

# BALANOPOSTITE COMPLICADA COM RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA, SEPSE E NECROSE DE PREPÚCIO ESTAMOS ESPERANDO MUITO PARA OPERAR?

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / USP (Ribeirão Preto – Sao Paulo) – Departamento de Cirurgia e Anatomia, Disciplina de Urologia

Flávio G. Faria<sup>1</sup>

Nilo Jorge C. L. Barretto<sup>1</sup>

Thiago C. Mourao<sup>1</sup>

Andrey G. Stevanato<sup>2</sup>

Carlos Augusto F. Molina<sup>3</sup>

Sílvio Tucci<sup>3</sup>

1 - Residentes de Urologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

2 - Médico assistente da disciplina de Urologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

3 - Docentes da Disciplina de Urologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

## Endereço de Correspondência

Flavio Goncalves Faria.

Rua Arnaud Capuzzo, 370, ap 64. Bairro Nova Alianca. Ribeirão Preto. CEP 14.026-594, São Paulo -SP:

E-mail: flaviogfaria@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Fimose congênita ou fisiológica é a aderência prepucial à glândula, presente ao nascimento, que costuma desaparecer ao longo do crescimento da criança, até os cinco anos de idade. Estatisticamente, ao nascimento, apenas 4% dos meninos apresentam prepúcio retrátil, após um ano, esse índice já é de 50%. Aos três anos até 90% expõem a glândula<sup>1</sup>. A fimose patológica se caracteriza por um prepúcio não retrátil, com ou sem aderência ou anel fibroso na extremidade do mesmo<sup>2</sup>. A retração ausente ou incompleta do prepúcio pode predispor a infecção do trato urinário<sup>3,4</sup>, sendo que a ausência de circuncisão aumentou em 20 vezes o risco de ITU<sup>5</sup>. Existe uma probabilidade 4 vezes maior de contrair vírus HIV e 2,5 vezes maior de desenvolver úlceras genitais entre portadores

de fimose, além de aumento do risco de HPV e câncer de colo uterino, bem como de Carcinoma de pênis<sup>6</sup>. O tratamento da fimose depende de fatores, como a idade da criança, sintomas associados ou a presença de fimose fisiológica ou patológica. Trata-se antes de cinco anos apenas aqueles que apresentarem fimose patológica e, uma vez indicado o tratamento, recomenda-se iniciá-lo com o uso de corticoides tópicos, reservando a cirurgia para casos graves ou refratários<sup>7</sup>. O tratamento clínico se baseia no uso de medicações tópicas, principalmente cremes de corticoides e na realização de manobras de estiramento prepucial. Costuma-se prescrever ciclos de um mês de tratamento, interrompendo-o quando houver a resolução do quadro ou quando atingir três ciclos completos<sup>8</sup>.

---

FOTO 1



Fonte: Arquivo pessoal

---

FOTO 2



Fonte: Arquivo pessoal

---

Tratamento cirúrgico: podendo ser o cedimentos com preservação de prepúcio, como dorsotomia<sup>9</sup>, postectomia: com taxa de complicações em neonatos varia entre 0,2% e 3%<sup>10</sup> e outros dispositivos como Plastibell, que ainda tem-se controverso<sup>11</sup>.

### Métodos

Revisão bibliográfica usando fimose, complicações, postectomia como descritores, sendo utilizado fontes como scielo, pubmed, bireme. Descrição minuciosa do caso, com fotografias do momento da admissão, evolução e resultado pós operatório.

### RELATO DO CASO

Paciente de 14 anos, com ausência de exposição da glândula, em tratamento clínico com corticóide tópico há 2 meses, evoluiu com balanopostite complicada com retenção urinária aguda e sepse, (Imagens 1 e 2). Paciente foi admitido com grande edema prepucial, hiperemia e calor local, necrose prepucial necessitando de cistostomia por punção e antibioticoterapia parenteral por 7 dias, quando após resolução do quadro sistêmico foi submetido a postectomia.

## DISCUSSÃO

A discussão sobre o melhor momento para se indicar a postectomia continua. Apesar do alto grau de resolução espontânea, após tratamento clínico ou por Plastibell, a fimose pode ter consequências clínicas relevantes como parafimose, ITU e balanopostite de repetição. Deve haver seguimento clínico estreito em pacientes onde optou-se pelo tratamento farmacológico no intuito de se prevenir consequências potencialmente catastróficas como a do caso descrito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 McGregor TB, Pike JG, Leonard MP. Pathologic and physiologic phimosis: Approach to the phymotic foreskin. *Can Fam Physician* 53(3):445-8, 2007.
- 2 Jorgensen, E., Svensson, A. The treatment of phimosis in boys with a potent topical steroid (clobetasolpropionate 0.05%) cream. *Acta Dermato-Verereologica* 73(1): 55-56, 1993.
- 3 Bonacorsi S, Lefevre S, Clermont O. Escherichia coli strains causing urinary tract infection in uncircumcised infants resemble urosepsis-like adult strains. *J Urol* 173:195-197, 2005.
- 4 Wiswell TE, Smith FR, Bass JW. Decreased incidence of urinary tract infections in circumcised male infants. *Pediatrics* 75:901-903, 1985.
- 5 Tsen HF, Morgenstern H, Mack T, Peters RK. Risk factor for penile cancer: Results of a population-based case-control study in Los Angeles County (United States). *Cancer Causes Control* 12:267-277, 2001.
- 6 Bréaud J, Guys JM. Phimosis: medical treatment or circumcision? *Arch Pediatr* 12(9):1424-32, 2005.
- 7 Elmore, J., Baker, L., Snodgrass, W. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis in boys younger than 3 years. *J Urol* 168(4):1746-1747, 2002
- 8 Steadman B, Ellsworth P. To circ or not to circ: indications, risks, and alternatives to circumcision in the pediatric population with phimosis. *UrolNurs*. 26(3):181-94, 2006.
- 9 KORKES, Fernando; SILVA II, JarquesLucio; POMPEO, Antonio Carlos Lima. Circuncisão por motivos médicos no sistema público de saúde do Brasil: epidemiologia e tendências. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 3, Sept. 2012 .
- 10 SANTOS, Juliana Pascon dos. Postectomia com dispositivo plástico versus postectomia convencional para circuncisão em crianças: revisão sistemática e metanálise. 2014. 67 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014.

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DA EROÇÃO E EXTRUSÃO DE SEGUNDO “CUFF” IMPLANTADO EM URETRA BULBAR APÓS FALHA NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PROSTATECTOMIA RADICAL, UTILIZANDO O ESFÍNCTER ARTIFICIAL AMS 800

José Marx Abi – Acl Xavier

Bernardo Pace Silva de Assis

Maxmillan Alkimim Dutra

Vinícius Caetano de Faria

Fabrcio Leite de Carvalho

Antônio Peixoto de Lucena Cunha

Hospital Universitário Ciências Médicas,  
Belo Horizonte – MG - Brasil

## Endereço de Correspondência

José Marx Abi- Acl Xavier  
Rua Tomás Gonzaga, 770, aptº 202  
Lourdes - Belo Horizonte –MG.  
CEP: 30180-140  
E-mail: jmxavier@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O esfínter urinário artificial permanece até hoje como o tratamento padrão-ouro para a incontinência urinária pós-prostatectomia. O primeiro modelo a ser utilizado para este fim foi o AMS 721 introduzido em 1973 e implantado por Scott num pequeno grupo de 34 pacientes e com uma taxa de sucesso de 79%. Hoje, o modelo mais usado é o AMS 800 surgindo no mercado em 1983. Desde então, o modelo original sofreu algumas modificações como diminuição e estreitamento do manguito, conectores de maior resistência e sem a necessidade de fixação com fios (“sutureless”), revestimento com antibióticos e outras a fim de reduzir a taxa de complicações ou falha da técnica. <sup>(1)</sup>

Dados recentes da literatura e revisões bibliográficas mostram que, apesar da grande maioria dos pacientes submetidos a implantação cirúrgica do AMS 800 estarem satisfeitos e com qualidade de vida a longo prazo ( uso de 1 Pad/dia), a taxa de complicações e falha da

técnica não é desprezível e, na maioria das vezes, requerem revisão cirúrgica. As principais complicações são: infecção (0.5 – 10,6%); erosão uretral (2.9 – 12%); atrofia uretral (1.6 – 11,4%). <sup>(2)</sup>

## RELATO DE CASO

Paciente de 61 anos em pós-operatório de prostatectomia radical há cerca de 4 anos em outro serviço e com quadro de incontinência urinária e em uso de 5 forros diários.

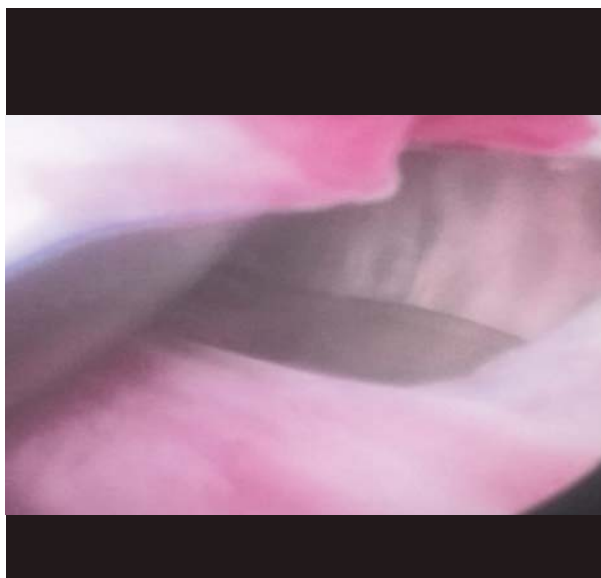
Após 2 anos da prostatectomia e mantendo o quadro acima foi submetido a implante do esfínter urinário artificial AMS 800 em outro hospital de Belo Horizonte (MG). No acompanhamento de 3 meses de pós-operatório evoluiu com melhora parcial dos sintomas reduzindo o uso de forros para três ao dia. Tendo em vista a resolução incompleta do caso e por desejo do paciente, foi submetido a implante de um segundo cuff do AMS 800 6 meses após a colocação do primeiro na mesma instituição na qual foi realizado o implante primário. Desde

então, apresentado boa evolução com remissão dos sintomas, até que, 6 meses após o último procedimento, iniciou com quadro de disúria, infecção urinária de repetição e retorno da incontinência urinária necessitando do uso de 6 forros/dia. O paciente foi então encaminhado ao nosso serviço para investigação e resolução do quadro. Foi então realizada uretoscopia que evidenciou o segundo "CUFF" erodido intra-uretral (Figura 1).

Foi planejada e realizada uretroplastia com retirada do segmento de uretra erodido juntamente com o "CUFF" e anastomose termino-terminal (Figuras 2 e 3). O paciente obteve alta no 2º dia pós-operatório com retorno no 21º para retirada da sonda vesical de demora. Evoluiu com melhora incontinência sendo necessário 1 forro/dia, jato urinário bom e função erétil preservada.

Quanto a patologia primária do cancer de próstata, o paciente encontrava-se assintomático, com PSA de controle após 2 anos de 0,01 e ereção preservada.

FIGURA 1



Fonte: Arquivo pessoal

FIGURA 2



Fonte: Arquivo pessoal

FIGURA 3



Fonte: Arquivo pessoal

## DISCUSSÃO

Atualmente, existe um consenso na literatura baseado na análise de estudos com grandes coortes, de que o re-implante de dispositivos do AMS-800 após erosão e/ou infecção do primeiro, está associado a um risco significativamente aumentado de complicações, como novas erosões. Além disso, a taxa de sucesso do novo procedimento é menor quando comparada ao implante primário.<sup>(5)</sup>

*Lai and Boone* compararam 21 pacientes submetidos a procedimentos de re-implante de dispositivos do AMS – 800 com 169 pacientes que fizeram implante primário do esfíncter. A taxa de erosão foi quatro vezes maior (14,3% vs 3,6%,  $p=0,02$ ) no grupo submetido ao implante secundário do dispositivo. Entretanto, quando comparadas as taxas de infecção/re-infecção; atrofia uretral, mal-funcionamento do dispositivo e vazamentos, os dois grupos não mostraram diferenças significativamente estatísticas entre eles.<sup>(3)</sup>

Os estudos mostram que a causa mais comum de re-operação após implantes secundários foram erosão e/ou infecção do dispositivo em contraste com o implante primário que tem como principais causas de re-intervenção as falhas mecânicas ou atrofia uretral.

*Raj et al*, em análise de 46 pacientes submetidos a implantes de salvamento após erosão ou infecção reportaram uma taxa de sobrevida do dispositivo de 60% em 5 anos, valor significativamente pior comparado a procedimentos de revisão ou re-implantes realizados por outras complicações que não a erosão.<sup>(1,2)</sup>

Uma revisão de séries atual mostra que a sobrevida do novo implante realizado após erosão ou infecção do implante primário é de 68 % em 5 anos comparada a 75% a 80% quando o implante é realizado pela primeira vez.

Estes valores mostram a importância de um bom aconselhamento pré – operatório dos pacientes candidatos a um novo implante de dispositivo do AMS-800, principalmente quando indicado após erosão e/ou infecção do primeiro dispositivo.<sup>(5)</sup>

## CONCLUSÃO

O relato de caso acima descrito e dados da literatura sugerem que a colocação de um segundo cuff ou o reimplante após extrusão por erosão ou infecção do esfíncter está associado a um aumento da taxa de recorrência de complicações (erosão/infecção) levando muitas vezes a retirada do implante.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Raj GV, Peterson AC, Toh KL et al: Outcomes following revisions and secondary implantation of the artificial urinary sphincter. *J Urol* 2005; 173: 1242
- 2 Raj GV, Peterson AC and Webster GD: Outcomes following erosions of the artificial urinary sphincter. *J Urol* 2006; 175: 2186
- 3 Lai HH and Boone TB: Complex artificial urinary sphincter revision and reimplantation cases – how do they fare compared to virgin cases? *J Urol* 2012; 187: 951
- 4 Linder BJ, Mitra C and Elliot DS: Long-term Device outcomes of Artificial Urinary Sphincter Reimplantation Following Prior Explantation for erosion or infection. *J Urol* 2013; 191: 734
- 5 Kim PS, Sarmast Z, Daignault S, Faerber GJ, McGuire EJ and Latini JM: Long-term durability and functional outcomes among patients with Artificial Urinary Sphincters: A 10-Year Retrospective Review from University of Michigan. *J Urol* 2008; 179: 1912.