da estenose prepucial distal, o excesso de prepúcio e as aderências balanoprepuciais complementam a "tríade" da fimose.

Figura 9.1 Fimose infantil



Fonte: Manual MSD (2020).

A parafimose, caracterizada como uma complicação da fimose, é considerada uma urgência, pois há retração do prepúcio estenótico, com o anel constritivo migrando até a altura do sulco balano-prepucial. O prepúcio é mantido retraído abaixo da glande do pênis. Esse quadro pode ocorrer na tentativa de retração do prepúcio para higiene ou durante manipulação do pênis, principalmente no início da adolescência, conforme verificado na **Figura 9.2**.

Figura 9.2 Parafimose infantil



Fonte: Manual MSD (2020).

Com o prepúcio estenótico retraído, a constrição ao nível do corpo do pênis pode gerar edema na glande, impedindo o retorno do prepúcio à posição inicial. Em casos mais graves, pode ocorrer comprometimento vascular e até, quando não tratado adequadamente, necrose da glande do pênis.

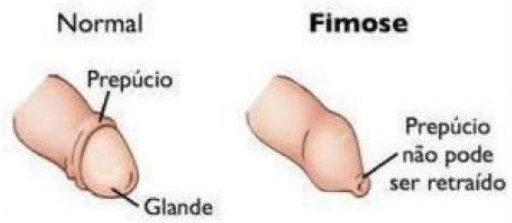
A circuncisão, também conhecida como postectomia, consiste no procedimento indicado para o tratamento cirúrgico da fimose.

DOI: 10.59290/978-65-6029-180-5.9

ANATOMIA

Na **Figura 9.3** é possível perceber a diferença entre a anatomia de um pênis infantil normal e um com fimose.

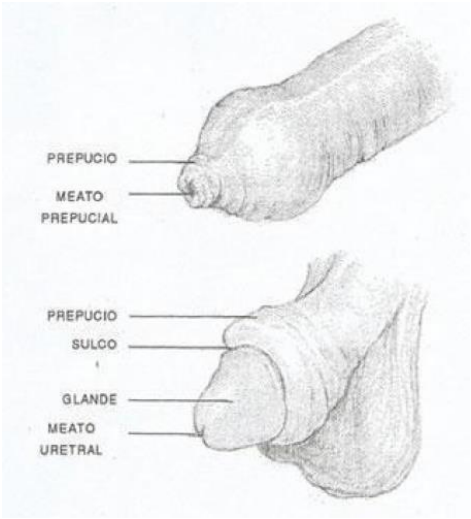
Figura 9.3 Anatomia do pênis infantil



Fonte: Magalhães (2018).

Na **Figura 9.4** é possível observar a anatomia mais detalhada do pênis.

Figura 9.4 Anatomia detalhada do pênis



Fonte: Freitas (2017).

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

A anamnese deve sempre considerar a idade do paciente, uma vez que ao fim do primeiro ano de vida, em 50% dos meninos, já é possível retrair o prepúcio completamente. Deve-se questionar higienização local, realização de "massagem" ou tração prepucial, bem como o uso de "pomadas".

O exame físico deve ser completo e realizado de forma minuciosa, a fim de embasar a decisão por tratamento farmacológico ou cirúrgico, caso necessário. A inspeção e a palpação são indispensáveis para verificar possíveis anormalidades na textura, cor, sinais de flogose, fibrose, lesões ou secreções balanoprepuciais.

DIAGNÓSTICO

A fimose primária ou fisiológica decorre embriologicamente das aderências balanoprepuciais congênitas. Em geral, essa liberação só é completa em torno dos 5 anos de idade. Em seu diagnóstico, sempre devem ser avaliados o aspecto macroscópico do prepúcio e a idade do paciente.

Essa condição está presente em quase todos os recém-nascidos do sexo masculino (96%). Estes casos não apresentam sinais de fibrose e, geralmente, se resolvem espontaneamente até os 3 a 5 anos de vida. Essa resolução natural se deve ao crescimento progressivo do pênis e aos episódios de ereção que levam à liberação do prepúcio.

Em outros meninos, a fimose pode ser patológica ou secundária, quando não houver o desprendimento espontâneo do prepúcio e a glande não pode ser exposta por conta da presença de um anel fibroso na região distal do prepúcio. Pode ter relação com infecções e inflamações, como balanite, balanopostites (inflamação tanto da glande – que é a balanite, quando do prepúcio – a postite), dermatite amoniacal e líquen escleroatrófico, bem como traumas locais, principalmente relacionados a tentativas de exposição forçada da glande.

Caso a fimose não seja solucionada espontaneamente ou por meio fármacoló-

gico/cirúrgico, poderá resultar em processos inflamatórios ao longo da vida, dificuldade de higiene da região, desconforto, dor durante o ato sexual na idade adulta e até mesmo casos raros de câncer de pênis.

TRATAMENTO

Orienta-se que a partir de 3 a 5 anos de idade, em pacientes assintomáticos e sem resolução espontânea, seja iniciada a intervenção terapêutica. Nos casos associados a complicações, o tratamento deve ser indicado de forma individualizada.

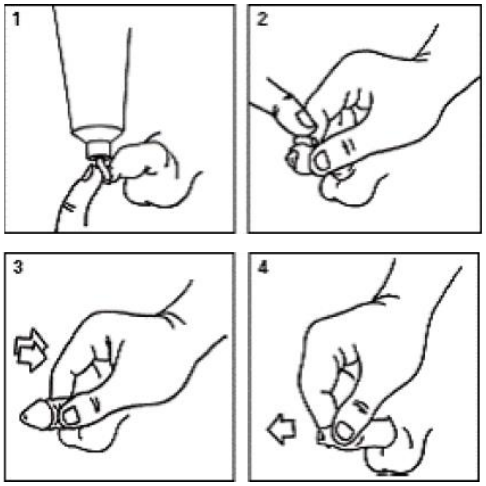
Tratamento farmacológico

A maioria dos casos de fimose sem resolução espontânea pode ser tratada por meio farmacológico, sem necessitar de intervenção cirúrgica. A utilização de corticosteroides tópicos visa deixar a pele prepucial distal mais flexível e permitir a retração normal.

Tais cremes podem ser usados por um período que geralmente varia de 30 a 90 dias, dependendo do tipo de fármaco, com uma taxa de sucesso de até 90% dos casos. A aplicação deve ser acompanhada de tração leve da pele do prepúcio (sem forçar para não causar dor) até onde for possível, reposicionando o prepúcio sobre a glande após concluir a massagem, conforme mostrado na **Figura 9.5**.

A utilização dos fármacos de uso tópico para tratamento da fimose não apresenta ou apresenta poucos efeitos colaterais relevantes descritos em estudos, como irritação na pele e sensação de queimação, efeitos que costumam desaparecer com o término do tratamento.

Figura 9.5 Aplicação de fármaco de uso tópico para fimose primária



Fonte: Bula do fármaco Postec (2014).

Tratamento cirúrgico

Em alguns casos, o tratamento tópico isolado não é suficiente, sendo necessária a intervenção cirúrgica.

Além da falha ao tratamento conservador, as demais indicações médicas são relativas a complicações, como em casos de parafimose (como tratamento tardio), em episódios repetidos de balanopostite e infecções urinárias de repetição. Os estudos apontam que a cirurgia ainda pode diminuir a probabilidade de câncer peniano e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Mesmo na ausência de sintomas, questões relacionadas a aspectos culturais e religiosos podem também induzir a realização mais precoce do procedimento. Vale ressaltar que variáveis éticas já estão entrando em discussão e, em muitos países, a cirurgia tem sido retardada para permitir a decisão do próprio paciente.

A circuncisão, ou postectomia, consiste na retirada total ou parcial do prepúcio, permitindo a adequada exposição da glande. Pode ser realizada por meio da

técnica clássica (**Figura 9.6**) ou através de dispositivos hemostáticos (**Figura 9.7**).

Na postectomia clássica ou por dissecção, após a anestesia do nervo peniano, realiza-se abertura do anel prepucial distal, exposição da glande e liberação das aderências balanoprepuciais. Prossegue com frenuloplastia (para a retirada do freio) com o auxílio de eletrocautério, seguida por incisão circular subcoronal e outra circular abaixo do anel fibroso. O tecido compreendido entre as duas incisões é ressecado e, após adequada hemostasia, é feita a sutura da mucosa e da pele com a utilização de fios absorvíveis.

Figura 9.6 Postectomia clássica



Fonte: Silva (2011).

Já na postectomia com utilização de dispositivo hemostático, após expor a glande e realizar a plástica de freio, realiza-se a tração distal do prepúcio, incisão dorsal para aumentar sua circunferência e permitir a colocação do dispositivo plástico de tamanho adequado e proporcional à glande, como é mostrado na **Figura 9.7** abaixo. O dispositivo é amarrado, o excesso de prepúcio é ressecado e a haste do aparato é retirada. O segmento que permanece cai cerca de 7 a 15 dias após a cirurgia.

Figura 9.7 Postectomia com dispositivo plástico



Fonte: Silva (2011).

Na parafimose, os casos refratários ao tratamento conservador também serão submetidos à cirurgia. A tentativa de retração manual do prepúcio sobre a glande consiste em "empurrar" por meio de compressão o tecido edemaciado com o auxílio de lubrificante, na tentativa de que o prepúcio retorne a sua posição inicial, permitindo o retorno adequado da circulação peniana.

A cirurgia para tratamento da parafimose consiste em uma incisão dorsal ("*slit dorsal*") na topografia da estenose prepucial, aliviando a pressão local e permitindo a exposição da glande. Em geral, os bordos são suturados e o procedimento encerrado. Não é indicado realizar a circuncisão clássica nesse tempo cirúrgico, uma vez que o edema pode dificultar a definição da quantidade de prepúcio a ser ressecado. Após 4 semanas, a postectomia pode ser realizada de forma tradicional, se for necessário.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- Excesso de pele no prepúcio;
- Balanopostite;
- Infecções da glande;

- Infecções do prepúcio;
- Balanite xerótica obliterante/líquen escleroatrófico.

COMPLICAÇÕES

Além da parafimose, outras complicações comuns da fimose são as infecções urinárias e balanopostites de repetição. O maior risco potencial de câncer de pênis ainda é controverso e está mais relacionado à higiene prepucial inadequada.

As complicações pós-operatórias mais precoces podem incluir sangramentos (complicação mais frequente), infecção de ferida, estado febril e retenção urinária. Entre as complicações tardias estão: recidiva da fimose (estenose prepucial cicatricial), assimetria da pele, estreitamento do meato uretral e fístula da uretra para a pele.

A maioria dos sangramentos é facilmente controlada com compressão e/ou gelo locais. Em casos raros, há necessidade de controle cirúrgico do sangramento (como no exemplo da **Figura 9.10**). As **Figuras 9.8, 9.9 e 9.10** ilustram tipos de complicações pós-cirúrgicas.

Figura 9.8 Estenose prepucial após postectomia clássica



Fonte: Talini *et al.* (2018).

Figura 9.9 Parafimose por deslocamento do anel plástico



Fonte: Talini *et al.* (2018).

Figura 9.10 Sangramento após postectomia com anel plástico



Fonte: Talini *et al.* (2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAZ, A. Fimose: curso de patologias cirúrgicas do pênis e escroto na criança. Pediatr Atual. 1998; 11: p. 54-66.

BRAZ, A. Fimose: o que se deve saber a respeito. Pediatr mod. 2014;50(7).

FALCÃO, B. P.; STEGANI, M. M.; MATIAS, J. E. F. Phimosis and Circumcision: Concepts, History, and Evolution. Int J Med Rev 2018;5(1):6-18.

FALCÃO, B. P.; STEGANI, M. M.; MATIAS, J. E. F.; TENÓRIO, S. B. Aspectos estéticoe cicatricial pós-operatórios da postectomia por três diferentes técnicas cirúrgicas:análise randomizada,

prospectiva e interdisciplinar. Rev Col Bras Cir 47: e20202626.

FREITAS, P. Cirurgia Plástica Íntima Masculina. Fimose e hipospádia. 2017.

MAGALHÃES, L. Toda Matéria. Fimose. 2018.

MANUAL MSD – Versão para Profissionais de Saúde. Fimose e parafimose. 2020.

PILEGGI, F. O. Tratamento conservador do anel fimótico com o furoato de mometasona a 0,1% em crianças. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004. 82 p.

PIRES, P. et al. Corticosteróides tópicos no tratamento da fimose primária em idade pediátrica: revisão baseada na evidência. Rev Port Clin Geral, Lisboa, v. 27, n. 3, p. 296-300, 2011.

POSTEC: Hialuronidase e Valerato de betametasona. Responsável Técnico: Dr. Eduardo Sérgio Medeiros Magliano - CRF SP nº 7179. São Paulo: APSEN Farmacêutica S/ A, 2014. Bula de remédio.

ROMERO, I. C.; LEONARDO, J. D. P.; MARQUEZ, F. G. C. Efectividad del tratamiento con esteroide tópico en fimosis fisiológica. Rev. sanid. mil., Ciudad de México, v. 72, n. 5-6, p. 300-304, dic. 2018.

SILVA, I. P. Postectomia Clássica versus Dispositivo Plástico: identificando e gerenciando custos operacionais. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

TALINI, C. et al. Postectomia: complicações pós-operatórias necessitando reintervenção cirúrgica. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 16, n. 3, 2018.

TANNURI, U. Tratamento clínico de fimose em crianças. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 51, n. 3, p. 123, Junho 2005.