

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

ORGANIZAÇÃO
Associação dos Amigos
de Urologia
e Transplantação Renal

Mesa 6 – Patologia dos genitais externos

16:30-17:30h

PATOLOGIA DOS GENITAIS EXTERNOS

Coordenador: Lorenzo Marconi

Denis Costa Oliveira, Ana Marinho e Manuel Ramos

Torção do cordão espermático

Lorenzo Marconi

Varicocelo

Ana Marinho

Fimose em idade pediátrica

Manuel Ramos

Apresentações:

- Torção do cordão espermático (Dr. Lorenzo Marconi)
- Varicocelo (Dra. Ana Marinho)
- Fimose em idade pediátrica (Dr. Manuel Ramos)

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

ORGANIZAÇÃO
Associação dos Amigos
de Urologia
e Transplantação Renal

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

PATOLOGIA DOS GENITAIS EXTERNOS

- Caso clínico 1 -

Coimbra, 14 de Fevereiro de 2019
Dinis Oliveira
UCSP Montemor-o-Velho

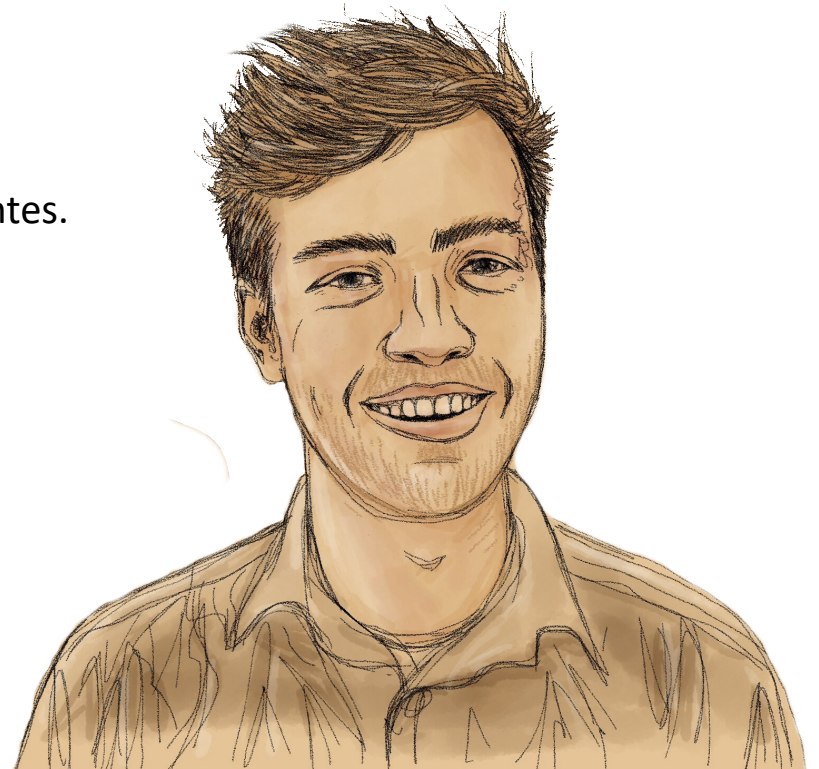
Doente do sexo masculino, de 17 anos, estudante.

Antecedentes pessoais:

➤ Previamente saudável, sem antecedentes relevantes.

Medicação habitual:

➤ Sem medicação habitual.



Consulta aberta de Medicina Geral e Familiar

S

- Vem, acompanhado da mãe, por dor aguda na zona escrotal direita, de intensidade 10/10, que o acordou há 1h30m.
- Náuseas e vômito de conteúdo aquoso.
- “Não consegue andar” e refere tumefação do testículo esquerdo.

Nega sintomas do trato urinário inferior.

Nega traumatismo testicular recente e relações sexuais no último mês.

Teve há uns anos um episódio semelhante.

Consulta aberta de Medicina Geral e Familiar



- Doente muito **ansioso**, com **dor intensa** que dificulta o exame objetivo.
- Testículo direito horizontalizado e em posição mais elevada que o esquerdo.
- Tumefação do testículo e cordão espermático direito.
- Reflexo cremastérico ausente à direita.

Hemiescroto esquerdo sem alterações.

Apirético. Restante exame sem alterações.

Realiza Combur: normal

Consulta aberta de Medicina Geral e Familiar

A

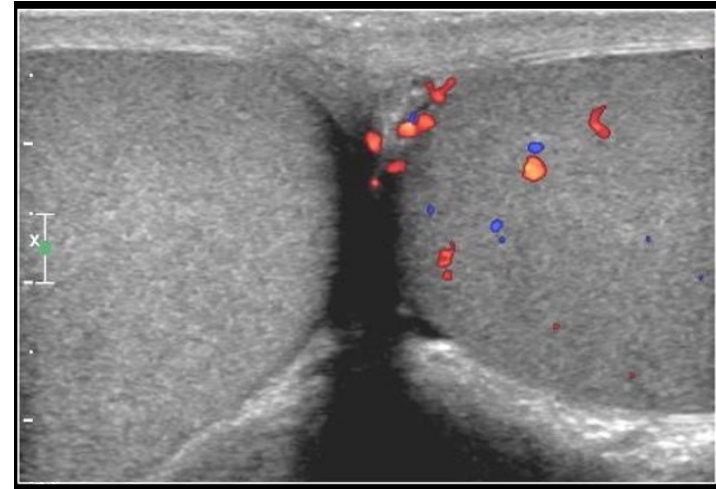
Torção do cordão espermático? Epididimite? Orquite?

P

Referenciação para o Serviço de Urgência do CHUC

Consulta no SU - CHUC:

- Ao exame objetivo, **confirmam-se os sinais encontrados no Centro de Saúde.**
- Realiza-se Eco Doppler escrotal:
**Diminuição do fluxo sanguíneo
no testículo direito.**
- Proposta **abordagem cirúrgica.**



Intra-operatoriamente:

- Abordagem cirúrgica 5 horas após início da dor escrotal.

Distorção testicular
Orquidopexia bilateral



- Torção do cordão espermático

-

- O que é?

- Fatores de risco?

- Riscos associados?

- Quando suspeitar?

- Na avaliação, está contraindicado manipular?

- Há alguma manobra para tratamento conservador?

- Está indicada analgesia? Ou há risco de “camuflagem”?

- É sempre necessário envio ao SU?

- Tempo máximo para intervenção cirúrgica?

- Prognóstico após intervenção cirúrgica?



Urologia ao CENTRO

**A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Torção do cordão espermático

PATOLOGIA DOS GENITAIS EXTERNOS

Coordenador: Lorenzo Marconi

Dinis Costa Oliveira, Ana Marinho e
Manuel Ramos

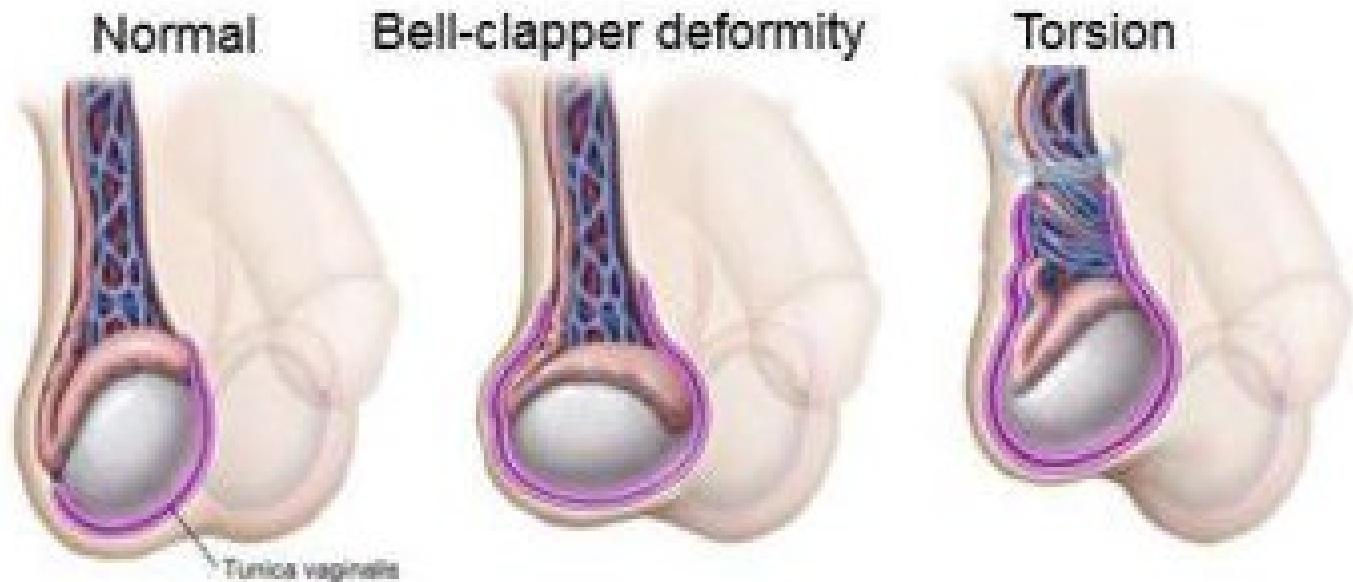
- *TORÇÃO DO CORDÃO ESPERMÁTICO*
- - Em que consiste?
- - Quais os riscos associados à torção do cordão espermático?
- - Fatores de risco para o desenvolvimento da patologia?
- - Quando suspeitar de torção do cordão espermático?
- - Na avaliação do paciente, está contraindicado manipular?
- - Há alguma manobra indicada para tratamento conservador?
- - Está indicado tratamento analgésico ou corremos o risco de camuflar sinais?
- - É sempre necessário o envio ao SU?
- - Qual o tempo máximo recomendado para intervenção cirúrgica?
- - Qual o prognóstico após tratamento cirúrgico?

Em que consiste?

- Rotação do cordão espermático com diminuição/cessação de fluxo sanguíneo para o testículo
 - Torção intravaginal: o testículo roda dentro da túnica vaginal
 - Torção extravaginal: rotação do testículo + túnica vaginal (período perinatal, antes da fixação da túnica vaginal ao escroto)

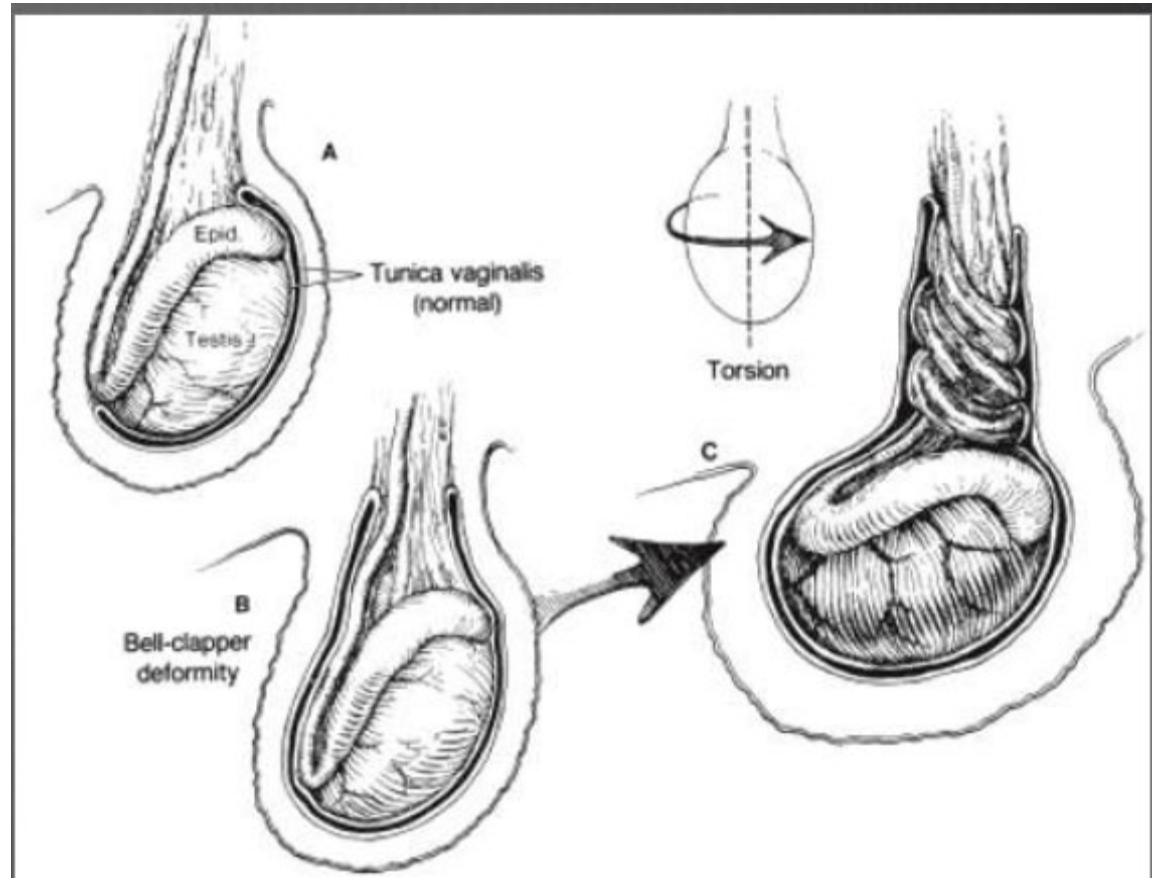
Fatores de risco para o desenvolvimento da patologia?

- Malformação em “badalo de sino”
 - Falha parcial ou completa da fusão da tunica vaginalis ao epididimo → ligamento incompleto do testículo ao escroto.
- 12% homens
- 8.6/100.000 (dos 10 aos 19 anos)



Deformidade em badalo de sino

- Aumento da mobilidade
- Maior facilidade de rotação
- Testículos orientados de forma transversal no saco escrotal
- Normalmente é bilateral



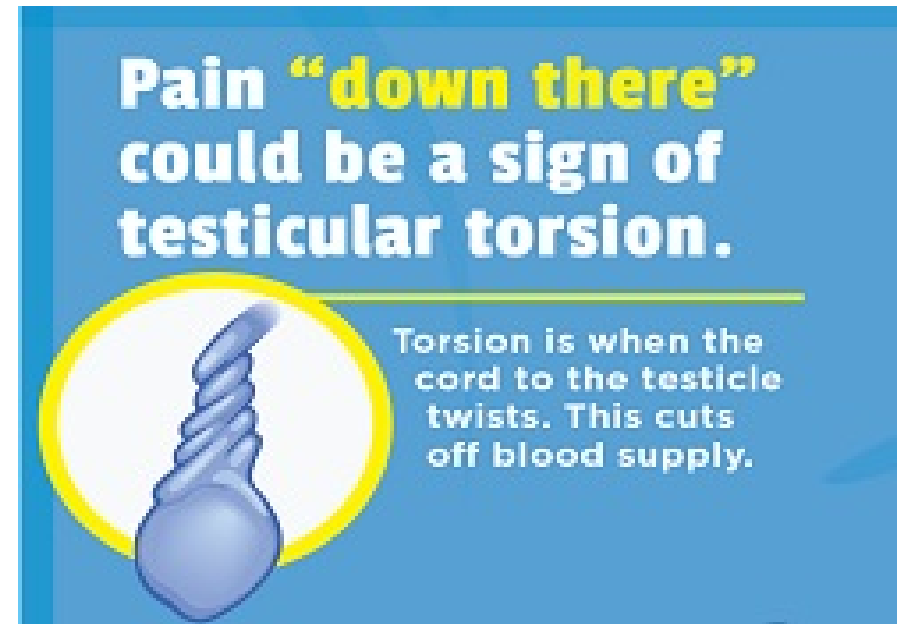
Factores desencadeantes

- Desconhecidos
- Frio?
- Movimento súbito?
- Traumatismo?
- Crescimento rápido do testículo na puberdade?
- Testículo mal descido

- 2 Picos idade:
 - 1º ano de vida
 - 12-16 anos
- Unilateral (raro bilateral)
- Episódios prévios semelhantes, no mesmo lado, autolimitados

Clínica

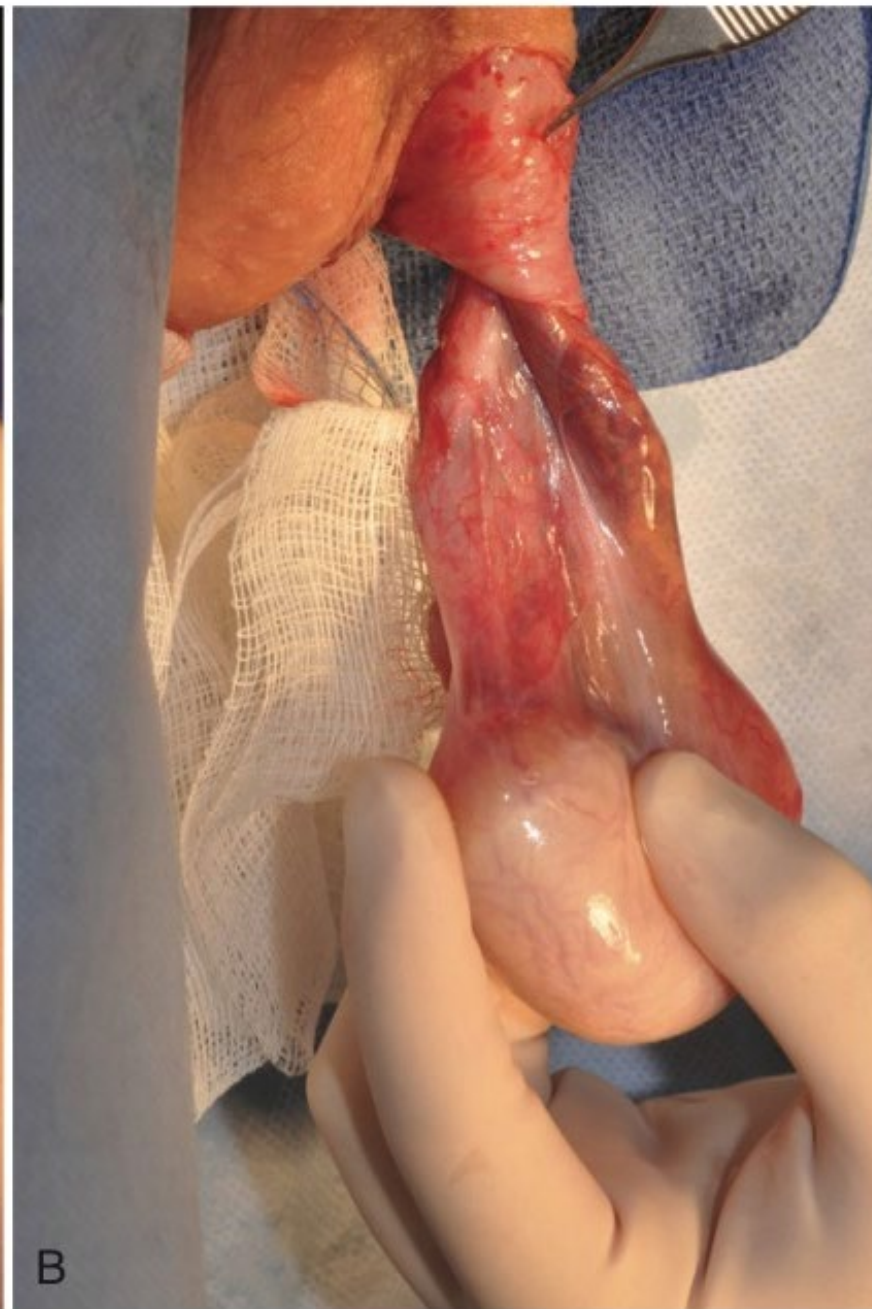
- Dor
 - Súbita
 - Grande intensidade
 - Pode surgir em repouso, durante actividade desportiva ou acordar o doente
- Dor menos intensa /ausência de dor escrotal!! → dor abdominal/inguinal
- Náuseas vómitos



Exame físico

- Dor à palpação testicular
- Ausência do reflexo cremastérico
- Ausência de alívio da dor com a elevação escrotal (Sinal de Prehn)
- Elevação do testículo na bolsa escrotal
- Epididimo em posição anterior
- Espessamento do cordão
- Tumefacção testículo e epididimo
- Combur normal



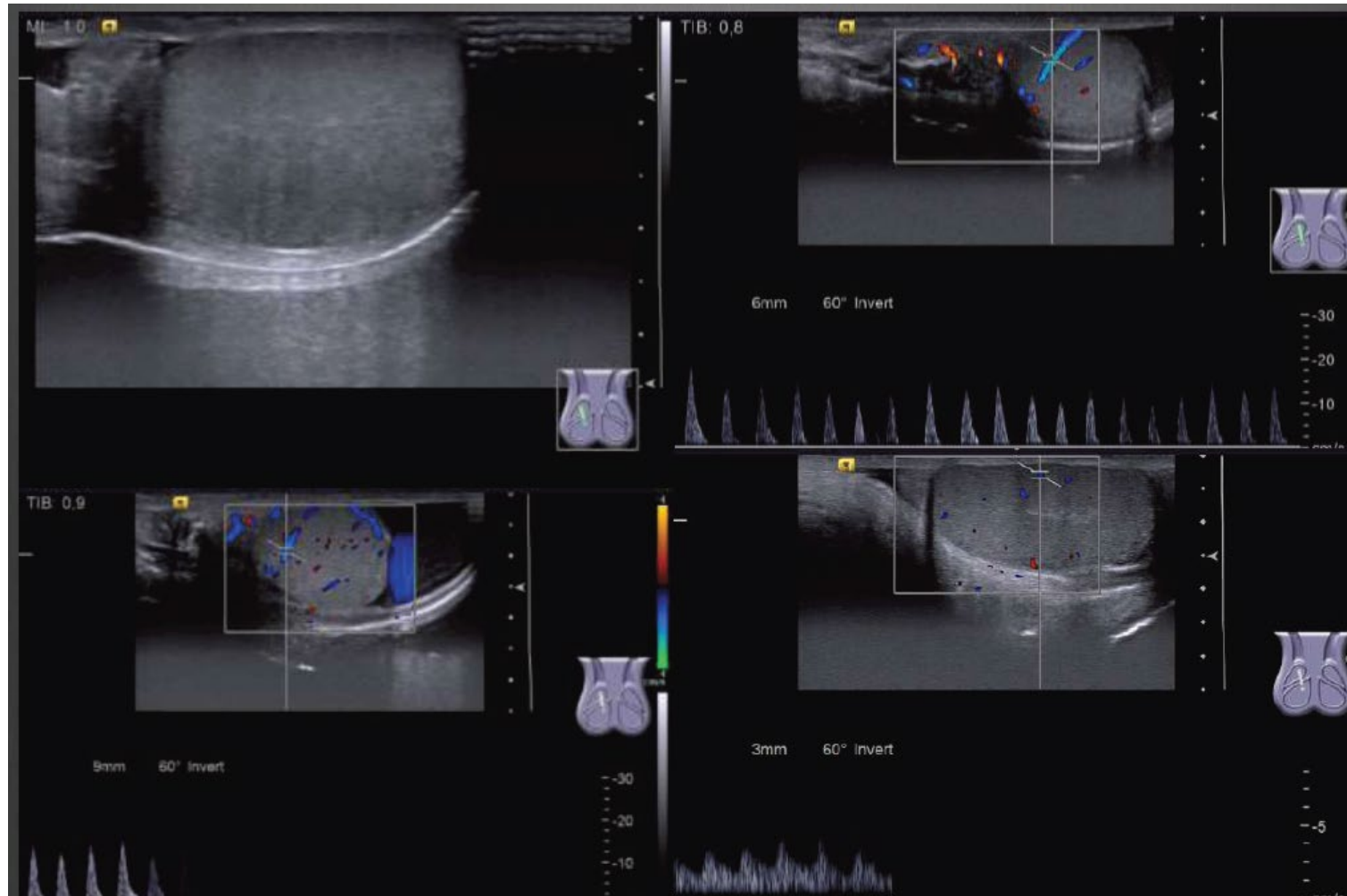


Diagnósticos diferenciais

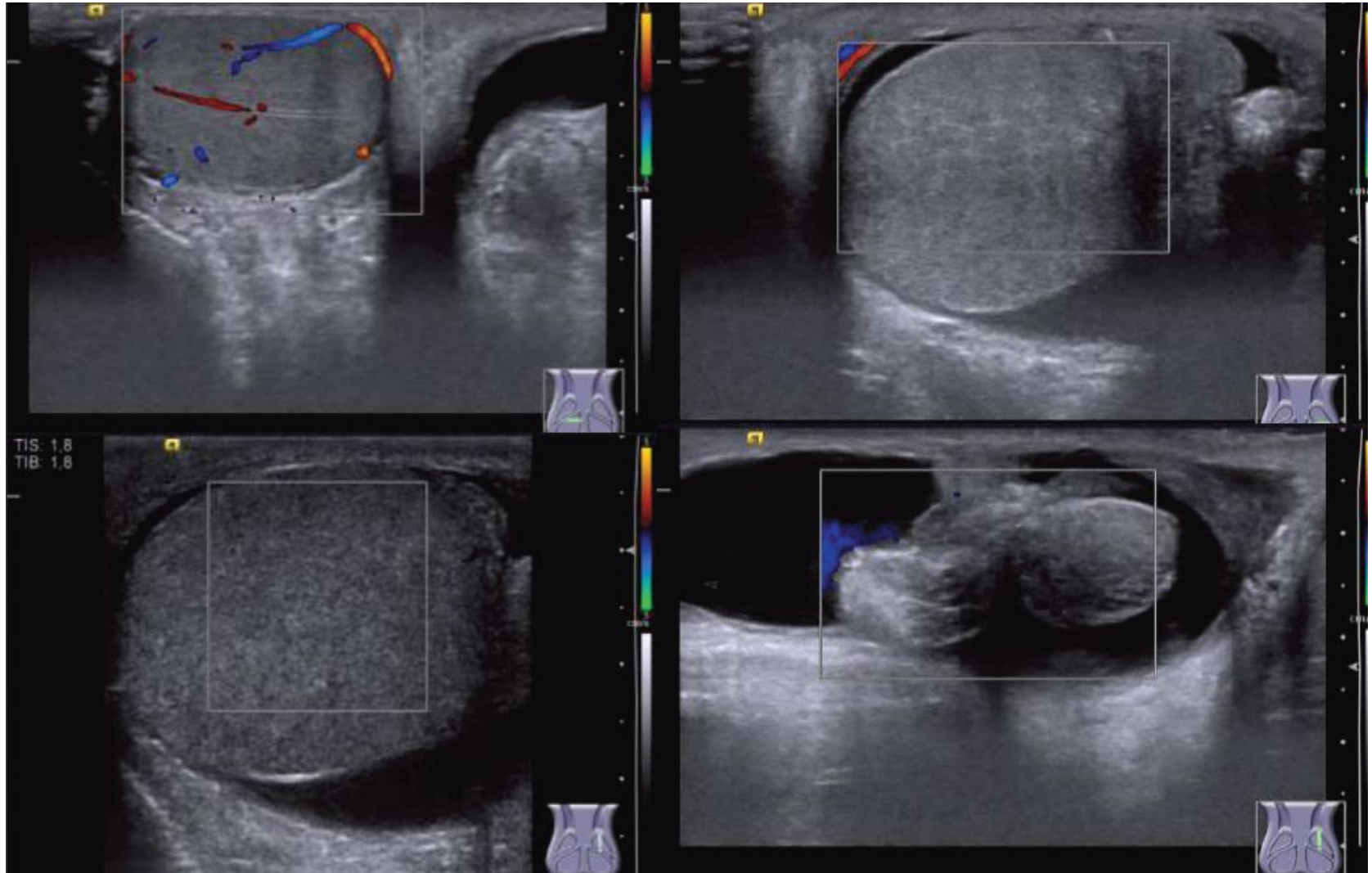
- Em adolescentes / adultos
 - Epidídimo-orquite
- Em crianças
 - Torção do apendice do testículo ou epidídimo
 - Edema escrotal idiopático
- Outros DD:
 - Tumor
 - Varicocelo
 - Traumatismo
 - Hérnia inguinal / hidrocelo



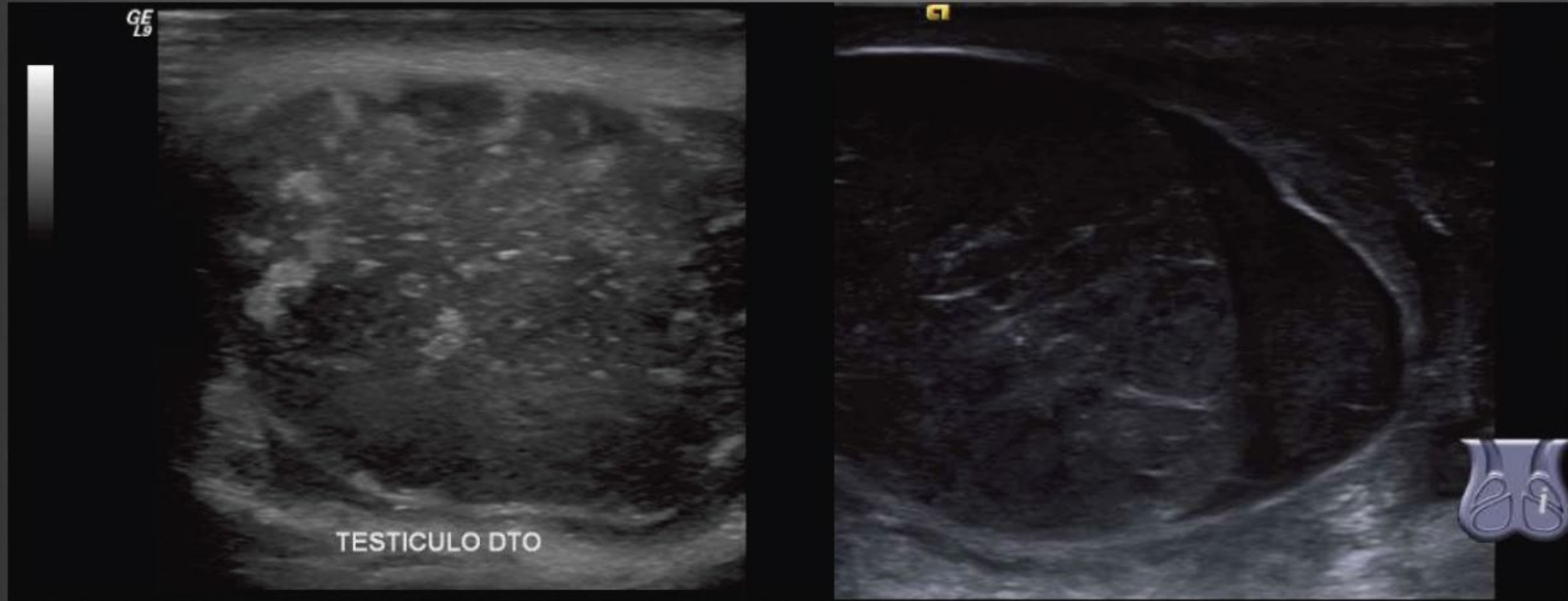
Torção parcial



Torsão total



Torção com necrose



Tratamento

- Se existe evidência ou suspeita de torção do cordão espermático está indicada a exploração cirurgica do escroto de forma **emergente!!!**

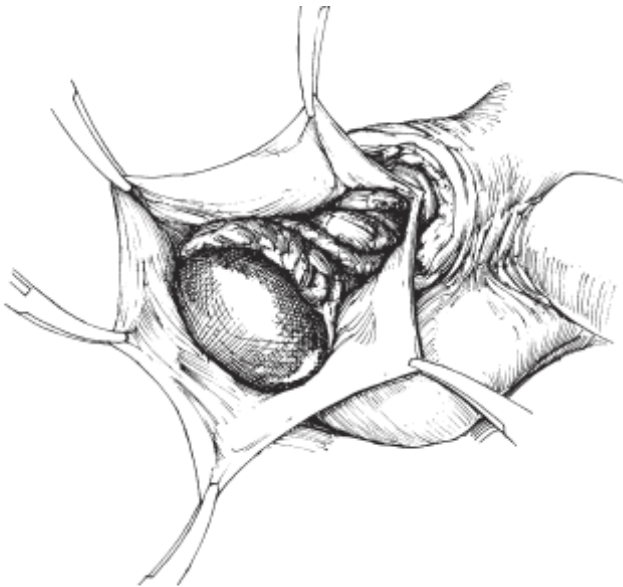


FIGURE 56-1. (Adapted from Hinman F, Baskin LS. [2009] *Hinman's atlas of pediatric urologic surgery*. Philadelphia: Elsevier.)

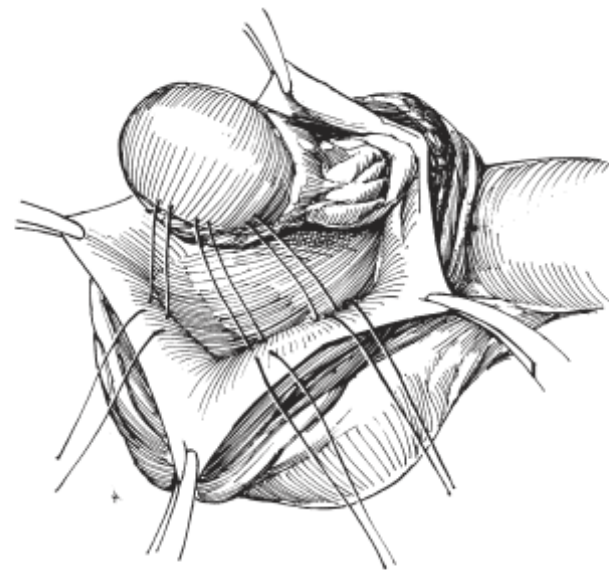
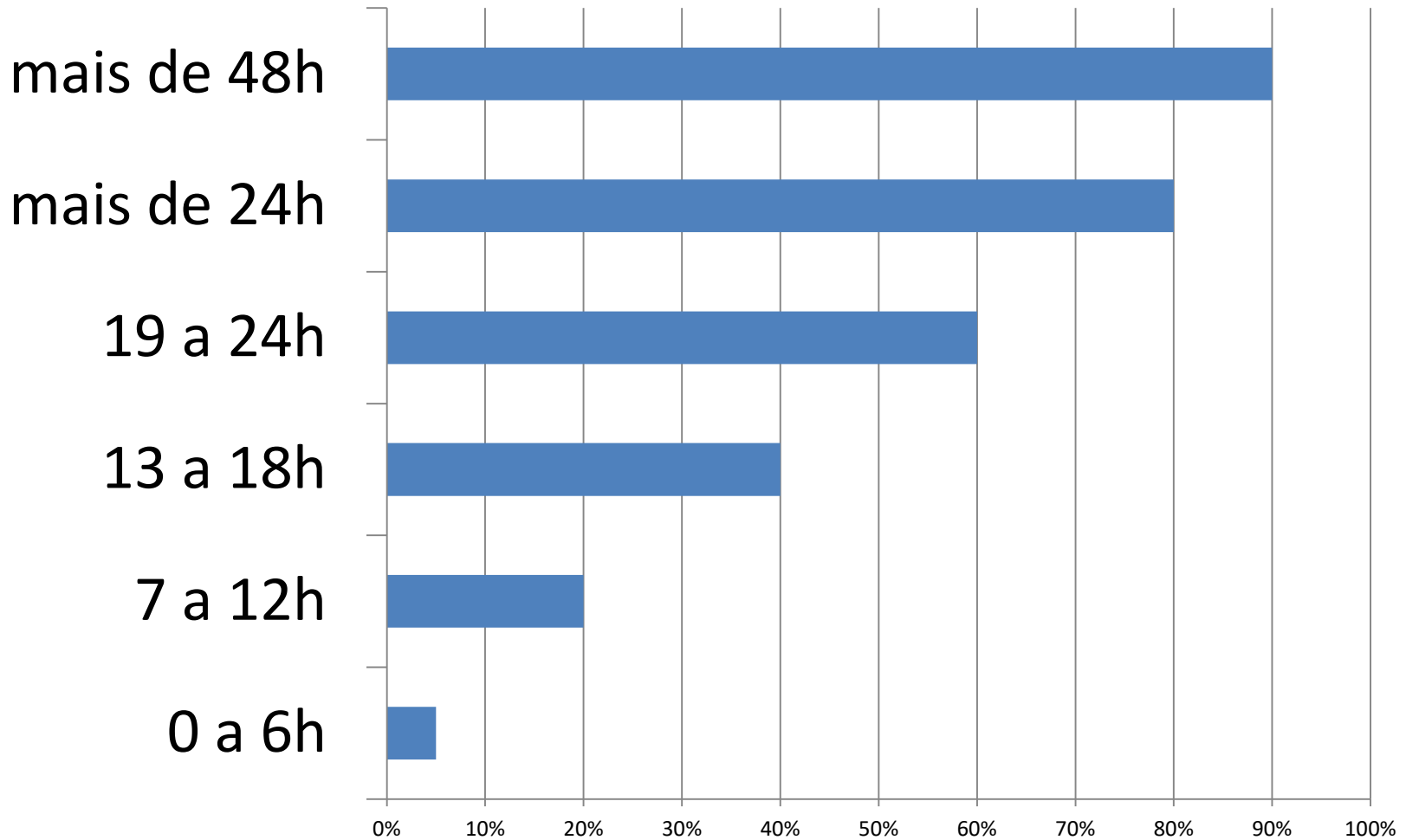


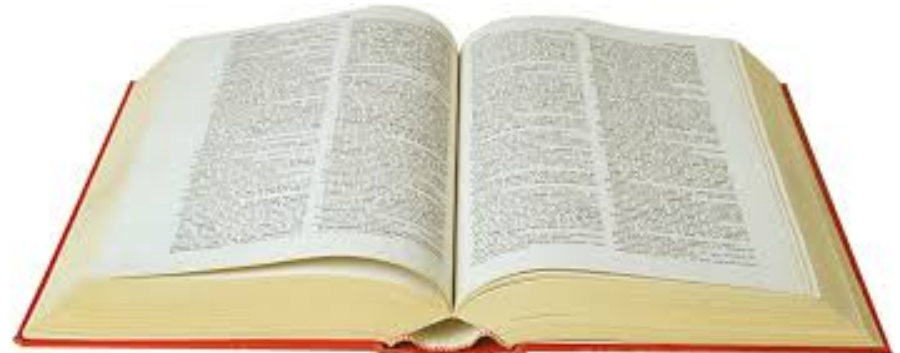
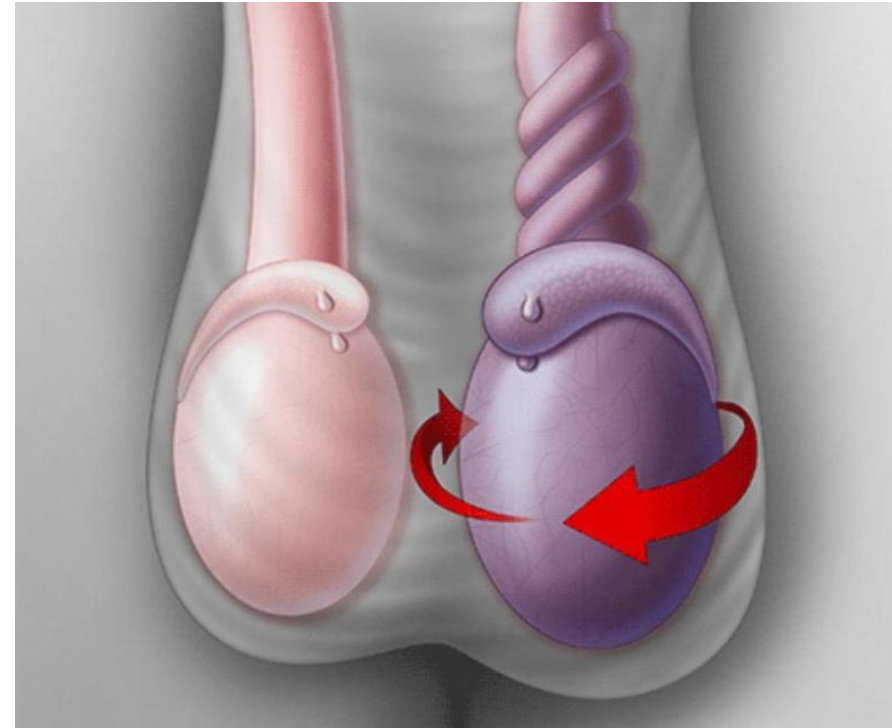
FIGURE 56-3. (Adapted from Hinman F, Baskin LS. [2009] *Hinman's atlas of pediatric urologic surgery*. Philadelphia: Elsevier.)

Risco de orquidectomia

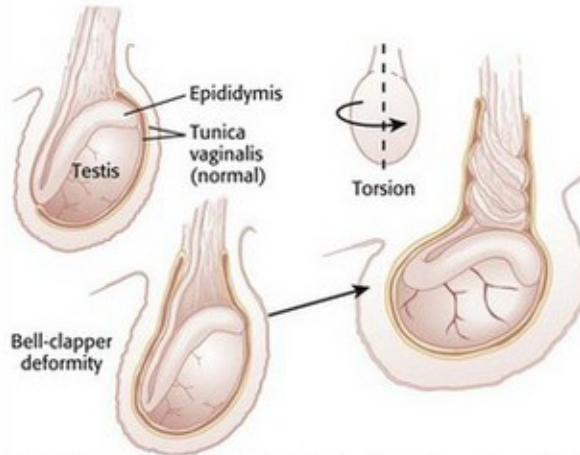


Destorção manual

- Torção medial (em 2/3 dos casos) – destorção manual lateral
- Bloqueio anestésico?
- 1º Tentativa de **rotação lateral**
- Caso exista resistência → tentativa de **rotação medial**
- Sucesso: testículo regressa à sua posição original (polo inferior em contacto com o escroto, móvel, alívio da dor)



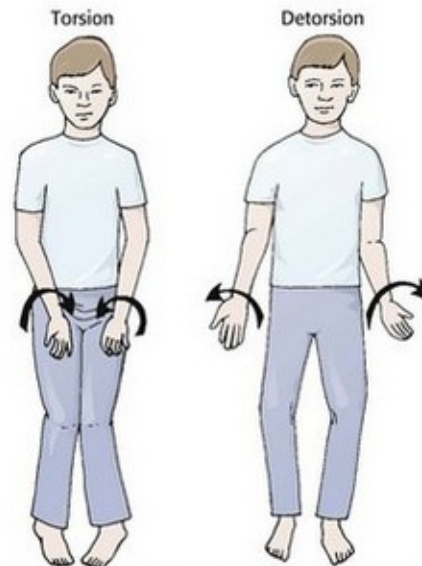
MANUAL TESTICULAR DETORSION



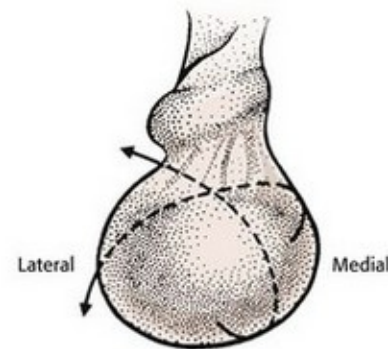
A. Anatomy of testicular torsion. Testicular torsion occurs when the testis twists within the tunica vaginalis. Patients with the bell-clapper deformity (i.e., incomplete fusion of the tunica along the epididymis, which results in incomplete attachment of the testicle to the scrotum) are at higher risk.



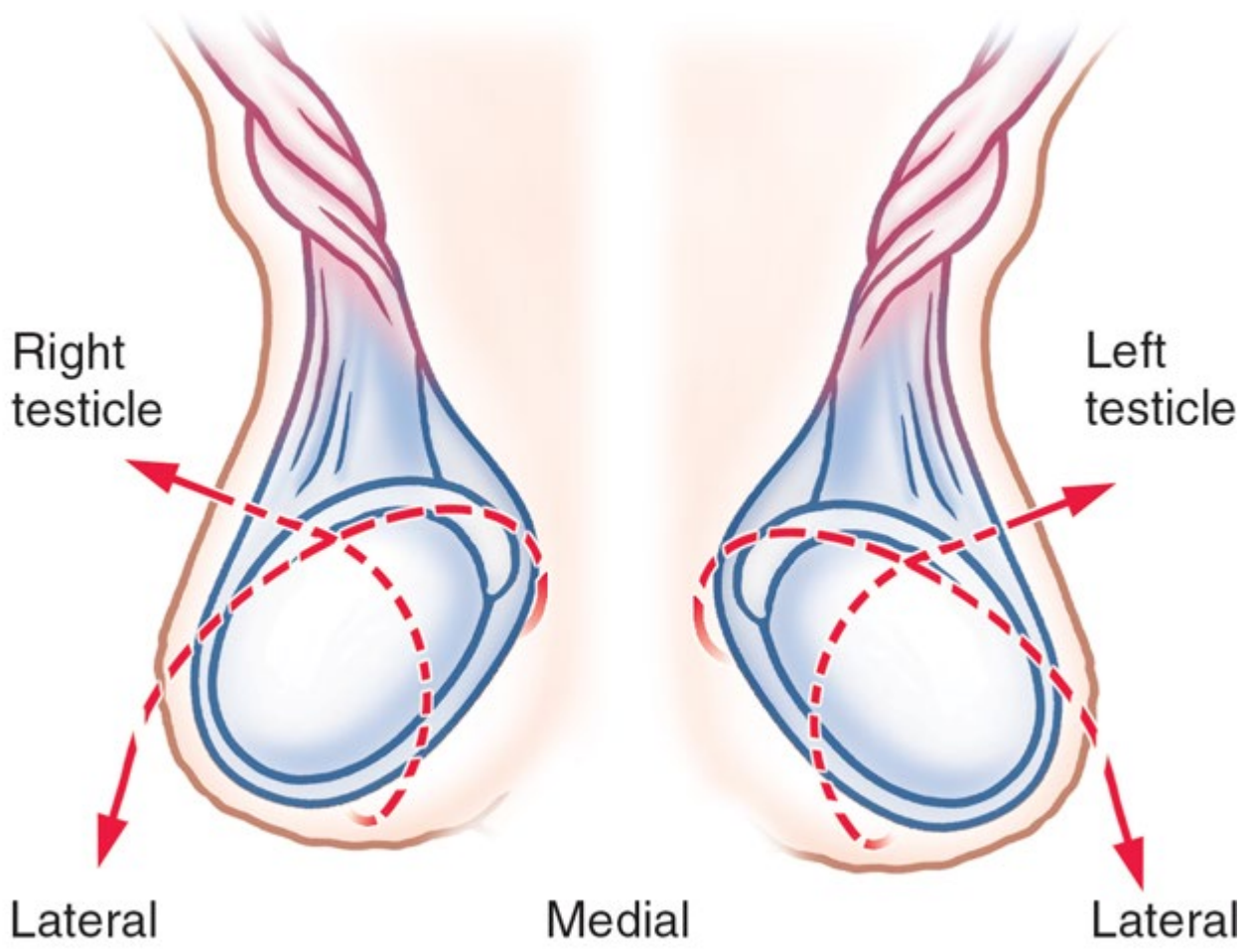
B. Spermatic cord block. Grasp the spermatic cord between your thumb and index finger. Use a 30-gauge needle to infiltrate the entire cross section of the spermatic cord and its surrounding rim with anesthetic. This will cause visual ballooning of the grasped segment of the cord. Gently massage this bulge to disperse the anesthetic. Usually about 10 mL is required.



C. Testicular torsion more commonly occurs in a medial direction. Initially attempt detorsion by rotating the testis outward toward the thigh. This is most successful if attempted within the first few hours of torsion, before the onset of significant scrotal swelling. Intravenous narcotics (such as fentanyl) can be administered or a cord block performed before attempting detorsion.



D. Detorsion maneuver. Detorsion of the testicle may require testicular rotation through two planes. To release the cremasteric muscle, rotate the testis in a caudal-to-cranial direction simultaneously with medial-to-lateral rotation. The right testis is shown.



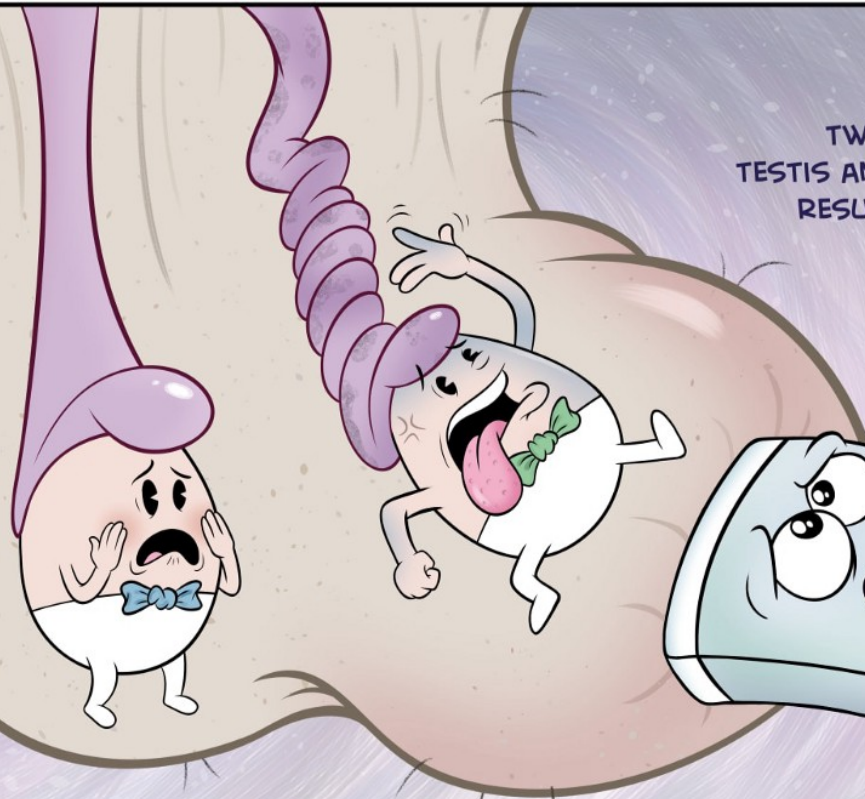
Source: Reichman EF: *Emergency Medicine Procedures, Second Edition*: www.accessemergencymedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

Prognóstico

- Impacto na fertilidade está mal estudado
- Taxas de paternidade em indivíduos com monoorquismo congénito são normais
- Atrofia testicular parcial não é incomum após torção (mesmo quando operados <4h)
- Fenómeno auto-imune: anticorpos anti espermatozóides (não provado)

TESTICULAR TORSION

SURGICAL EMERGENCY THAT
REQUIRES INTERVENTION
WITHIN 6 HOURS



ACUTE PAIN AND SWELLING

TWISTING OF THE
TESTIS AND SPERMATIC CORD
RESULTS IN ISCHEMIA



DOPPLER ULTRASOUND
DEMONSTRATES DECREASED
BLOOD FLOW

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos
de Urologia
e Transplantação Renal

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

PATOLOGIA DOS GENITAIS EXTERNOS

- Caso clínico 2 -

Coimbra, 14 de Fevereiro de 2019
Dinis Oliveira
UCSP Montemor-o-Velho

Doente do sexo masculino, de 52 anos, casado, professor do 1º ciclo.

Antecedentes pessoais:

- DM tipo 2 e HTA, sem complicações macro ou microvasculares;
- Dislipidemia;

Medicação habitual:

- Metformina + vildagliptina
- Dapagliflozina;
- Losartan;
- Atorvastatina;
- Fenofibrato;



Consulta de Medicina Geral e Familiar

S

Vem acompanhado pela esposa, de 38 anos, que tem 2 filhos de um casamento anterior.

➤ Ao fim de 1 ano de relações sexuais sem contraceção ainda não conseguiram gravidez.

Nega hábitos etílicos, tabágicos, consumo de drogas ou exposição profissional de risco.

O

Ao exame da região escrotal, apresenta **dilatação palpável das veias testiculares à esquerda**.

IMC normal. Sem outras alterações no exame objetivo.

A

Varicocelo?

P

Pede-se ecografia escrotal.

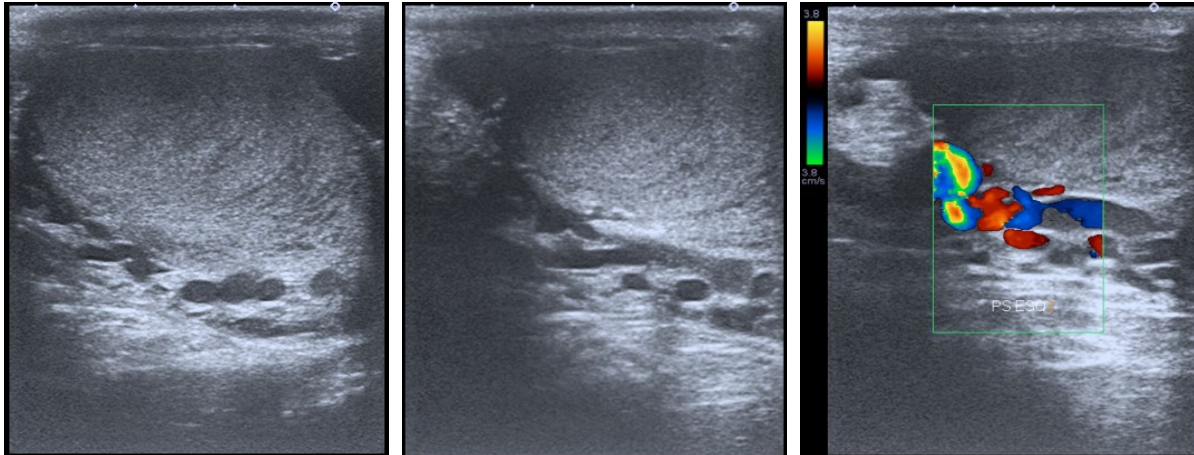
Consulta de Medicina Geral e Familiar

S

Volta à consulta com EADs solicitados. Ainda sem sucesso em engravidar.

O

Ecografia escrotal: varicocele bilateral, sobretudo à esquerda



Consulta de Medicina Geral e Familiar

S

Volta à consulta com EADs solicitados. Ainda sem sucesso em engravidar.

O

Ecografia escrotal revela varicocelo bilateral, sobretudo à esquerda

A

Varicocelo

P

Referenciação para consulta de Infertilidade

Consulta de Infertilidade

- Ao exame objetivo, observa-se **varicocele de grau III, com dilatação severa e varizes visíveis**, já confirmado ecograficamente.
- Realiza-se estudo com espermograma.

Caraterísticas físicas da amostra

- Amostra amarela, translúcida, pH 8.1, viscosidade normal, vol 4.5 mL;
- Concentração (milhões/mL) de **Espermatozóides: 7,9**; Leucócitos: <1; Aglutinados: Não
- **Mobilidade grau A+B (progressão): 28%**; Mobilidade Grau C (in situ): 7 %
- Formas imóveis: 65%; **Formas normais: 3%** ; Formas Anormais: 97%;
- Anomalias da Cabeça: 97 %; da peça intermédia: 5%; da cauda 3% ; Índice de Teratozoospermia 1.08

Teste de migração

- Concentração Espermatozóides: 5 milhões/mL; Forma típica : 1 milhão/mL; Forma atípica: 4 milhões/mL.
- Mobilidade Grau A + B (%): 99; Mobilidade Grau C (%): --- Mobilidade A + B + C 30 minutos (%): 99



Consulta de Infertilidade

- Proposta terapêutica: **flebografia com embolização de varicocele**

- Varicocele -

- O que é?
- Qual a sua causa?
- Fatores de risco?
- Riscos associados?
- Sintomas comuns?
- Como se diagnostica?
- Quando é necessário tratamento?
- Idade recomendada para tratamento?
 - Opções terapêuticas?
 - Há riscos após tratamento?
- Seguimento após tratamento?



Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos
de Urologia
e Transplantação Renal

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

PATOLOGIA DOS GENITAIS EXTERNOS

Varicocele

Coimbra, 14 de Fevereiro de 2019
Ana Marinho

VARICOCELO

- - O que é o varicocelo?
- - O que causa o varicocelo?
- - Há fatores de risco conhecidos?
- - Quais os riscos associados ao varicocelo?
- - Que sintomas nos devem fazer suspeitar de varicocelo?
- - Como se diagnostica?
- - Em que situações é necessário tratamento?
- - Há alguma idade mínima recomendável para o tratamento do varicocelo?
- - Quais são as opções terapêuticas?
- - Mesmo após tratamento, há riscos associados a esta patologia?
- - Que seguimento deve ser feito após tratamento?

O que é o varicocelo (V)?

Dilatação anormal das veias do plexo pampiniforme

Frequente – 15-20% dos homens adultos

Principal causa de infertilidade

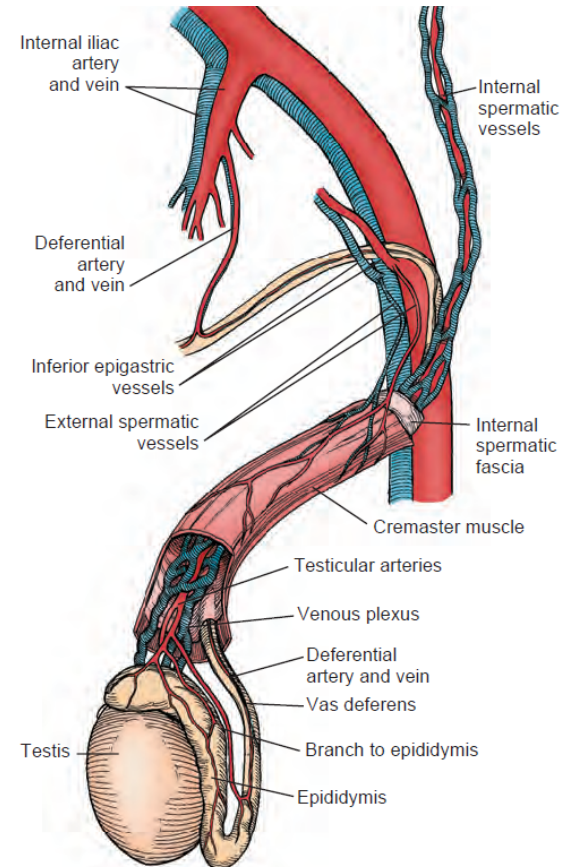
Primário (idiopático)

15-25 anos

Predomínio à esquerda (98%)

Secundário (massa retroperitoneal, obstrução de veia cava inferior...)

Não sofre alterações com mudanças de posição



O que causa o varicocele?

- 1 - Válvulas ausentes ou insuficientes na VEI
- 2 - Compressão da veia renal esquerda → ↑ pressão hidrostática na VEI → ↓ drenagem de sangue → retenção e dilatação venosa no PP
- 3 - Adolescência: ↑ transitório do fluxo sanguíneo arterial para os testículos > capacidade venosa do PP



↑ do fluxo sanguíneo e da temperatura testicular → ↑ da concentração de metabolitos tóxicos

Há fatores de risco conhecidos?

Genética

Excesso de peso/obesidade

Homens com V e idade ≥ 30 anos têm pior qualidade do esperma e redução na produção de testosterona.

O V tem um impacto progressivo na espermatogénese: quanto $>$ o tempo de evolução, $>$ o efeito nocivo.

Que sintomas nos devem fazer suspeitar de varicocelo?

É tipicamente **assintomático**.

Pode existir desconforto escrotal.

Em 2%-10% dos casos existe dor, principalmente no escroto ou região inguinal.

Nos adultos é frequente diagnosticar durante a avaliação de infertilidade, enquanto na adolescência é identificado incidentalmente ao exame físico

- Que sintomas nos devem fazer suspeitar de varicocele?

Pode associar-se às seguintes condições andrológicas:

- falência no crescimento e desenvolvimento testicular ipsilateral;
- infertilidade masculina;
- hipogonadismo.

- Quais os riscos associados ao varicocele?

CATEGORY	NUMBER	%
Immunologic	121	2.6%
Idiopathic	1535	32.6%
<u>Varicocele</u>	1253	<u>26.6%</u>
Obstruction	720	15.3%
Normal female factor	503	10.7%
Cryptorchidism	129	2.7%
Ejaculatory failure	95	2.0%
Endocrinologic	70	1.5%
Drug or radiation	64	1.4%
Genetic	56	1.2%
Testicular failure	52	1.1%
Sexual dysfunction	32	0.7%
Pyospermia	25	0.5%
Cancer	20	0.4%
Systemic disease	15	0.3%
Infection	10	0.2%
Torsion	5	0.1%
Ultrastructural	<u>5</u>	<u>0.1%</u>
TOTAL	4710	100.0%

Oligoastenoteratozoospermia (14,2%),
Astenozoospermia (17,9%),
Oligozoospermia(13,2%).

**Carcinoma de células
renais**

Tabela 1 – Lista de diagnóstico final de casos de infertilidade masculina

- Como se diagnostica?

O diagnóstico é realizado por **Exame Físico** e deve ser confirmado por ecografia com estudo doppler

O exame objetivo deve ser realizado em sala aquecida, com doente em ortostatismo e deve ser realizada manobra de Valsalva

A seguinte classificação é útil na prática clínica:

Subclínica: not palpable or visible at rest or during Valsava manoeuvre, but can be shown by special tests (Doppler ultrasound studies).

Grade 1: palpable during Valsava manoeuvre, but not otherwise.

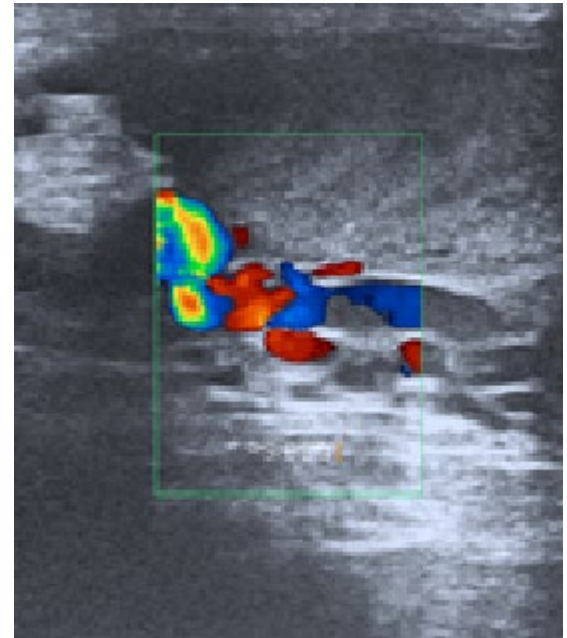
Grade 2: palpable at rest, but not visible.

Grade 3: visible and palpable at rest.

- Como se diagnostica? Ecografia com estudo doppler



Múltiplas estruturas tubulares anecogénicas que aumentam com o ortostatismo e com a manobra de Valsalva



Doppler – fluxo retrógrado de sangue com a manobra de Valsalva

- Em que situações é necessário tratamento?

Todos os sintomáticos (dor, desconforto)

Casal infértil com homem com V clínico e presença de anormalidades no espermograma

- Há alguma idade mínima recomendável para o tratamento?

A prevalência antes dos 10 anos é baixa (<1%) e aumenta na puberdade até 15%.

80% dos homens com V diagnosticada durante a adolescência é fértil.

Indicações para correção em adolescentes: dor (mais aceite), redução do volume testicular (\neq no volume testicular > 2 ml ou 20%) ou alteração no espermograma (discutíveis)

Melhoria no volume testicular e espermograma após tratamento em adolescentes. Contudo, existe falta de relação direta entre melhoria nestes parâmetros e futura paternidade.

- Quais são as opções terapêuticas?

Laqueação dos vasos por **cirurgia convencional** (abordagem inguinal, subinguinal ou retroperitoneal), **microcirurgia** ou **laparoscopia**.

Embolização por via percutânea.

- Quais são as opções terapêuticas?

A **varicocelelectomia subinguinal microcirúrgica** é o método mais eficaz.

Resulta em menos complicações e menor taxa de recidiva.

A visualização microscópica dos linfáticos minimiza a ocorrência de hidrocelo no pós-operatório.

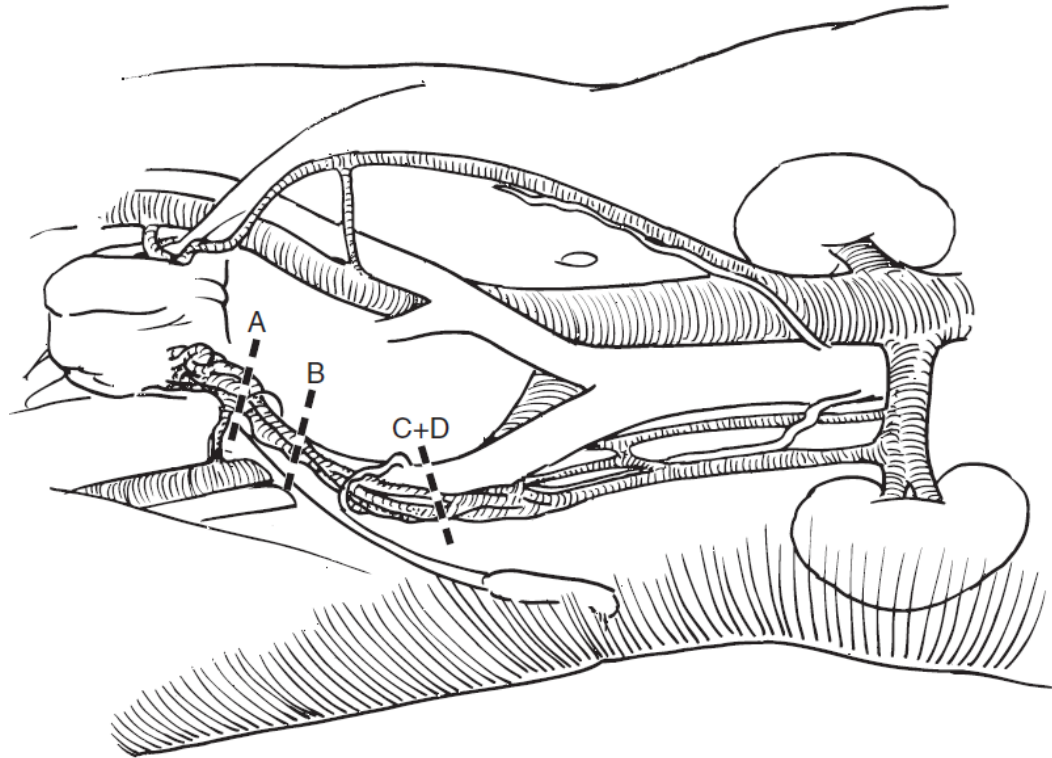
Requer treino microcirúrgico.

Quais são as opções terapêuticas?

CIRURGIA CONVENCIONAL ABORDAGEM INGUINAL

Laqueia-se as veias espermáticas internas ao nível do anel inguinal interno.

É mais fácil do que a abordagem retroperitoneal, especialmente em obesos, e pode ser feita sob anestesia local.



Quais são as opções terapêuticas?

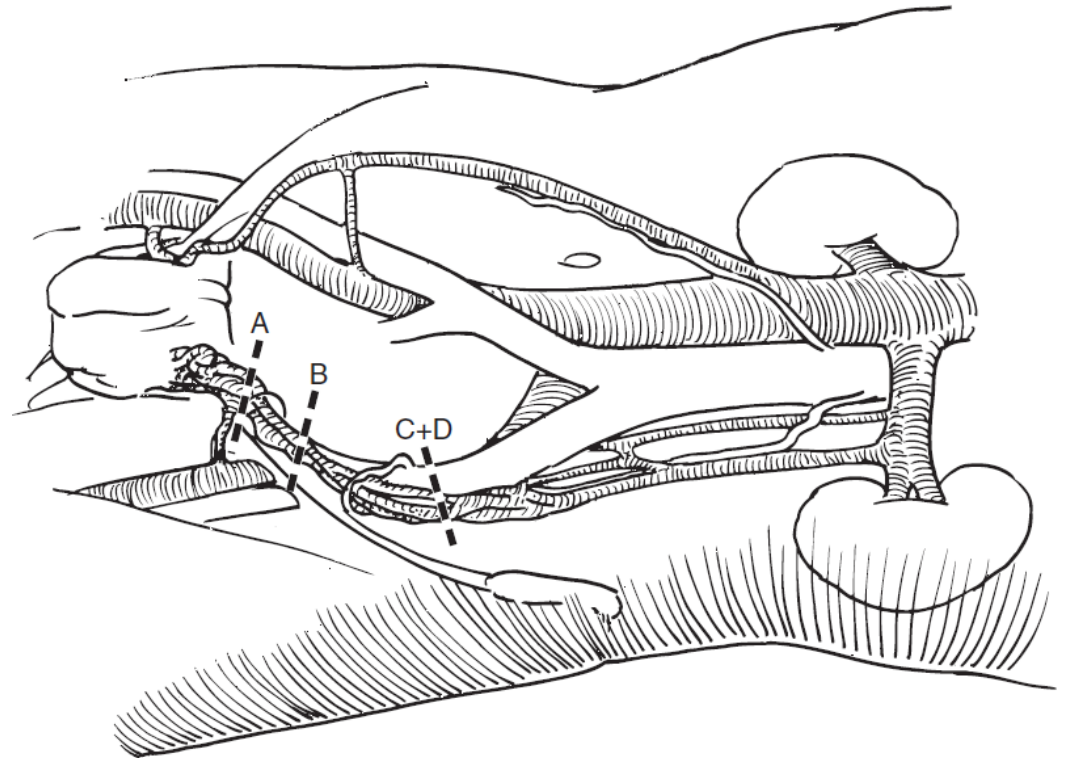
CIRURGIA CONVENCIONAL

ABORDAGEM RETROPERITONEAL

Como a laqueação é alta, mantém suprimento arterial colateral adequado ao testículo mesmo que a artéria seja laqueada.

É mais fácil em doentes elegantes.

Alguns linfáticos são laqueados, os hidrocelos são mais comuns no pós-operatório.



Quais são as opções terapêuticas?

As indicações para **laqueação laparoscópica** não estão claramente delineadas.

É necessária anestesia geral, e o acesso à cavidade peritoneal tem risco associado de lesão vascular ou visceral.

Nem a dor pós-operatória nem o tempo de convalescença são significativamente reduzidos relativamente à cirurgia aberta.

Quais são as opções terapêuticas?

Embolização percutânea

- Alternativa eficaz ao tratamento cirúrgico
- Baixa recorrência
- Baixa taxa de complicações (0,3%)
- Procedimento minimamente invasivo (sob anestesia local)
- Recuperação rápida (dor) e o internamento curto
- Morbilidade mínima:
 - Ausência de dissecação perivenosa ou de disrupção do sistema linfático
 - Não existe perigo de lesar a artéria testicular

- Após tratamento, há riscos associados a esta patologia? Complicações pós-operatórias

- Laqueação da artéria testicular com atrofia testicular
- Lesões do canal deferente.
- Recorrência ou persistência do varicocele
- Hidrocelos
- Dor/desconforto local

- Resultados: Infertilidade

Com correção ocorre melhoria na motilidade e concentração espermática. Os dados sobre a morfologia são controversos.

++++ nos mais jovens.

Melhoria no espermograma ocorre com cirurgia e embolização

- Resultados: Infertilidade

Taxa de gravidez espontânea de 37% após tratamento.

Taxas mais altas de gravidez e nascidos vivos e menores taxas de aborto em homens submetidos à correção antes das técnicas de PMA, independentemente das melhorias no espermograma.

- Que seguimento deve ser feito após tratamento?

Se realizado por dor, avaliar em consulta de pós-operatório a presença de complicações e ponderar alta.

Se realizado por infertilidade, deve ser requisitado um espermograma 3 a 4 meses após a cirurgia/embolização.



**Seguimento em consulta de
Infertilidade em Andrologia**

Urologia ao CENTRO

A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

14 e 15 de fevereiro de 2019

Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

ORGANIZAÇÃO

Associação dos Amigos
de Urologia
e Transplantação Renal

Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

PATOLOGIA DOS GENITAIS EXTERNOS

- Caso clínico 3 -

Coimbra, 14 de Fevereiro de 2019
Dinis Oliveira
UCSP Montemor-o-Velho

Doente do sexo masculino, de 6 anos.

Antecedentes pessoais:

➤ Previamente saudável, sem antecedentes relevantes.

Medicação habitual:

➤ Sem medicação habitual.



Consulta de saúde infantil em Medicina Geral e Familiar

S

Vem à consulta de saúde infantil dos 6 anos.

➤ Segundo a mãe, **mantém dificuldade em retrair o prepúcio**, já observada anteriormente, apesar de já ter realizado tratamento com aplicação local de Betametasona 0.5 mg/g + Gentamicina 1mg/g creme.

➤ Por vezes, **ao urinar, “faz um pequeno balão”** na zona do prepúcio.

Sem outras intercorrências relevantes desde a última consulta.

Consulta de saúde infantil em Medicina Geral e Familiar

O

Bom estado geral, bom desenvolvimento estatoponderal.

Testículos palpáveis bilateralmente, pênis de configuração normal.

➤ **Fimose com impossibilidade de retração total e de exposição completa da glândula.**

Restante exame objetivo sem alterações relevantes.

A

Fimose

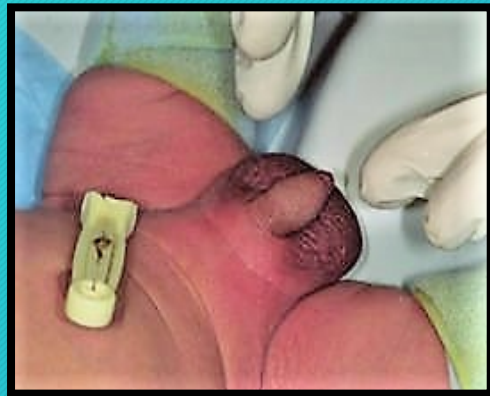
P

Referenciação para Pediatria, para decisão terapêutica.



- Fimose (idade pediátrica) -

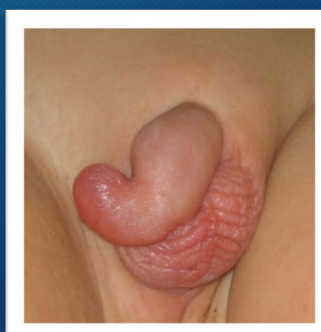
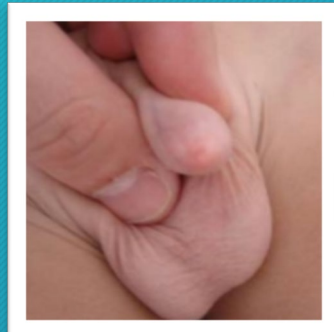
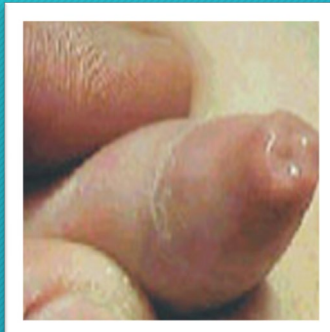
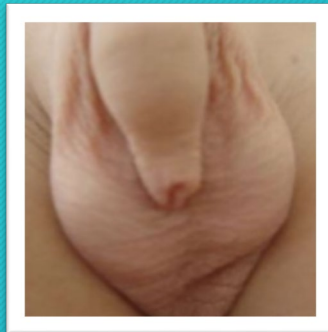
- O que é? Diferente da parafimose?
 - Riscos associados?
 - Graus de severidade?
 - É normal até que idade?
- Indicações para tratamento médico?
- Deve realizar-se retração manual na higiene?
- Deve realizar-se tratamento tópico com corticóide?
 - Indicações para tratamento cirúrgico?
 - Idade ideal para cirurgia?
 - Que seguimento pós-operatório?
 - Quando referenciar?



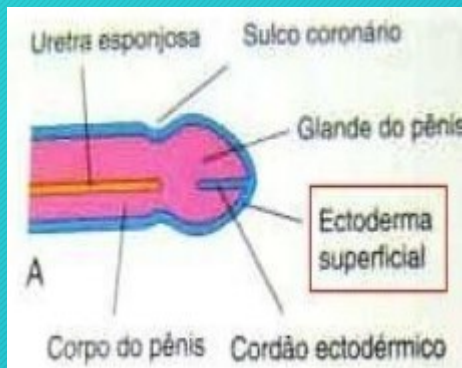
Fimose em idade pediátrica

Cirurgia Ped. e Queimados

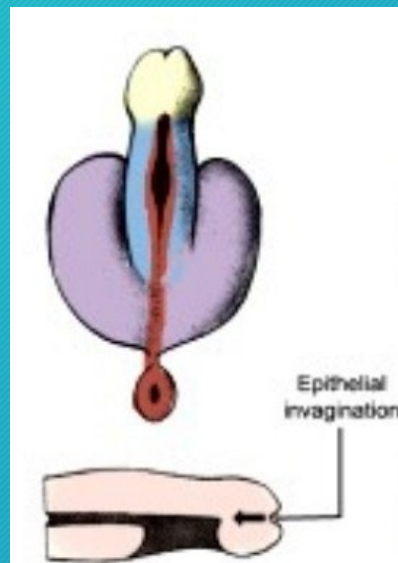
Silvia Coutinho
Manuel Ramos



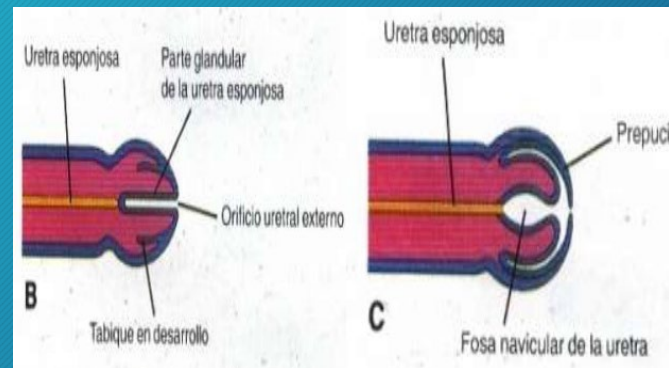
EMBRIOLOGIA DO PREPUCIO



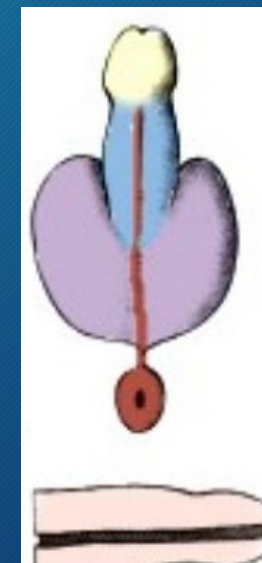
3M



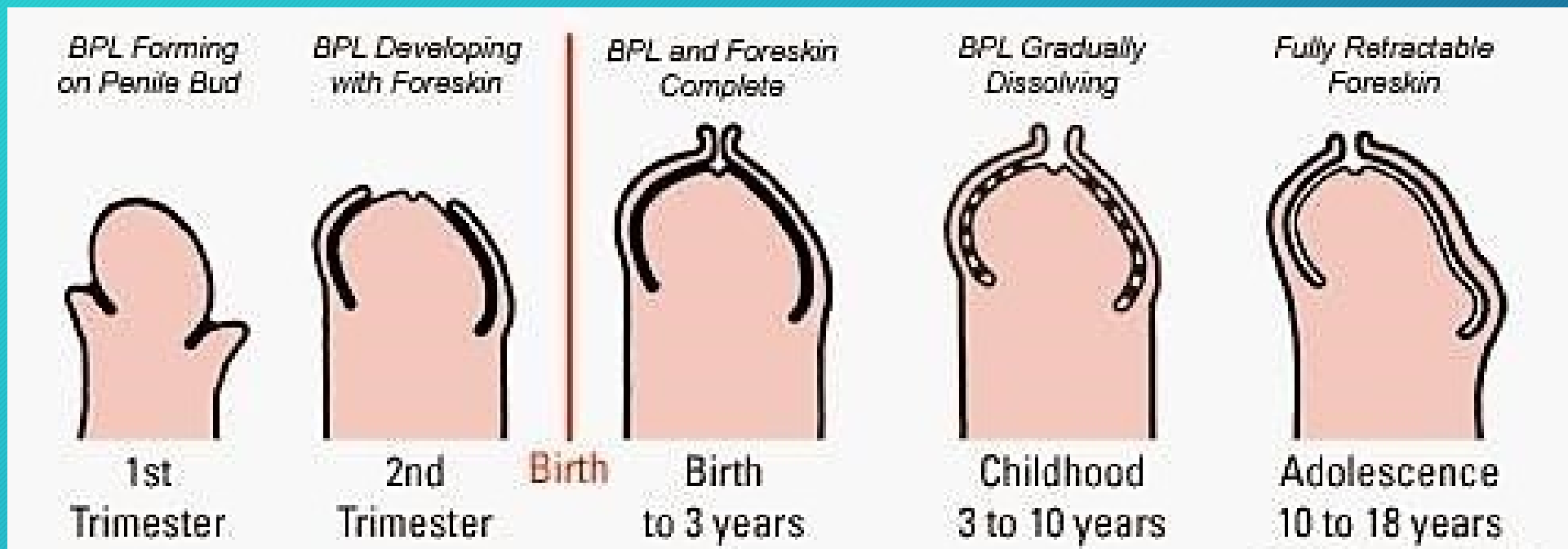
4 M



4,5 M



EMBRIOLOGIA DO PREPUCIO



RETRACÇÃO PREPUCIAL

4%

90%

95%

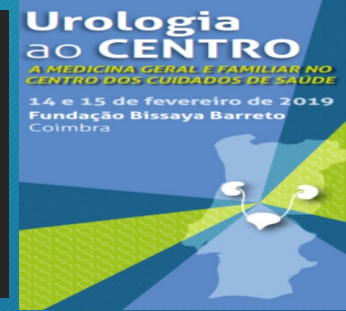
99%

DEFINIÇÃO DE FIMOSE

**Estreitamento fisiológico (congénito) ou
patológico (adquirido)
do anel prepucial, com impossibilidade de retracção
parcial ou total do prepúcio sobre a glândula do pénis**

SEVERIDADE

**Urologia
ao CENTRO**
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra



**KIKIROS, BEASLEY e WOODWARD
(1993)**

RETRACÇÃO PREPUCIAL

MORFOLOGIA DO PREPUCIO

KAYAB (1996)

APARÊNCIA DO ANEL PREPUCIAL

**COMPARAR POPULAÇÕES SEMELHANTES
OBJETIVAR CRITERIOS DE SELECÇÃO E CURA**

Classificação de Kikiros, Beasley e Woodward (1993)



RETRACÇÃO PREPUCIAL

G 0	Completa – Aperto Glânde
G I	Completa + Aperto Glânde
G II	Parcial + Glânde (> 50%) + Meato Uretral
G III	Parcial + Meato Uretral
G IV	Difícil + Prepúcio Redundante
G V	Ausente

MORFOLOGIA DO PREPUCIO

G 0	Normal
G I	Fissuras
G II	Cicatriz Branca Parcialmente Circunferencial
G III	BXO + Cicatriz Severa Sangrante

Classificação de Kikiros, Beasley e Woodward (1993)



RETRACÇÃO PREPUCIAL

G 0	Completa – Aperto Glânde
G I	Completa + Aperto Glânde
G II	Parcial + Glânde (> 50%) + Meato Uretral
G III	Parcial + Meato Uretral
G IV	Difícil + Prepúcio Redundante
G V	Ausente



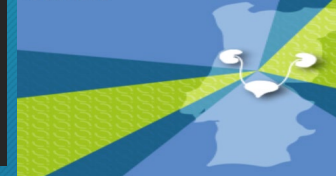
Classificação de Kikiros, Beasley e Woodward (1993)



RETRACÇÃO PREPUCIAL	
G 0	Completa – Aperto Glante
G I	Completa + Aperto Glante
G II	Parcial + Glante (> 50%) + Meato Uretral
G III	Parcial + Meato Uretral
G IV	Difícil + Prepúcio Redundante
G V	Ausente

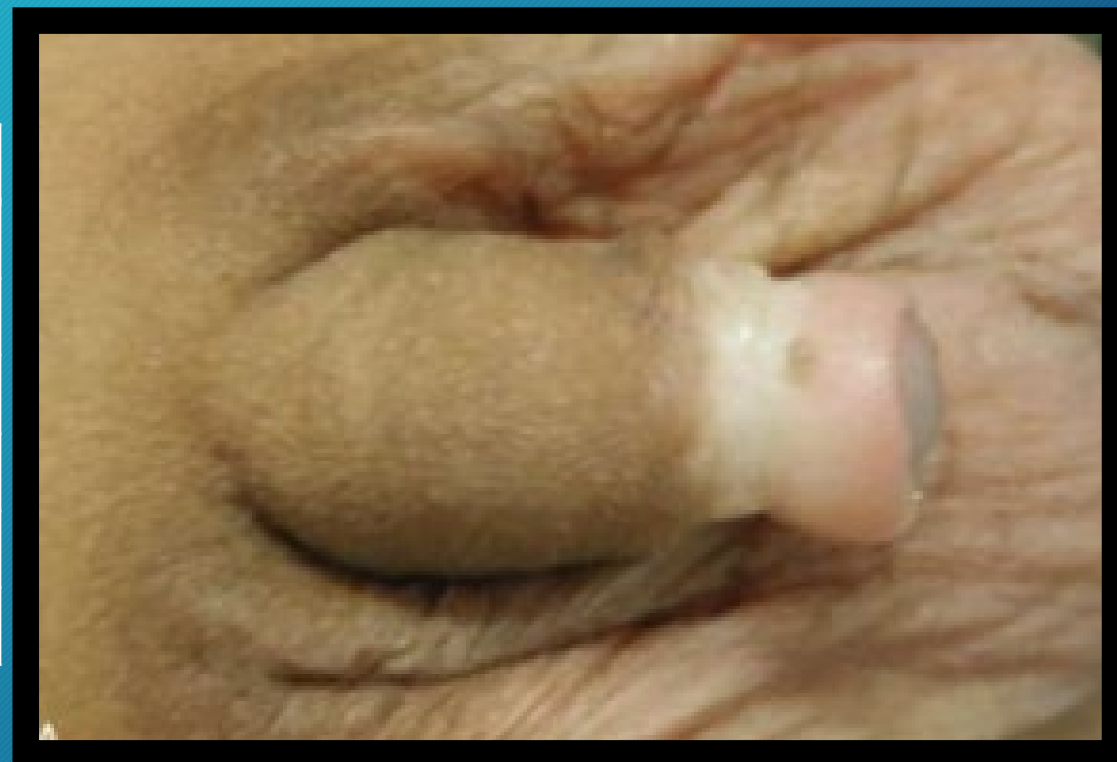


Classificação de Kikiros, Beasley e Woodward (1993)



RETRACÇÃO PREPUCIAL

G 0	Completa - Aperto Glânde
G I	Completa + Aperto Glânde
G II	Parcial + Glânde (> 50%) + Meato Uretral
G III	Parcial + Meato Uretral
G IV	Difícil + Prepúcio Redundante
G V	Ausente

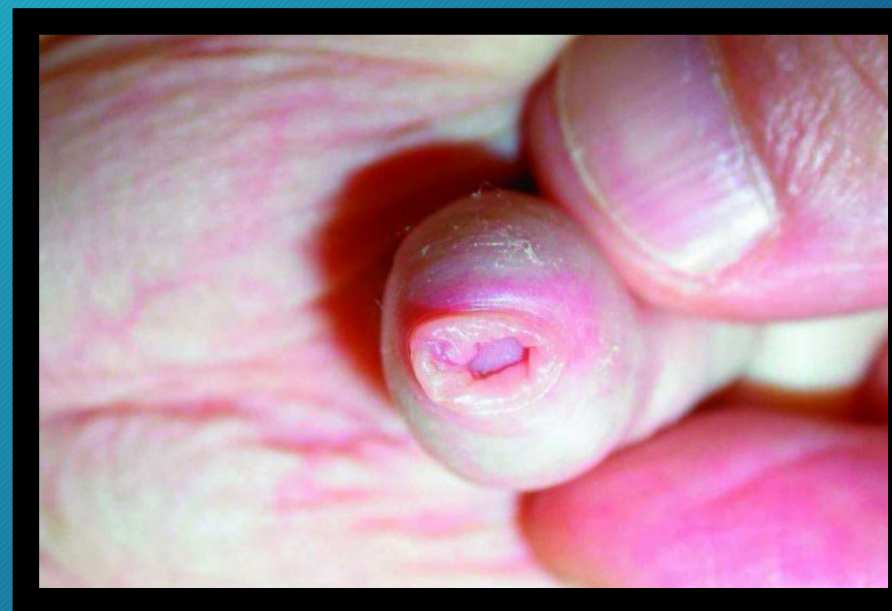


Classificação de Kikiros, Beasley e Woodward (1993)



RETRACÇÃO PREPUCIAL

G 0	Completa – Aperto Glânde + ABP Congénitas
G I	Completa + Aperto Glânde
G II	Parcial + Glânde (> 50%) + Meato Uretral – ABP Congénitas
G III	Parcial + Meato Uretral
G IV	Difícil + Prepúcio Redundante
G V	Ausente



Classificação de Kikiros, Beasley e Woodward (1993)



RETRACÇÃO PREPUCIAL

G 0	Completa – Aperto Glante
G I	Completa + Aperto Glante
G II	Parcial + Glante (> 50%) + Meato Uretral
G III	Parcial + Meato Uretral
G IV	Difícil + Prepúcio Redundante
G V	Ausente



Classificação de Kikiros, Beasley e Woodward (1993)



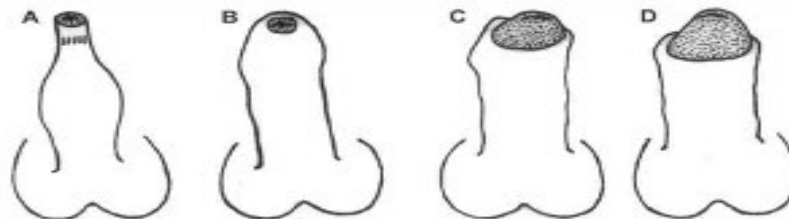
RETRACÇÃO PREPUCIAL

G 0	Completa – Aperto Glânde + ABP Congénitas
G I	Completa + Aperto Glânde
G II	Parcial + Glânde (> 50%) + Meato Uretral – ABP Congénitas
G III	Parcial + Meato Uretral
G IV	Difícil + Prepúcio Redundante
G V	Ausente



Classificação de Kayab (1996)

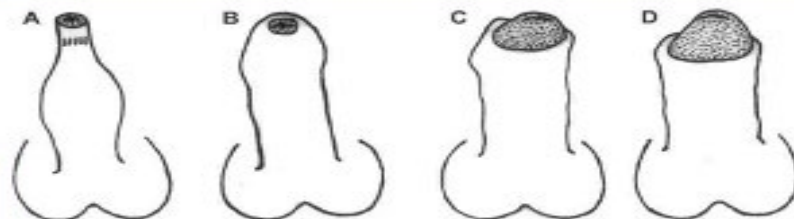
APARÊNCIA DO ANEL PREPUCIAL



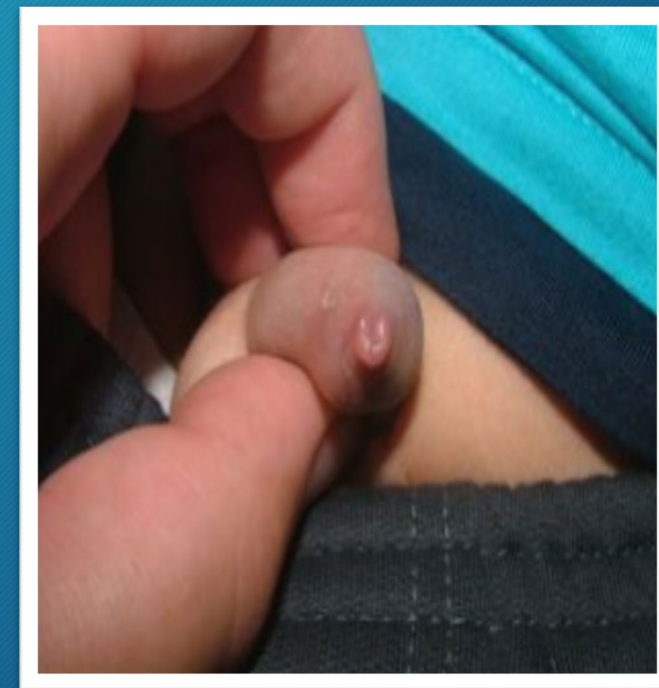
A	Redundante - Mobilidade + ABP
B	+ Mobilidade Ligeira + Meato Uretral + ABP
C	Glande (30-50)% + ABP
D	Glande (50-100)% + ABP - SBP
E	Glande 100% - ABP + SBP

Classificação de Kayab (1996)

APARÊNCIA DO ANEL PREPUCIAL

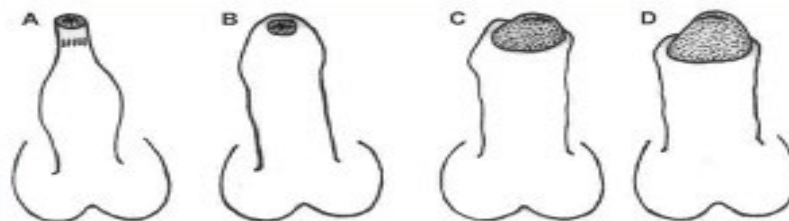


A	Redundante - Mobilidade + ABP
B	+ Mobilidade Ligeira + Meato Uretral + ABP
C	Glande (30-50)% + ABP
D	Glande (50-100)% + ABP - SBP
E	Glande 100% - ABP + SBP



Classificação de Kayab (1996)

APARÊNCIA DO ANEL PREPUCIAL

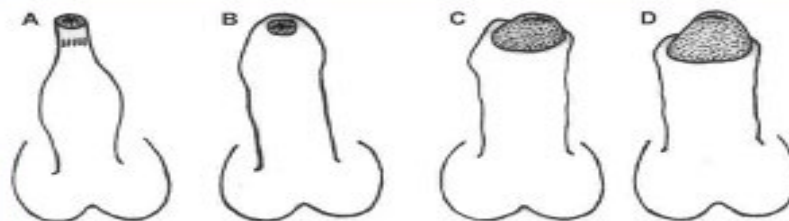


A	Redundante - Mobilidade + ABP
B	+ Mobilidade Ligeira + Meato Uretral + ABP
C	Glande (30-50)% + ABP
D	Glande (50-100)% + ABP - SBP
E	Glande 100% - ABP + SBP



Classificação de Kayab (1996)

APARÊNCIA DO ANEL PREPUCIAL

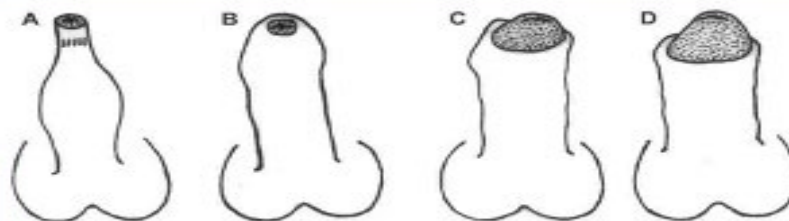


A	Redundante - Mobilidade +/- ABP
B	+ Mobilidade Ligeira + Meato Uretral + ABP
C	Glande (30-50)% + ABP
D	Glande (50-100)% + ABP - SBP
E	Glande 100% - ABP + SBP

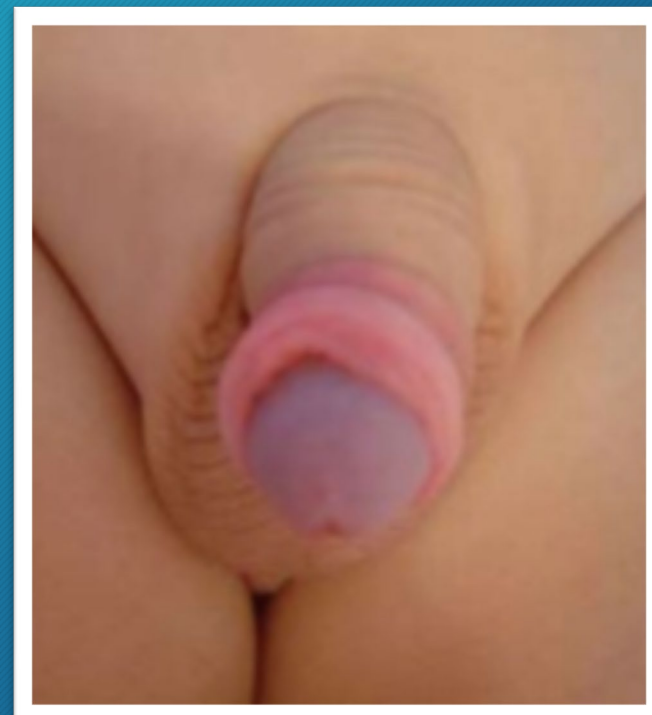


Classificação de Kayab (1996)

APARÊNCIA DO ANEL PREPUCIAL

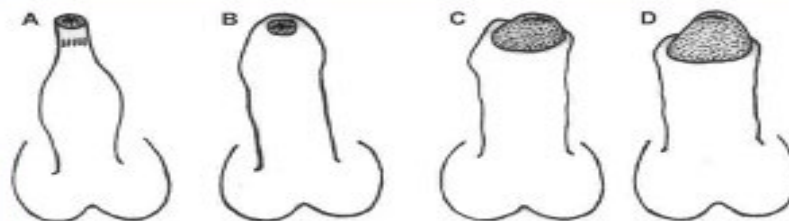


A	Redundante - Mobilidade + ABP
B	+ Mobilidade Ligeira + Meato Uretral + ABP
C	Glande (30-50)% + ABP
D	Glande (50-100)% + ABP - SBP
E	Glande 100% - ABP + SBP



Classificação de Kayab (1996)

APARÊNCIA DO ANEL PREPUCIAL



A	Redundante - Mobilidade + ABP
B	+ Mobilidade Ligeira + Meato Uretral + ABP
C	Glande (30-50)% + ABP
D	Glande (50-100)% + ABP - SBP
E	Glande 100% - ABP + SBP

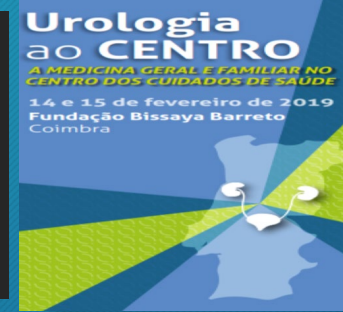


FIMOSE FISIOLÓGICA

Estreitamento congénito do anel prepucial, por adesividade do prepucio á glande pela lâmina ou lama balanoprepucial (ABP), sem qualquer doença adquirida e com impossibilidade temporaria de retracção parcial ou total do prepucio sobre a glande do penis

EPIDEMIOLOGIA

**Urologia
ao CENTRO**
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra



Retração Prepucial	
Idade	% - Retractilidade Prepucial
R.N.	4%
6 M	20%
2A	80%
3A	90%
5A	94%
17A	99%

ETIOLOGIA

Aderências BP
Freio Curto
Prepúcio Redundante
Anel Prepucial Estreito

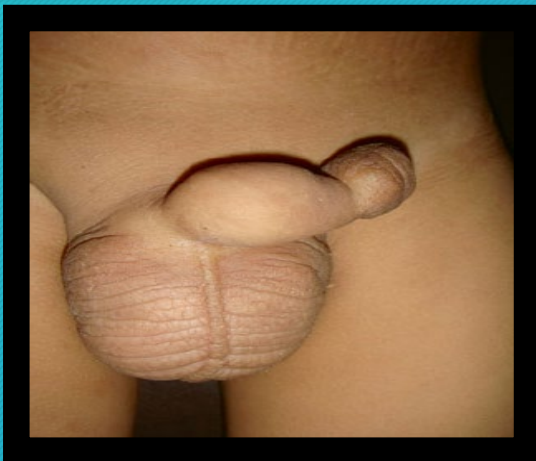
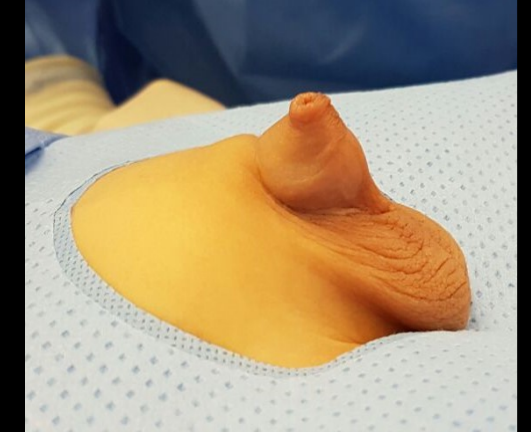


DIAGNOSTICOS DIFERENCIAIS

Urologia
ao CENTRO
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra



Macropostia
Linfedema Congénito
Pénis Sepulcro
Micropenis



DIAGNOSTICO

Urologia
ao CENTRO
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

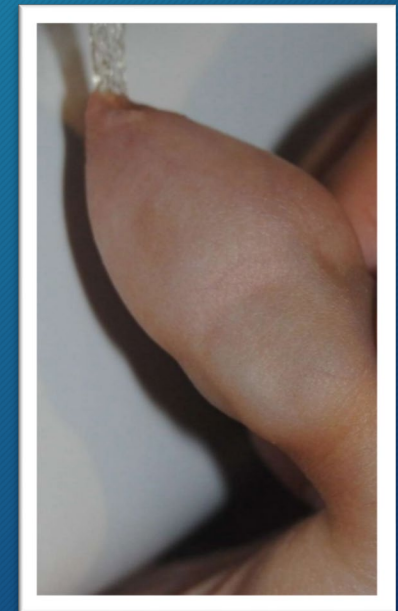
CLÍNICO

Observação cuidada em ambiente com privacidade,
tranquilo e com gestos suaves

NUNCA FORÇAR

Importante observar uma micção

Balão Miccional Não é Patológico



TERAPÊUTICA

**Urologia
ao CENTRO**
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra



TRANQUILIZAÇÃO DOS PAIS

VIGILÂNCIA

(NÃO EXISTE “CUT-OFF” ETARIO PARA A RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA)

PATOLOGIA SUBJACENTE PRIORITARIA

TERAPÊUTICA

CONSERVADORA

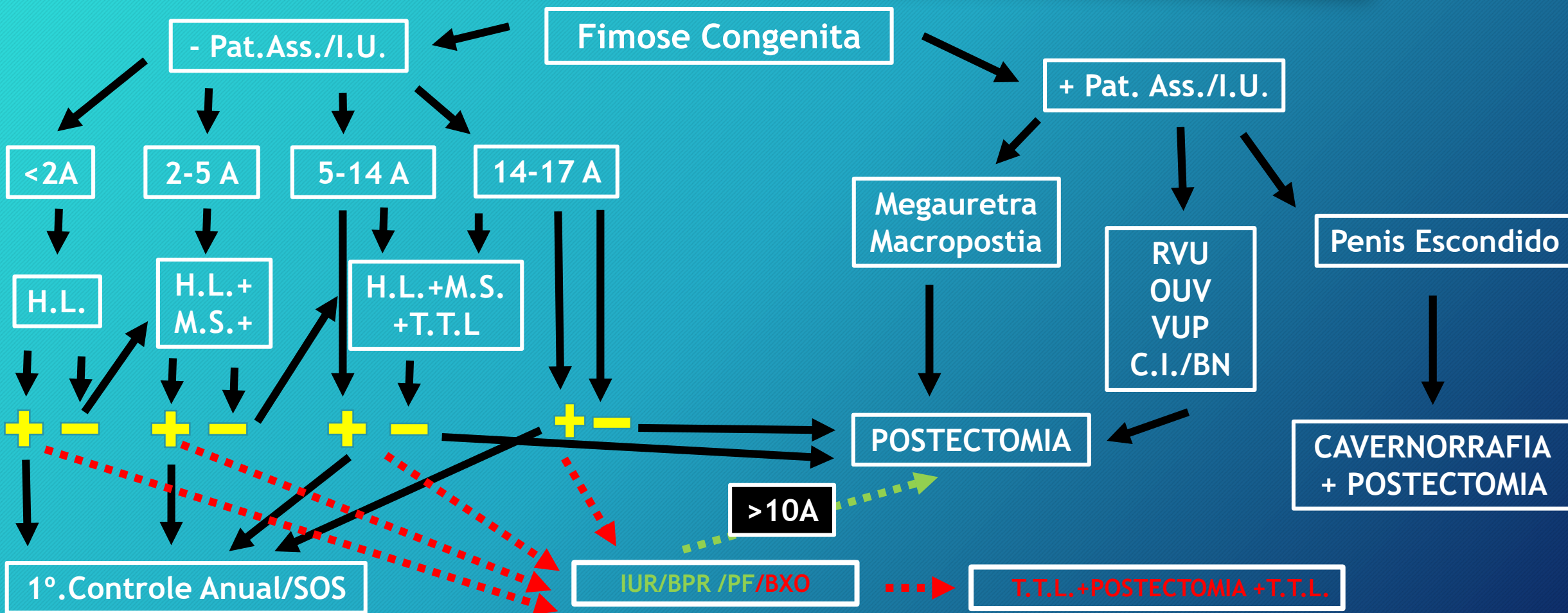
REDUZ HEMORRAGIA AGUDA
REDUZ INFEÇÃO POST.OP
REDUZ ESTENOSE MEATO

CIRG.- POSTECTOMIA

REDUZ SENSIBILIDADE EROGENA
REDUZ INCD. CANCRO DO PENIS
REDUZ INC.D DSTs(PAPIL., HIV, H.S)
REDUZ I.U./B.P. R.

PRESERVAÇÃO DA FUNÇÃO PROTETORA (GLANDE E MEATO) E COSMÉTICA DO PREPUCIO

TERAPÊUTICA



TERAPÊUTICA

**Urologia
ao CENTRO**
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra



**T.T.L -DIPROPIONATO DE BETAMETASONA + GENTAMICINA - POMADA
(DIPROGENTA - POMADA) : 2.i.d./tópica - 2+2M**

**T.T.L.: ACETONIDA DE TRIANCINOLONA+NEOMICINA+GRAMICIDINA+NISTATINA-
POMADA (OMCILON AM - POMADA):
2.i.d./tópica - 3+1M**

FIMOSE PATOLÓGICA

Estreitamento iatrogénico ou adquirido do anel prepucial que impede a retração e higienização do mesmo, por fibrose cicatricial secundária a retrações forçadas ou balanopostites de repetição.

EPIDEMIOLOGIA

**Urologia
ao CENTRO**
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra



No R.N./Lactente é exclusivamente observada como complicação de postectomia parcial ou hemorragia e infecção local post. Postectomia.

Incidência Anual 4/10000 _ 0,6% aos 15 anos

ETIOLOGIA



- **Manipulações Forçadas e Entusiásticas(FF)**
 - Deficit Higiene Local(BR)
 - **Balanopostites de Repetição**
 - Balanite Xerótica Obliterante
 - Diabetes Mellitus(BP)
- Cateterismos Vesicais Intermitentes(BN)
- **Postectomias Parciais/Postoplastias**

DIAGNÓSTICO

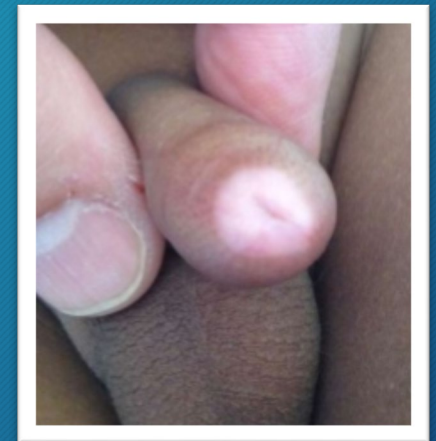
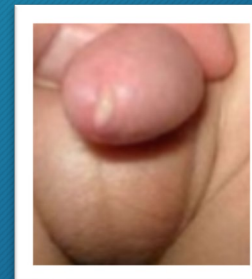
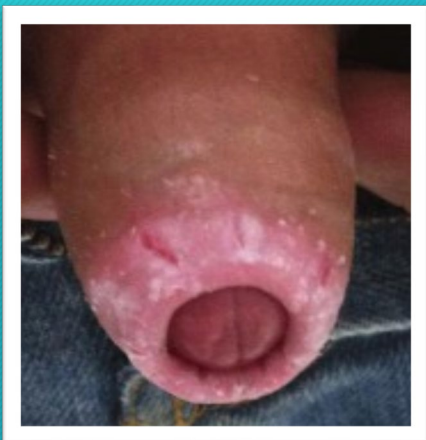
SINTOMAS

- DOR E IRRITAÇÃO LOCAL
- EREÇÃO DOLOROSA
 - DISURIA
 - POLAQUIURIA
 - ENURESE
- RETENÇÃO URINARIA

DIAGNÓSTICO

SINAIS

- ABERTURA PREPUCIAL ESTREITA
- ANEL PREPUCIAL FIBROTICO E BRANCO
 - FISSURAS
 - SANGRAMENTO LOCAL
 - HEMATURIA
- ESTENOSE DO MEATO URETRAL(BXO)
- LESÕES GLANDULARES(BXO)



TERAPÊUTICA



POSTECTOMIA



IND.ABSOLUTA

IND.RELATIVA

TTL

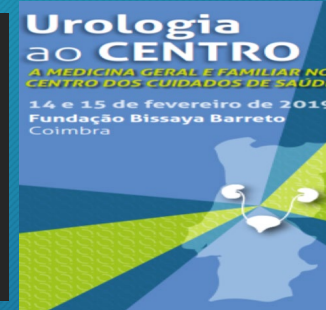


- **BALANITE XEROTICA OBLITERANTE**
- **BALANOPOSTITES RECORRENTES**
- **I.U. REPETIÇÃO**

- **STATUS POST PARAFIMOSE**
- **PREPUCIO REDUNDANTE**

BALANITE XEROTICA OBLITERANTE (BXO)

**Urologia
ao CENTRO**
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra



**DERMATITE CRONICA ATROFICA (LIQUEN
ESCLAROSO ATROFICO) DA PELE/MUCOSA DO
PREPÚCIO, GLANDE, MEATO, FREIO E URETRA.**

ETIOLOGIA

**Urologia
ao CENTRO**
*A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE*
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

DESCONHECIDA

DIAGNÓSTICO

CLINICA

PAPULAS ERITEMATOSAS SIMPLES OU MULTIPLAS __ MACULAS __ PLACAS ATROFICAS NA GLANDE, COM EXTENSÃO AO PREPUCIO (ABP INTENSAS, APAGAMNETO DO SBP E F.) E ESTENOSE DO MEATO URETRAL

CLINICA TEM MENOS FALSOS NEGATIVOS NA F.P.(11%) /F.F.(47%)

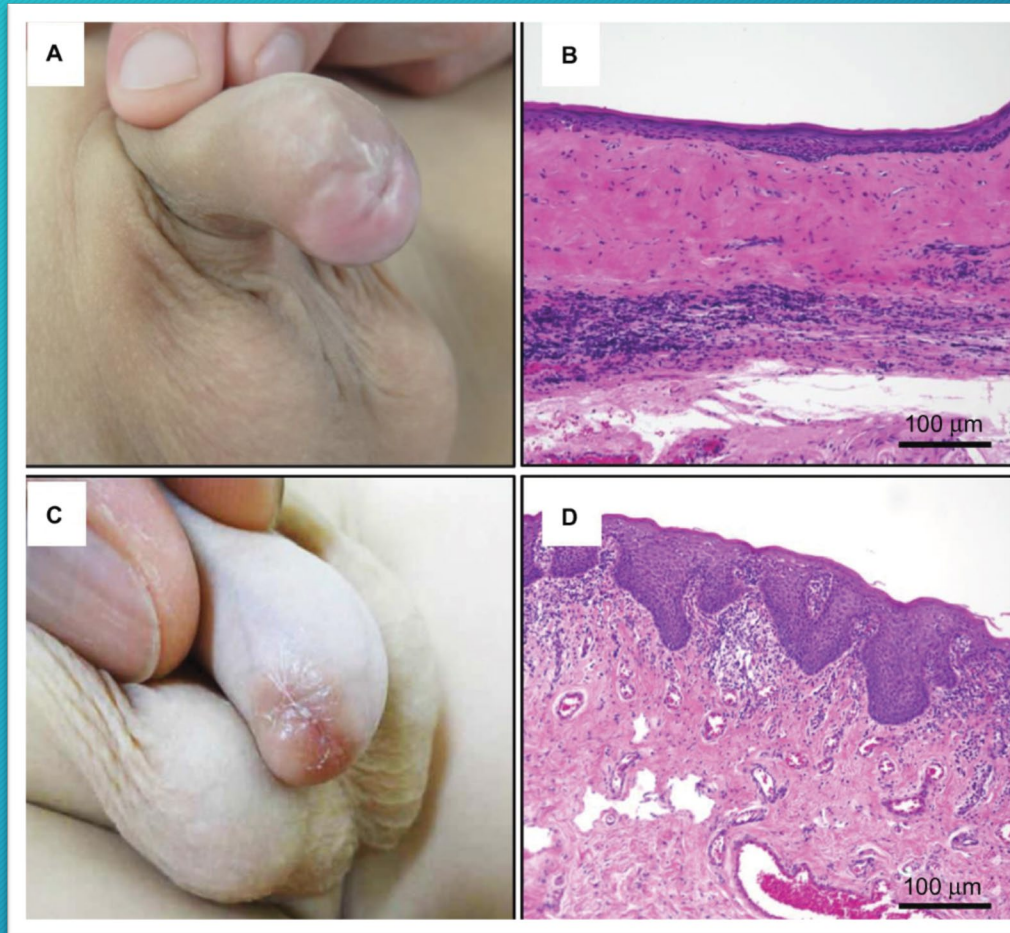
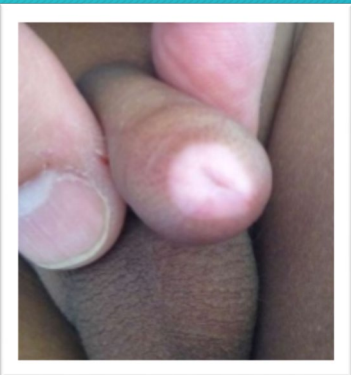
A BXO PODE OCORRER NA CRIANÇA COM F.F., COM MAX. INCIDÊNCIA 9 -11 A.

ANAT. PATOLOGICA

DIAGNÓSTICO



CLINICA



ANAT. PATOLOGICA

TERAPÊUTICA

T.T.L.(PRE.OP. - 2.i.d./tópica/3M)+POSTECTOMIA-DILATAÇÕES/
MEATOPLASTIA /URETROPLASTIA + T.T.L (POS.OP. - 1M)

T.T.L.: ACETONIDA DE
TRIANCINOLONA+NEOMICINA+GRAMICIDINA+NISTATINA-
POMADA (**Omcilon-AM pomada**)

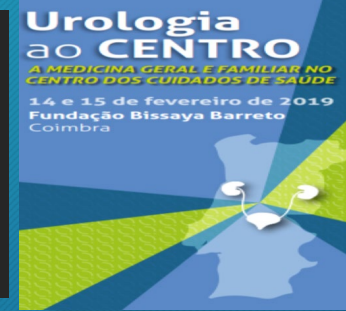
T.T.L _ ↓ ABP 17% -30%

PARAFIMOSE

SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM QUE UM PREPUCIO FIMOTICO, NÃO POSTECTOMIZADO OU PARCIALMENTE POSTECTOMIZADO APOS RETRACÇÃO SOBRE A GLANDE DO PENIS ATÉ AO SULCO BP, FICA IMPOSSIBILITADO DE VOLTAR AO POSICIONAMENTO NORMAL, FORMANDO A ESSE NIVEL UM ANEL CONSTRICTIVO MUITO VINCADO, COM EDEMA DA GLANDE, REDUÇÃO DO FLUXO ARTERIAL DISTAL E RISCO DE NECROSE ISQUEMICA DA GLANDE E PREPUCIO DISTAL.

FIMOSE/PARAFIMOSE

**Urologia
ao CENTRO**
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra



**FIMOSE É A CAUSA E A PARAFIMOSE UMA
CONSEQUÊNCIA**

ETIOLOGIA

- MOBILIZAÇÕES PREPUCIO
- CATETERISMOS URETRAIS
 - CISTOSCOPIA
 - PIERCING´S
 - ATO SEXUAL

DIAGNOSTICO

CLINICO

- DOR LOCA INTENSA
- GLANDE GLOBOSA, AZULADA/NEGRA E FIRME



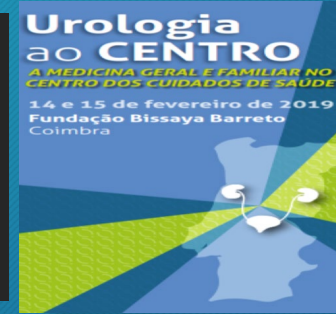
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- ANGIOEDEMA AGUDO
- DERMATITE DE CONTATO ALERGICA
 - CELULITE
 - BXO
- TORNIQUETE DE CORPO ESTRNHO (cabelo, linha, elástico, ...)
 - PICADA DE INSETO
 - HEMATOMA DO PENIS



TERAPÊUTICA

**Urologia
ao CENTRO**
A MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO
CENTRO DOS CUIDADOS DE SAÚDE
14 e 15 de fevereiro de 2019
Fundação Bissaya Barreto
Coimbra

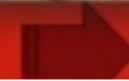


- **EMERGÊNCIA CIRURGICA (UROLOGICA)**

- REDUÇÃO DO PREPUCIO Á POSIÇÃO NATURAL SOBRE A GLANDE DO PENIS APÓS MANIPULAÇÃO REDUTORA DO EDEMA DA GLANDE E PREPUCIO DISTAL

TERAPÊUTICA CONSERVADORA

DIGITOPRESSÃO



CASO CLINICO

7A, CAUCASIANO, F.F. - GRAU-V (KIKIROS) / A (KAYAB), DIPROGENTA POMADA (2.I.D./TOPICA/2+2 M)



T.T.L.
2M



T.T.L.
2M

