

5 anos

UROLOGIA CONTEMPORÂNEA

NÚMERO 4

VOLUME V

OUT/NOV/DEZ DE 1999

ÓRGÃO OFICIAL DO DEPARTAMENTO DE UROLOGIA
DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA



<http://www.urologiacontemp.com>

Como Orientar o Excesso Prepucial na Infância

José Carnevale
Luiz Gonzaga de Freitas Filho
Carlos Emanuel Rocha Melo

O prepúcio masculino inicia sua formação na terceira semana de vida, quando uma dobra de pele desenvolve-se a partir da base da glândula. Crescendo no sentido distal, forma inicialmente a cobertura dorsal para, somente após a formação da uretra glandar, fundir seus dois folhetos laterais na face ventral, formando o freio, em torno da 16ª semana de gestação.

No nascimento, e ao longo dos primeiros anos de vida, a grande maioria dos meninos apresenta o prepúcio aderido à glândula, tendo, portanto, um epitélio comum, cuja individualização será progressiva durante o crescimento, podendo estender-se até a adolescência. Nesse período a glândula e o prepúcio somente poderão ser separados, ao se exercer uma tração exagerada para baixo, e qualquer tentativa de separá-los poderá ter como conseqüência a formação de um

A higiene dos genitais deverá ser realizada na parte da glândula passível de ser exposta com uma tração muito leve, devendo-se evitar massagens prepuciais.

anel fibrótico prepucial. A higiene dos genitais, nos primeiros anos de vida, deverá, assim, ser realizada apenas na parte da glândula passível de ser exposta com uma tração muito leve, devendo-se evitar a prática de massagens prepuciais sistemáticas ou mesmo a indicação de intervenções cirúrgicas simplesmente por não se conseguir expor totalmente a glândula.

De função não muito clara e muitas vezes visto como fonte de impurezas em algumas religiões, o prepúcio recobre completamente a glândula, com o provável papel de protegê-la dos pequenos traumas. A inervação peculiar estabelece sua característica de tecido erógeno,

recobrimo todo o pênis no momento da ereção. Ele pode, no entanto, formar uma bolsa pré-meatal em que a urina se acumula, acarretando dermatites repetidas, dificuldade para urinar, e algumas vezes, até mesmo retenção urinária.

Ao contrário do que ocorre nas crianças maiores, as infecções urinárias, no primeiro ano de vida, são mais comuns no menino. Como tais infecções são mais frequentes em crianças não-circuncidadas e causadas por germes que habitualmente colonizam o prepúcio, alguns autores advogam a prática sistemática da circuncisão no período neonatal. Tal prática também é recomendada em função de uma possível relação entre doenças sexualmente transmissíveis, como herpes genital, sífilis e condiloma acuminato, havendo mesmo investigadores mostrando um risco de transmissão do vírus HIV na população heterossexual de homens não-circuncidados, independentemente de outros fatores¹. Tais estudos, no entanto, não levam em conta outras variáveis importantes, o que levou a Academia

Americana de Pediatria a considerá-los inconclusivos.

Há estudos mostrando que a incidência de câncer de pele é mais elevada entre homens não-circuncidados e que a circuncisão seria realmente protetora quando realizada nos primeiros anos de vida, evitando, assim, as postites repetidas, a colonização pelo papilomavírus e o desenvolvimento de líquen escleroso atrófico². O estudo de Maden³ *et al.*, no entanto, mostrou que 42% dos homens com câncer do pênis eram circuncidados, colocando em cheque o papel profilático da circuncisão sistemática.

Diante de tanta informação contraditória, algumas questões merecem consideração especial:

Deve-se ou não expor a glândula tracionando-se o prepúcio durante a limpeza? A existência do anel prepucial que impede a exposição da glândula é uma razão para indicação da circuncisão? Deve-se ou não realizar a circuncisão sistemática dos meninos ao nascimento? Há argumentos razoáveis para se esperar a retirada das fraldas para a realização da circuncisão? Circuncisão e postectomia são nomes diferentes para a mesma intervenção cirúrgica?

A completa exposição da glândula não deve ser tentada a todo custo nos primeiros anos de vida. A tração leve e delicada do prepúcio no momento do banho, permite uma limpeza adequada do pênis; como se viu, o processo de separação do epitélio prepucial e glandular estende-se até quase a adolescência e é provável que a grande maioria dos meninos poderá expor a glândula na época da puberdade. A existência do anel impedindo a exposição da glândula não é, portanto, indicação de intervenção cirúrgica nos primeiros anos de vida, a não ser que a criança apresente episódios frequentes de balanopostites. Ne-

42% dos homens com câncer do pênis eram circuncidados, colocando em cheque o papel profilático da circuncisão sistemática.

ninguma alteração histológica foi encontrada no local de maior constrição do prepúcio de crianças circuncidadas por esse motivo, não se devendo, portanto, dar o nome de fimose a tal evento. Pode-se corretamente dizer, prepúcio não-retrátil, conforme pode ser observado na figura 1.

Caso a criança apresente episódios frequentes de balanopostites, haverá indicação para a retirada do prepúcio, não havendo, no entanto, nenhum argumento cientificamente comprovado que retarde a intervenção para depois do período de retirada das fraldas. Embora exista o costume de se dizer que alguns meninos com infecções urinárias frequentes, eventualmente, sejam beneficiados com a retirada do prepúcio, como se viu não existem argumentos comprobatórios⁴; há muita dificuldade de coleta de urina nas

crianças com prepúcio exuberante, e somente a técnica de coleta por punção suprapúbica pode realmente confirmar a existência de uma infecção nessas crianças. Postectomia (do grego *pósthē* = prepúcio + *ek* = para fora + *tome* = cortar) é o nome dado para a intervenção em que se retira todo ou parte do prepúcio e circuncisão (do latim *circumcisiōne* = cortar em roda), termo pouco utilizado no jargão médico do nosso país, também significa a retirada de parte ou de todo o prepúcio.

Quais seriam, afinal, as indicações para uma intervenção cirúrgica sobre o prepúcio, quer seja ela chamada postectomia ou circuncisão?

Na fimose verdadeira, o orifício prepucial, ao ser tracionado, apresenta-se esbranquiçado e com aspecto cicatricial, endurecido, diferente do aspecto "em flor" que se observa à exposição do orifício prepucial normal. A esse aspecto esbranquiçado e endurecido do prepúcio dá-se o nome de balanite xerótica obliterante, encontrando-se ao exame histológico uma hiperplasia com irregularidade folicular, atrofia da camada de Malpighi e degeneração hidrópica das células basais com linfedema, hialinose e



Figura 1 – Prepúcio não-retrátil

homogeneização do colágeno na camada externa da derme com infiltrado inflamatório na camada média. Essa aparência é idêntica à observada no líquen escleroso atrófico da vulva, com a diferença de que nos meninos não existe acometimento do ânus. Ocasionalmente, essa doença é conseqüência da tração exagerada do prepúcio; a etiologia, no entanto, na maior parte dos casos, é desconhecida. Ela pode acometer, além do prepúcio, o meato uretral e a glande e, nos casos mais extremos, todo o prepúcio. Aqui existe indicação formal para postectomia, havendo evidências importantes de que seja uma lesão pré-maligna.

A balanopostite é caracterizada por eritema, edema e, algumas vezes, secreção purulenta do prepúcio. Como pode existir disúria, ela pode ser confundida com infecção urinária verdadeira. Ela é comumente causada pela presença de *Escherichia coli* ou *Proteus vulgaris*, embora em cerca de um terço dos casos a cultura da secreção seja estéril. Quando acomete crianças acima dos oito anos de idade, pode ser um sintoma da presença de diabetes melito. As indicações para intervenção cirúrgica são relativas, reservadas, como se viu, para os casos em que os episódios se repetem.

As crianças que têm o prepúcio freqüentemente acometido por dermatite amoniaca devem ser tratadas com circuncisão quando portadoras de bexiga neuropática. Nesses casos, existe uma incontinência urinária e a intervenção cirúrgica pode facilitar o cateterismo intermitente.

Os casos de parafimose resultam fundamentalmente de manipulação abusiva do prepúcio, sem que necessariamente haja fimose associada. A redução sob anestesia geral é quase sempre possível, eventualmente podendo ser ne-



Figura 2 – Prepúcio exuberante

cessária a realização de uma precupcioplastia.

Há crianças em que o esmegma, acumulando-se entre as aderências balanoprepuciais, leva à formação de pequenos cistos. Como essas “aderências” irão desaparecer espontaneamente, não se recomenda nenhum tipo de tratamento.

Recentemente, têm surgido trabalhos analisando o uso tópico de esteróides no tratamento da fimose. Para melhor avaliar o papel dessas drogas, realizou-se, no Hospital Infantil Darcy Vargas, um estudo duplo-cego em 180 crianças encaminhadas ao Serviço de Urologia com diagnóstico de fimose. As crianças foram distribuídas, por sorteio, em três grupos, tendo o primeiro grupo sido submetido a massagens locais com clobetasol, um esteróide de potente ação tópica, o segundo grupo, a massagens locais com diclofenaco sódico e um terceiro grupo, a massagens com placebo. Pôde-se observar que os grupos em que se utilizou o clobetasol e o diclofenaco sódico foram igualmente sensíveis ao tratamento, apresentando resultados superiores aos do grupo-placebo.

Pode-se, ao final, concluir que, embora exista certa variação individual quanto ao tamanho do prepúcio, e mesmo sendo ele algumas vezes realmente exube-

rante, conforme observado na figura 2, não se pode na realidade dizer que exista uma entidade mórbida chamada excesso de prepúcio.

Referências Bibliográficas

1. VAN HOWE RA – Does circumcision influence sexually transmitted diseases? a literature review. *Brit J Urol* 83(Suppl 1): 52-62, 1999.
2. SCHELLHAMMER PF, JORDAN GH, ROBY EL, SPAULDING JT – Premalignant lesions and nonsquamous malignancy of the penis and carcinoma of the scrotum. *Urol Clin N Amer* 19: 131-141, 1992.
3. MADEN C, SHERMAN KJ, BECKMANN AM – History of circumcision, medical conditions, and sexual activity and risk of penile cancer. *J Natl Cancer Inst* 85: 19-24, 1993.
4. RICKWOOD AMK – Indications for paediatric circumcision. *Brit J Urol* 83(Suppl 1): 45-51, 1999.

.....
José Carnevale
Chefe do Serviço de Urologia e Diretor Clínico –
Hospital Infantil Darcy Vargas. São Paulo, SP – Brasil

.....
Luiz Gonzaga de Freitas Filho
Assistente do Serviço de Urologia – Hospital
Infantil Darcy Vargas. São Paulo, SP – Brasil

.....
Carlos Emanuel Rocha Melo
Médico Residente do Serviço de Urologia –
Hospital Infantil Darcy Vargas. São Paulo, SP – Brasil

.....
José Carnevale
Rua Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 247, cj. 72
04544-000 – São Paulo, SP – Brasil