

A CIRCUNCISÃO RITUAL E CORRECÇÃO PLÁSTICA DA FIMOSE

MARIA JOSÉ LEAL, JAIME MENDES

Serviço de Cirurgia Pediátrica. Hospital D. Estefânia. Hospital de Santa Maria. Lisboa

RESUMO

Os AA. descrevem duas variantes da sua técnica pessoal de plastia do prepúcio para tratamento da Fimose. Utilizam uma variante da técnica de Duhamel, incidindo a face dorsal do prepúcio em S itálico nos casos em que o anel estenosante é moderado e permite um deslizamento com exposição da glândula. Nos casos de Fimose muito acentuada ressecam *ad minima* o prepúcio e fazem uma plastia YV na face dorsal e se necessário uma pequena excisão da pele ventral excedente. Em ambas as técnicas conseguem um bom resultado estético, muitos dos casos operados são difíceis de distinguir dum prepúcio normal. As plastias com conservação do prepúcio tendem a ser as mais utilizadas na cultura europeia contemporânea, onde os motivos rituais desapareceram e os hábitos de higiene se instalaram. Salvo por motivos religiosos ou indicações médicas precisas (diabetes, lesões dermatológicas, etc.) a correção da Fimose por técnicas mutilantes tende a desaparecer.

SUMMARY

Ritual circumcision and foreskin plasty for phimosis treatment

The AA. describe two variations of their personal technique of foreskin plasty for Phimosi treatment. They utilize a variation of Duhamel procedure, with incision of foreskin dorsal face in italic S in cases where the striction ring is moderate and allows a slipping with glanular exposure. They resected *ad minima* the foreskin in the cases of very serious Phimosi and make a YV plasty on the dorsal face, and if necessary a small excision *a la demande* of the remaining ventral skin. They achieve a good aesthetic result in both techniques and most of operated cases are hard to distinguish from a normal foreskin. The plasties with foreskin maintenance tend to be used in the modern european culture, where the rites disappeared and hygienic habits gained roots. With the exception of religious reasons or strict medical indications (diabetes, skin lesions, etc.) the phimosis repair by mutilation procedures tends to disappear.

HISTÓRIA

A circuncisão foi, sem dúvida, a primeira intervenção cirúrgica na história da cirurgia pediátrica. As primeiras operações remontam pelo menos a 15.000 anos; desenhos de homens circuncidados foram encontrados em escavações da época do Paleolítico e baixos-relevos gravados no túmulo de Ankh-Mahor no antigo Egipto, datados de 2400 A.C., mostram o ritual da circuncisão.¹

A fimose é uma anomalia muito frequente; como medida geral de higiene, a circuncisão tornou-se necessária para obviar às complicações infecciosas e limitativas à capa-

cidade reprodutiva. Esta prática tornou-se obrigatória, como ritual iniciático social e/ou religioso. Fig 1²

A circuncisão tem um papel de primeiro plano nas múltiplas cerimónias iniciáticas, é um dos hábitos humanos mais espalhados; foi praticada pelos Fenícios, Aztecas, Maias, Aborígenes da Austrália*, Abissínios, Polinésios, etc... e ainda hoje é praticada entre os Árabes, Judeus e Abissínios.¹ Só os povos Indo-Germânicos, Mongóis e as tribos Ugro-Finesas** parecem ter ignorado esta prática até aos tempos modernos.²

Diversas análises foram feitas para interpretar culturalmente os rituais de ferimento ou amputação simbólicos, em que os actos cirúrgicos praticados não se dirigiam ao tratamento ou prevenção da doença, tais como a circuncisão, clitoridectomia, incisão do pénis, fibulotomia, etc...³

A circuncisão na tradição judaico-cristã tem a sua origem na Bíblia no livro da Génesis, Gn 17, quando Abraão foi circuncidado aos 99 anos na aliança com Deus. - Deus disse a Abraão: *Da tua parte, cumprirás a Minha Aliança, tu e*

* Estes povos praticavam como complemento da circuncisão, a incisão do pénis isto é a abertura da uretra desde o meato até à junção com o escroto com fins contraceptivos. Esta prática deveria trazer consequências gravíssimas, o facto de assim não o ser deve-se provavelmente que nas condições da vida primitiva esta operação fosse praticada simplesmente por meio de um sílex bem talhado

** Tribos que ocuparam a Finlândia, Lapónia, Estónia, Hungria e territórios pertencentes à ex-URSS



Fig. 1

a tua descendencia, nas futuras gerações. Eis o pacto estabelecido entre Mim e vósque tereis que respeitar: todo o homem entre vós, será circuncidado. Circuncisareis a carne do vosso prepúcio, e este será o sinal do pacto entre Mim e vós

O indivíduo do sexo masculino incircunciso, aquele que não tiver sido circuncidado na sua carne, será afastado do meio do seu povo por ter violado a Minha aliança.- Génesis 17.⁴

Na tradição muçulmana o ritual data da circuncisão de Ismael, o filho mais velho de Abraão, que foi circuncidado com 13 anos pelo seu pai.⁴

A cristianização estendida aos povos sem tradição da prática da circuncisão, rompeu claramente com este rito judaico pela voz de S.Paulo: - *A circuncisão na verdade aproveita, se guardares a lei; mas se fores transgressor da lei, a tua circuncisão se converteu em prepúcio. Pois se o incircunciso guardar os preceitos da lei, não é verdade que o seu prepúcio será reputado como circuncisão?* - *Epístola de S.Paulo Apóstolo aos Romanos, Capítulo 2*

Várias técnicas e instrumentos cirúrgicos foram utilizados através dos séculos, desde as facas descritas na bíblia até à faca de duplo gume, conhecida por *Izmels*, com lado protector para não cortar a glândula. As grandes complicações eram as hemorragias, as infecções e as lesões da glândula, sobretudo nos recém-nascidos. Para diminuir essas complicações uma variedade de clampes foram desenvolvidos sobretudo nos Estados Unidos - Gomco clamp em 1930 e o Plastibell em 1960.¹ Durante a Segunda Guerra Mundial, com a perseguição aos Judeus, a circuncisão passou a ter um estigma racial, o que nos leva a crer que a isto se deve o aparecimento de outras técnicas de correcção da fimose.

INTRODUÇÃO

A fimose caracteriza-se por um orifício prepucial estreito que impede que se descubra a glândula. Fig. 2. A pele prepucial é completamente retractil apenas em 4% dos recém-nascidos, em 25% aos 6 meses, em 50% ao ano e 80% aos 2 anos. Qualquer intervenção antes dos 2 anos é, em princípio desnecessária.^{1,5,6}



Fig. 2 — Fimose

Muitas vezes, as aderências balano-prepuciais confundem-se com fimose.^{7,8} Elas são normais no feto e consistem na junção de dois folhetos epiteliais, que se vão libertando.¹ É frequente persistirem no sulco da glândula até aos primeiros repuxamentos aquando dos cuidados de higiene. Estas aderências provocam a retenção de esmegma predispondo a episódios de balanopostite.^{5,9} É necessário libertá-las até ao sulco balano-prepucial de forma a descobrir a glândula, permitindo uma higiene correcta. As aderências libertam-se por repuxamento progressivo e firme do prepúcio, que desembaraça os depósitos esbranquiçados de esmegma. A glândula lava-se com soro fisiológico, envolve-se com pomada ou óleo de vaselina e volta a cobrir-se com o prepúcio, este tratamento deve ser rápido e eficaz. São preferíveis duas ou mais sessões e em caso de malogro mais vale não insistir, de modo a não traumatizar a criança.

É indispensável mostrar aos pais como se faz a retracção do prepúcio, que a devem repetir todos os dias, no momento do banho, pelo menos durante duas a três semanas. Com êxito, surpreende observar uma certa negligência num órgão tão orgulhosamente estimado e raramente bem lavado.^{5,10} Na falta destes cuidados é preciso explicar-lhes que a recidiva será certa. Nunca se deve fazer um repuxamento forçado, devido ao risco da parafimose.

A parafimose é uma complicação da fimose pouco apertada. A glândula fica estrangulada pelo anel prepucial fixo no sulco balano-prepucial. É necessário agir com urgência pois, caso contrário, pode provocar uma grave necrose do prepúcio habitualmente sem ameaça para a glândula, mas com um processo, de cicatrização extremamente longo.⁵

Muitas fimoses que necessitam de ser operadas são adquiridas, quer por gestos intempestivos dos agentes de saúde, repuxamento forçado, manobras instrumentais brutais, dilatação pela pinça, por exemplo, quer por infecções que expõem à fissuração da mucosa e à estenose cicatricial do orifício prepucial.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS

A circuncisão clássica ou ritual consiste em ressecar todo o prepúcio cutâneo e mucoso até dois milímetros da

glande. *Fig 3.*^{11,12} deixando uma glânde permanentemente descoberta, em que o freio poderá ou não ser respitado. *Fig. 4*

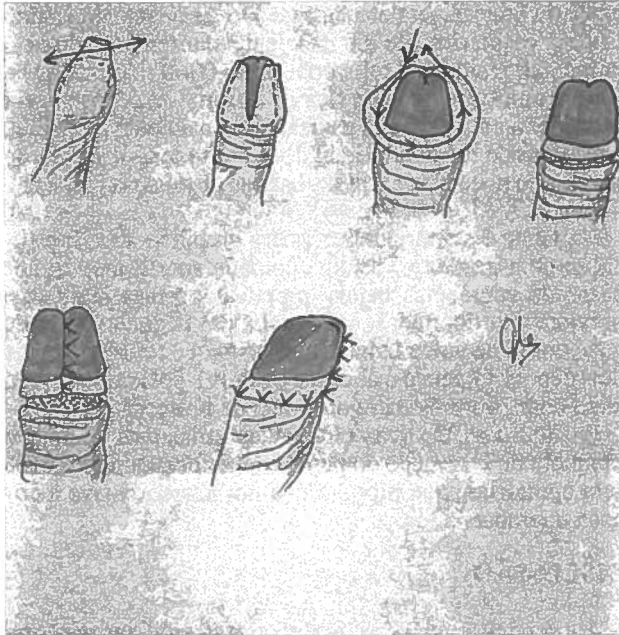


Fig. 3 — Circuncisão ritual ou clássica de Ombredane

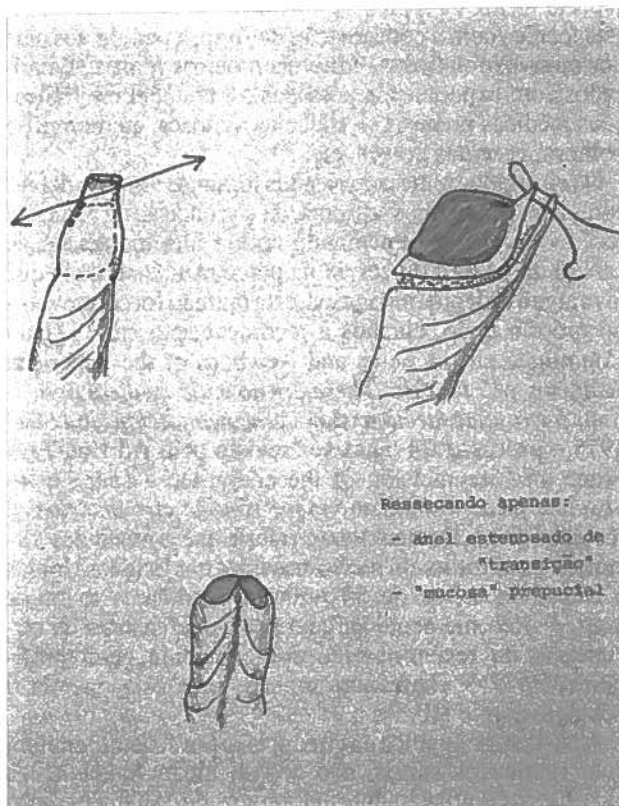


Fig. 4 — Circuncisão clássica respeitando o freio

Diversas outras técnicas foram desenvolvidas para a correção da fimose, no sentido de conservar a pele prepucial,^{13,14,15} embora a apreciação estética acerca da manutenção ou não da pele seja ainda hoje controversa.

A plastia dorsal do prepúcio (técnica de Duhamel) consiste numa incisão longitudinal dorsal seguida de sutura transversal. *Fig. 5*^{5,8}

Numerosas variantes deste princípio têm sido usadas podendo-se agrupar nas plastias em Z, ou nas incisões desencontradas tornando a pele expansível.

As técnicas por nós utilizadas baseiam-se neste grupo.

Foi nossa intenção desenvolver uma técnica fácil que simplificasse ao máximo a sua execução, podendo ser praticada por um principiante e resultasse um aspecto esteticamente sobreponível a um pênis não operado.

A plastia dorsal em S itálico do prepúcio consiste numa incisão longitudinal em S, feita após repuxamento do prepúcio sobre a zona de aperto deste (*fig 6*). Esta incisão não deve atingir o sulco balano-prepucial mas pode estender-se sobre a pele até que o prepúcio deslize facilmente.

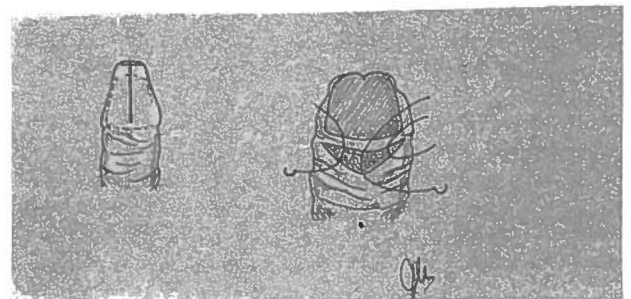


Fig. 5 — Plastia dorsal do prepúcio. Técnica Duhamel

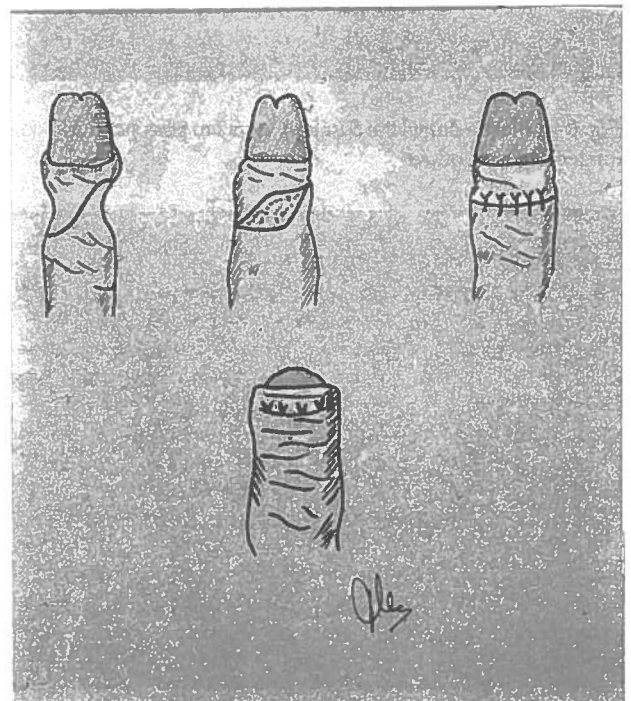


Fig. 6 — Plastia dorsal em S itálico técnica pessoal

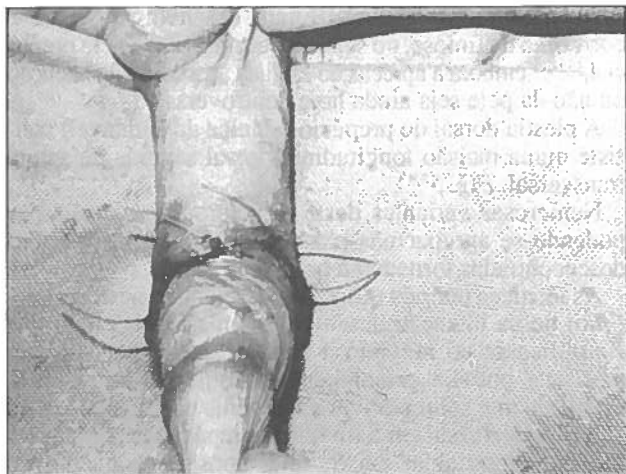


Fig. 7 — Plastia dorsal em S itálico aspecto operatório



Fig. 8 — Plastia dorsal em S itálico. Aspecto pós operatório com retração do prepúcio

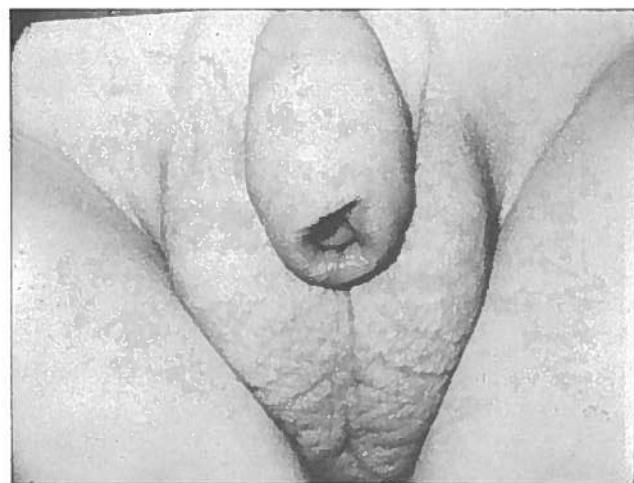


Fig. 9 — Plastia em S itálico. Aspecto pós operatório com prepúcio reduzido

A sutura é feita transversalmente com plain 0000, após ter desfeito todas as bridas da submucosa. Fig. 7, 8, 9

A plastia em Y V consiste numa incisão em Y na zona de aperto prepucial na face dorsal do pénis, levando o braço do V até à incisão cutanea tão longe quanto necessário Fig 10 o que permite um excelente alargamento do anel prepucial, a sutura é feita com plain 0000. Nos casos de fimose muito apertada ou cicatricial torna-se aconselhável proceder a uma pequena excisão prévia da pele prepucial. Nos casos de braço proximal do Y muito longo, excisar se necessário pequenos excessos laterais de mucosa prepucial. Fig 11, 12, 13, 14, 15

A glande é sempre coberta pelo prepúcio após lubrificação com gordura (vaselina/pomada anestésica) ou nos casos de aderências balano-prepuciais muito marcadas, previamente libertadas, colocamos um pequeno colar de gaze gorda no sulco balano-prepucial que retiramos 3 a 4 dias depois. O penso é aberto e o pénis é posicionado para cima com compressa engordurada de protecção.

Em todas as técnicas efectuadas utilizamos sempre o bloqueio da inervação do pénis com bupivacaina a 0,25% sem epinefrina, que proporciona um acordar suave à criança operada.

DISCUSSÃO

A circuncisão clássica ao deixar a glande permanentemente descoberta, é frequentemente motivo de queixas por ulcerações e/ou estenoses do meato uretral, e devemos convir que o resultado estético é, por vezes deplorável se a sutura cutaneo-mucosa não for extremamente minuciosa, especialmente na região submeática. Continuamos a usar esta técnica com a conservação do freio, a pedido dos pais por motivos religiosos, culturais e outros (pais traumatizados com experiencias passadas); e também em indicações médicas precisas — diabetes, ictioses, epidermolise bolhosa, eczemas graves, etc...¹⁶

Os cirurgiões norte-americanos foram os grandes defensores a partir dos anos sessenta, da circuncisão de rotina no recém-nascido, argumentando com a alta incidência de cancro do pénis e do cervix na parceira sexual, ideia que teve alguns adeptos na Europa, esta opinião foi controversa no próprio meio, citamos a recomendação em 1971 do Committee on the Fetus and Newborn of the American Academy of Pediatrics *There are no valid medical indications for routine circumcision in the neonatal period.*¹ Em 1975 o processo foi outra vez revisto pelo Ad Hoc Task Force on Circumcision of the committee - *There is no absolute medical indications for routine circumcision of the newborn.*¹ É interessante referir que o custo das circuncisões de rotina em recém-nascidos nos Estados Unidos é calculado acima de 50 milhões de dólares todos os anos.^{1,17} Recentemente surgem novos defensores da circuncisão do recém-nascido como medida geral profilática,^{18,19,20,21,22} chamando também para esta querela o contágio com o HIV²³

A posição dogmática da circuncisão por sistema, embora com renovados surtos, não colheu ainda fundamentos científicos completamente autonomizados da sua tradição ritualista. Na Europa a circuncisão é encarada, apenas como atitude terapêutica fora de certos grupos religiosos.

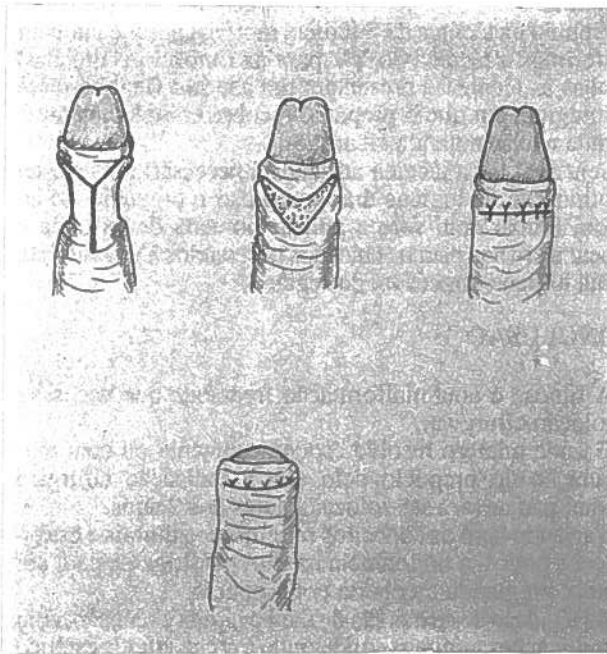


Fig. 10 — Plastia dorsal em Y V. Técnica pessoal

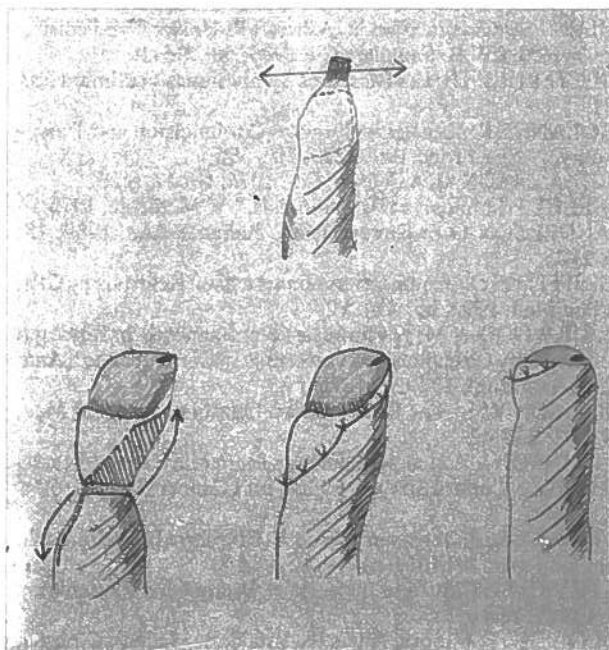


Fig. 11 — Plastia dorsal em Y V em fimose cicatricial. Excisão prévia de anel prepucial e complementar de pequenos excessos laterais de mucosa prepucial

Surpreendentemente surgem descritas técnicas para a reconstrução do prepúcio em circuncidados²⁴ e os psiquiatras descrevem síndromas de castração nesta população²⁵.

A incisão dorsal (técnica de Duhamel) é extremamente inestética deixando frequentemente um excesso de pele,



Fig. 12 — Plastia em Y V. Aspecto operatório

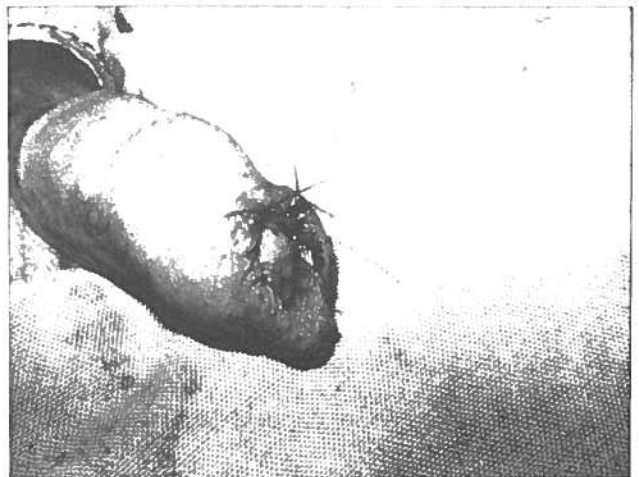


Fig. 13 — Plastia em Y V. Aspecto operatório

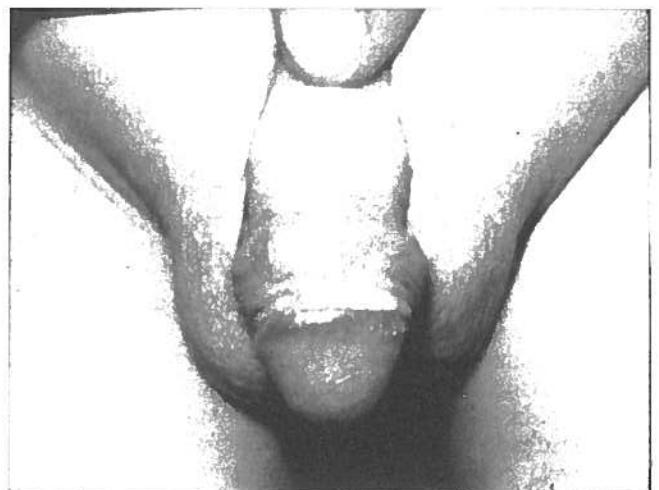


Fig. 14 — Plastia em Y V. Aspecto pós operatório com retração do prepúcio

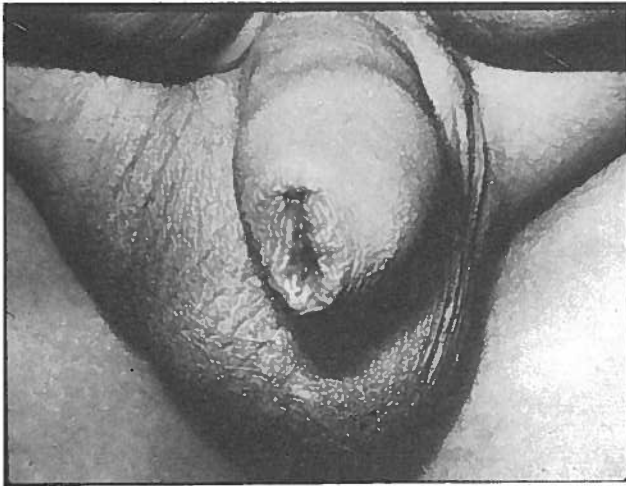


Fig. 15 — Plastia em Y V. Aspecto pós operatório com prepúcio reduzido

na zona ventral do pênis, sobretudo nos casos de fimose muito acentuada.

A plastia longitudinal do pênis, não respeita os princípios gerais da cirurgia plástica e se não fôr suficientemente extensa conduz algumas vezes a um aperto do prepúcio, que é bastante desanimador.

As técnicas que descrevemos são utilizadas desde 1978 pelos autores e por muitos outros cirurgiões. Calculamos em alguns milhares o número de doentes operados por estas duas técnicas.

A **plastia dorsal em S itálico** está indicada nos casos de fimose moderada, que não foi resolvida pelo repuxamento continuado do prepúcio ou nos casos em que este procedimento não foi executado por carencia familiar. Nos casos de fimose muito acentuada esta técnica obriga a um grande prolongamento da incisão, sendo o resultado final pouco estético, com conseqüente excesso de pele lateral e ventral.

A **técnica em YV** obvia este inconveniente, dando um avanço de pele mediano e simétrico e oportunidade de correção dos pequenos excessos laterais. Ligciramente mais elaborada e demorada é contudo a técnica indicada para todos os casos de fimose, com melhores resultados estéticos mesmo nos casos de fimose muito acentuada. É a técnica que preconizamos para os indivíduos de raça negra, visto que com a técnica do S itálico resulta uma assimetria de cor muito deselegante entre o contraste do vermelho da mucosa com o negro cutâneo.

Qualquer delas pode ser utilizada para o tratamento cirurgico da parafimose, quando pelas manobras mecânicas habituais a redução do anel estrangulante do prepúcio não for conseguido.

Em ambas as técnicas a hemorragia é desprezível sendo raro a necessidade de proceder a laquações, a execução é fácil e rápida, o pós-operatório com complicações mínimas, o resultado é muito bom, sendo na maioria dos casos impossível reconhecer os sinais de intervenção decorridos 6 meses da operação.

Quanto às complicações (hemorragias e estenoses), o seu número é diminuto calculado por amostragem dos casos pessoais em cerca de 1%. Um número mais elevado

apresenta edema moderado do prepúcio no pós operatório sobretudo na técnica do S itálico, motivos porque também preferimos a técnica do YV para as fimoses acentuadas. Ambas as técnicas apresentam um aspecto final bastante fisiológico, em que o prepúcio recobre completamente a glande não se notando cicatrizes.

Seja qual for a técnica utilizada é necessário insistir na continuação da higiene diária: repuxar o prepúcio até ao sulco, limpar com soro e aplicar pomada de vaselina e educar a criança para os cuidados necessários à manutenção duma higiene impecável da região.

CONCLUSÃO

A fimose é uma malformação frequente que necessita resolução cirurgica.

Grande número resolve espontaneamente ou com manipulação do prepúcio pelo que a indicação cirurgica formal não deverá ser colocada antes dos 2 anos.

Variando com os conceitos religiosos, culturais e estéticos dos povos, a preferência na Europa dirige-se para um pênis com glande recoberta por prepúcio.

As técnicas descritas são de fácil e rápida execução, com complicações mínimas conduzindo a um resultado estético em que a intervenção cirúrgica é dificilmente reconhecida.

BIBLIOGRAFIA

1. GLEN F A: Circumcision in: Ashcraft K, Holder TM.: Pediatric Surgery, 2ª ed. W.B. Saunders Cie 1993; 58: 715-20
2. BETTELHEIM B: Les Blessures Symboliques. Gallimard Ed., 1971
3. BOLANDE R: Ritualistic Surgery -Circumcision and Tonsillectomy, N Eng J Med 1969; 280: 591-595
4. BIBLIA SAGRADA. Verbo. Ed., 1976; Gn 17, p.26
5. MELET J: Phimosis et Paraphimosis. Vie Médicale, 1975;14
6. ANDERSON G F: Circumcision. Pediatric Ann, 1989; 18: 205-210
7. GRIFFITHS D: Inappropriate Circumcision Referrals by GPs, J R Soc Med, 1992, 85: 324-5
8. RICKWOOD A M: Is Phimosis Overdiagnosed in Boys and Are Too Many Circumcisions Performed in Consequence?, Ann. R Coll Surg Engl, 1989, 71: 275-7
9. ROBSON W L: The Circumcision Question, Postgrad Med, 1992, 91: 237-42
10. BRINTON L A et al: Risk Factors for Penile Cancer: Results From a Case-Control Study in China, Int J Cancer 1991, 47: 504-9
11. BROCA A: Phimosis in: Broca A. Chirurgie Infantile, ed.G. Steinheil Paris, 1914;II Partie -VII:1084-8
12. FEVRE M: Chirurgie Infantile et Orthopédie. Flammarion Paris 1967; 850
13. COELHO F: Fimose, Anais Paulista de Medicina e Cirurgia, 1971; Vol.XCVIII:1
14. WAHLIN N: Triple Incision Plasty. A Convenient Procedure For Preputial Relief, Scand J Urol Nephrol 1992; 26: 107-10
15. HE Y: Balloon Dilatation Treatment of Phimosis in Boys, Chin Med J, 1991, 104:491-3
16. FAKJIAN N: An Argument for Circumcision. Prevention of Balanitis in the Adult, Arch Dermatol, 1990, 126: 1046-7
17. LARSEN G L: Postneonatal Circumcision: Population Profile, Pediatrics, 1990, 85: 808-12
18. GUEYE S M: Cancer of the Penis. Epidemiological Aspects and Therapeutic Problems in Senegal, J Urol, 1992, 98:159-61
19. PEC J JR et al: Squamous Cell Carcinoma of the Penis. Analysis of 24 Cases., Int Urol Nephrol 1992; 24:193-200

20. LAFFERTY P M et al: Management of Foreskin Problems, Arch Dis Child 1991, 66:696-7
21. TAN LB et al: Clinical Analysis of Penile Cancers among Chinese in Taiwan, Taiwan I Hsuch Hui Tsa Chid 1990; 89: 66-9
22. WISWELL et al: Circumcision in Children Beyond the Neonatal Period, Pediatrics, 1993; 92: 791 Id. Ed. Port. 1993; 1:822
23. SCHOEN E: Circumcision Updated-Indicated?, Pediatrics 1993; 92:860 Id. Ed. Port., 1993; 1: 833
24. SCHOEN E: Uncircumcision: A Technique for Plastic Reconstruction of a Prepuce after Circumcision J Urol 1991; 146: 1619
25. MOHL P C et al: Prepuce Restoration Seekers: Psychiatric Aspects, Arch Sex Behav 1981; 10: 383-93