

Segunda Opinião Formativa

Qual o manejo da fimose em crianças?

Solicitante: Médico

Área Temática: Saúde da Criança

DeCS: Fimose, Prepúcio do Pênis

O manejo indicado depende do tipo de fimose e da presença de complicações. Fimose é definida como a incapacidade de retrair o prepúcio. Ela pode ser:

- Primária (ou fisiológica): ocorre em quase todos os recém-nascidos e resolve espontaneamente em >90% dos meninos nos primeiros 5 anos de vida, devido às aderências congênitas bálano-prepuciais. No exame físico, observa-se orifício prepucial complacente (distensível) e sem cicatrizes.
- Secundária (ou patológica): definida como prepúcio verdadeiramente não retrátil secundário a cicatrizes do prepúcio distal, com anel fibroso esbranquiçado e contraído e não distensível. Esse tipo de fimose é frequentemente associada aos seguintes sintomas: balanopostites recorrentes, prepúcio não retrátil após período de retratibilidade quando mais jovem, sangramento do orifício prepucial, disúria, ereção dolorosa e “balonamento” do prepúcio durante a micção resolvido apenas com compressão manual.

Para todos os pacientes com fimose primária sem complicações, recomenda-se cuidados gerais, que incluem:

- evitar tração forçada do prepúcio ou “massagens” (para evitar sangramento e fibrose, com subsequente desenvolvimento de fimose patológica);
- tração gentil do prepúcio durante as trocas de fralda e/ou durante o banho, que usualmente

irá retrair o prepúcio e expor a glândula gradual e progressivamente.

Enquanto o prepúcio vai sendo naturalmente retraído, lavar e secar a região exposta. Após a tração do prepúcio, sempre reduzir a tração (recobrir a glândula) para evitar parafimose (quando o prepúcio fica retraído abaixo da glândula e não pode ser reduzido a sua posição normal), que resulta em congestão venosa e linfática da glândula.

Quando o menino vai ficando mais velho, deve ser instruído a fazer essa tração gentil no banho, higiene adequada e redução da tração (recobertura da glândula).

Após os 2 anos, se o menino persistir com a fimose primária sem complicações e a família preferir acelerar o processo de retração prepucial, pode ser utilizado tratamento com creme ou pomada de corticoide tópico, duas vezes ao dia, por 4 a 8 semanas.

Para uso da medicação, o prepúcio deve ser gentilmente tracionado até o limite e, então, o corticoide deve ser aplicado, com redução da tração do prepúcio após o uso.

São opções de corticoide tópico: dipropionato de betametasona 0,05% creme, valerato de betametasona 0,1 a 0,2% creme ou pomada, mometasona 0,05 a 0,1% pomada, triamcinolona 0,01 a 0,5% creme ou pomada, clobetasol 0,05% creme, dexametasona 0,1% creme, fluticasona 0,05% creme, hidrocortisona 0,2% pomada ou creme. Não existem evidências quanto a superioridade de um corticoide sobre o outro.

Não havendo resolução da fimose fisiológica sem complicações mesmo com tratamento conservador, o paciente pode ser encaminhado para Cirurgia Pediátrica ou Urologia Pediátrica para tratamento cirúrgico, se a família ou o paciente assim o quiserem (por motivos pessoais, culturais ou religiosos).

Para todos os pacientes com fimose primária com complicações (episódio prévio de parafimose, balanopostites severas ou recorrentes, “balonamento” durante a micção que necessita de compressão manual para esvaziá-lo, infecções urinárias de repetição) ou fimose secundária está indicado tratamento inicialmente com corticoide tópico (mesmo esquema descrito acima). Não havendo resolução com o tratamento conservador, o paciente deve ser encaminhado para Cirurgia Pediátrica ou Urologia Pediátrica, para tratamento cirúrgico.

Pacientes com balanite xerótica obliterante (dermatite atrófica crônica) devem ser encaminhados para Cirurgia Pediátrica ou Urologia Pediátrica para tratamento cirúrgico sem a tentativa de tratamento conservador prévio.

Bibliografia Seleccionada

Burns CE, Dunn AM, Brady MA, Starr NB, Blosser CG, Garzon DL. Pediatric primary care. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2017. p. 944-45.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C, editores. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 297.

Dynamed Plus. Record n. 114116, Phimosi and paraphimosis [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing; 2017 [citado em 2019 Abr 20]. Disponível mediante login e senha em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114116/Phimosi-and-paraphimosis>

Ferreira JP. Pediatría: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 559-60.

Moreno G, Corbalán J, Peñaloza B, Pantoja T. Topical corticosteroids for treating phimosi in boys.

Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 2;(9):CD008973. doi: 10.1002/14651858.CD008973.pub2.

Sucupira ACSL. editor. Pediatría em consultório. 5ª ed. São Paulo: Sarvier; 2010.

Wilcox D. Care of the uncircumcised penis in infants and children [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017 [citado em 2019 Abr 20]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/care-of-the-uncircumcised-penis-in-infants-and-children>