



CONDUÇÃO DA FIMOSE EM PEDIATRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

FICHA TÉCNICA

Dário Jorge Giolo Saadi
Prefeito Municipal de Campinas

Lair Zambon
Secretário Municipal de Saúde

Deise Fregni Hadich
Secretária Adjunta de Saúde

Mônica Regina Prado de Toledo Macedo Nunes
Diretora do Departamento de Saúde

GRUPO DE TRABALHO / REVISOR - 2025

Andréa Maria Campedelli Lopes
Departamento de Saúde
Médica Pediatra

Maria Fernanda Costa Haddad
Hospital Municipal Mário Gatti
Médica Cirurgiã Pediátrica

Renato Luís Giampietro Bonfá
Hospital Municipal Mário Gatti
Médico Cirurgião Pediátrico

SUMÁRIO

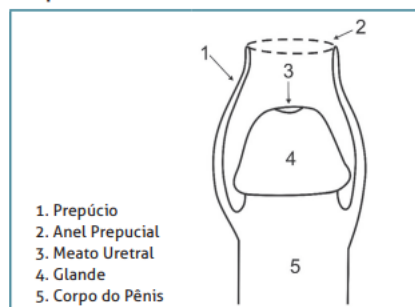
| | |
|--|----------|
| 1. O QUE É FIMOSE? | 4 |
| 2. TIPOS DE FIMOSE | 5 |
| FIMOSE PRIMÁRIA OU FISIOLÓGICA | 5 |
| FIMOSE SECUNDÁRIA OU PATOLÓGICA | 6 |
| 3. TRATAMENTO CLÍNICO DA FIMOSE: QUANDO E COMO? | 6 |
| 4. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FIMOSE: QUANDO? | 7 |
| 5. PONTOS IMPORTANTES! | 7 |
| 6. BIBLIOGRAFIA | 7 |

1. O QUE É FIMOSE?

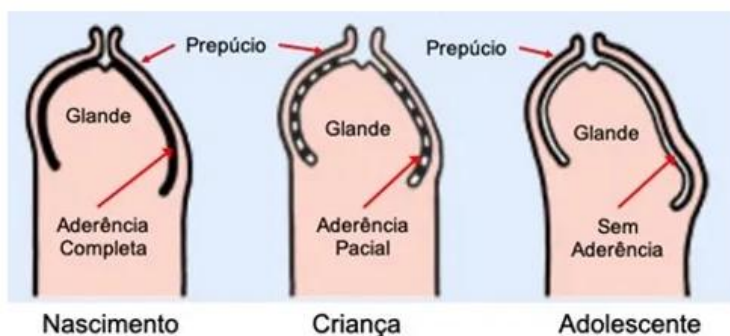
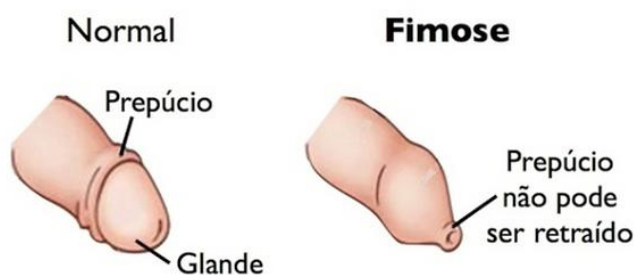
Fimose é o excesso de pele que recobre o pênis dificultando que a glânde (cabeça do pênis) seja exposta. É uma situação comum na prática pediátrica.

Cursa com a presença de um estreitamento prepucial distal, devido a um anel fibroso que dificulta ou impossibilita a exposição da glânde.

Figura 1. Esquema anatômico do pênis e seus componentes



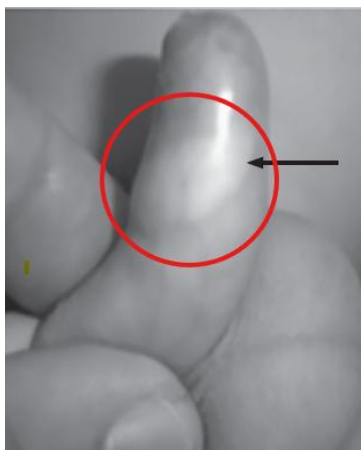
Esquema didático



Ao nascimento, cerca de 96% dos meninos apresentam o prepúcio (pele que recobre o pênis) aderido à glânde (cabeça do pênis). Essa aderência é normal, fisiológica, e irá se soltar lentamente durante os primeiros anos de vida.

Por volta dos quatro anos, 90% dos meninos já terão o prepúcio completamente descolado da glânde. (SBP) No entanto, alguns ainda permanecem com alguma aderência por mais tempo, o que na grande maioria dos casos não representa um problema, pois irá descolar em algum momento.

Durante esse processo é comum que se formem pequenas “massas esbranquiçadas” entre o prepúcio e glânde, parecendo um cisto (cisto de esmegma). Isso é normal e faz parte do processo fisiológico de melhora da aderência, não estando relacionado à infecção.



Cisto de esmegma

Essa situação é considerada normal e não tem necessidade de qualquer tratamento ou massagem.

A massagem, muitas vezes orientada por alguns médicos e familiares, **NÃO** deve ser feita, pois pode causar dor, sangramento e pequenas rachaduras (machucados) no prepúcio, que irão cicatrizar e podem piorar a fimose (tornar o local mais endurecido).

2. TIPOS DE FIMOSE

A fimose pode se apresentar em dois tipos:

Fimose primária ou fisiológica

Ocorre na fase embrionária, e se resolve espontaneamente com o crescimento da criança. Segundo estudos, apenas 1% das crianças adolescentes mantêm a fimose até os 17 anos (MS).

É a situação mais comumente verificada e trata-se de aderências entre a glândula e o prepúcio que se desfazem naturalmente com o tempo.



Fimose primária ou fisiológica

Fimose secundária ou patológica

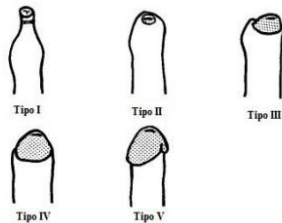
É definida como prepúcio verdadeiramente não retrátil secundário a cicatrizes do prepúcio distal, com anel fibroso esbranquiçado e contraído e não distensível. Esse tipo de fimose é frequentemente associada aos seguintes sintomas: balanopostites recorrentes, prepúcio não retrátil após período de retratibilidade quando mais jovem, sangramento do orifício prepucial, disúria, ereção dolorosa e “balonamento” do prepúcio durante a micção resolvido apenas com compressão manual.



Estreitamento prepucial levando a balonamento as micções

Os **tipos de fimose** também se apresentam em graus diferentes:

Classificação de Kayaba:



I: ausência total de retração prepucial

II: exposição do meato uretral externo

III: retração parcial com exposição do ápice da glândula ao seu meio

IV: exposição acima da coroa da glândula com aderências prepuciais

V: exposição completa da glândula à retração

3. TRATAMENTO CLÍNICO DA FIMOSE: QUANDO E COMO?

Vários estudos têm demonstrado resultados satisfatórios com a utilização de corticóide tópico para o tratamento da fimose. A betametasona tem sido o corticóide mais utilizado na prática clínica, associada ou não com a Hialuronidase.

Com o tratamento clínico sendo realizado de forma adequada, com assiduidade e técnica correta, evidenciam-se taxas de sucesso até 95% com um período terapêutico em torno de oito semanas de aplicação, duas vezes ao dia, sem a ocorrência de efeitos colaterais relevantes.

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

Obs: São opções de corticóide 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 corticóide sobre o outro.

4. TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FIMOSE: QUANDO?

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 corticóide tópico (mesmo esquema descrito acima).

Não havendo resolução com o tratamento conservador, o paciente deve ser encaminhado para Cirurgia Pediátrica, para avaliação quanto a realização de tratamento cirúrgico.

5. PONTOS IMPORTANTES!

- A fimose do recém nascido é um processo fisiológico e apresenta alta probabilidade de resolução espontânea, principalmente nos três primeiros anos de vida.
- “Massagens” exercidas sobre o prepúcio com o intuito de favorecer a exposição da glândula devem ser evitadas pelo risco de causar fibrose local e agravar o processo.
- Crianças acima de três anos de idade que ainda têm fimose devem ser avaliados quanto ao tratamento tópico inicialmente.
- As indicações de cirurgia mais comuns são a fimose patológica congênita, infecções prepúciais (balanopostite) ou urinárias de repetição, e ocorrência de parafimose.

6. BIBLIOGRAFIA

1. [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23978c-DC -
_Fimose tratam Clinico x Tratam Cirurgico.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23978c-DC_-_Fimose_tratam_Clinico_x_Tratam_Cirurgico.pdf)
2. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_Uropediatria-Final.pdf
3. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17137/tde-14022005-094035/publico/tese.pdf>
4. <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/ty6FX5T4MsqfrBbwvJPdWtm/?format=pdf&lang=pt>
5. <https://portaldaurologia.org.br/publico/dicas/97-dos-meninos-nascem-com-fimose/>
6. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008973.pub2/full>
7. <https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-o-manejo-da-fimose-em-criancas/>