



# Balanopostites

## DAVID JACQUES COHEN

Titular da Sociedade Brasileira de Urologia | SP  
Assistente do setor de Urologia do Hospital Brigadeiro | SP

### Introdução

A balanite se caracteriza pela inflamação da glândula. Quando acomete o prepúcio simultaneamente (maioria dos casos) o quadro denomina-se balanopostite (BP). Cerca de 11% dos atendimentos em clínicas especializadas são decorrentes de BP<sup>1</sup>. A etiologia é dividida essencialmente em 3 categorias: infecciosas; inflamatórias e pré neoplásicas.

A tabela 1 resume as principais etiologias das BP.

Sem dúvida alguma a causa infecciosa é a mais frequente em nosso meio e destas, a infecção fúngica é a mais prevalente representando até 35% dos casos<sup>2</sup>. Neste capítulo abordaremos as balanopostites infecciosas apenas, pelo fato de representarem a maior parte da prática clínica do urologista.

### Modo de transmissão e fatores de risco

A principal via de transmissão das BP é o contato sexual. No entanto, Alsterholm

**Tabela 1** ▶ Etiologia das balanopostites

Infecciosas	Inflamatórias	Pré Neoplásicas
Candida albicans	Liquen plano	Eritroplasia de Queyrat
Streptococcus	Liquen escleroatrófico	Doença de Bowen
Staphylococcus	Balanite de Zoon	Papulose bowenóide
Anaeróbios	Dermatite atópica	
HPV	Eczema	
Treponema pallidum	Psoríase	
Mycoplasma; Trichomonas		

et al. <sup>3</sup> analisaram a colonização peniana de 26 pacientes controles e encontraram a presença de *Candida albicans* em 7.7% e de *Phitosporos* (forma fúngica precoce) em 23%. Desta maneira, a descompensação diabética, uso de imunossupressores (ex.: corticoides) ou uso prévio de antibióticos para processo infeccioso em outra localidade pode levar a queda de imunidade e aparecimento da BP.

Homens não circuncidados constituem o principal fator de risco para desenvolvimento das BP devido a maior dificuldade para higiene local, efeito local do smegma e de condições propícias para o desenvolvimento do processo inflamatório, como calor e umidade <sup>4</sup>. No entanto, homens circuncidados também podem desenvolver balanopostite.

Segundo estudo de Lisboa et al. <sup>2</sup>, Diabetes mellitus é a principal comorbidade associada as BP e esteve presente em 76% dos casos confirmados microbiologicamente. Destes 10% corresponderam a manifestação inicial da doença. Outros fatores de risco são: obesidade, idade acima de 40 anos e promiscuidade. A tabela 2 resume os principais fatores de risco associados.

### Diagnóstico

A queixa principal se baseia no trinômio: prurido, eritema e ardor na região da glande. Disúria distal e sintomas sistêmicos como febre baixa e mal estar não são comuns, mas podem estarem presentes. Outros sintomas urinários e uretrorragia geralmente não estão associados. Na anamnese deve ser investigada ainda a duração dos sintomas, tratamentos locais e sistêmicos eventualmente já utilizados, vida sexual, hábitos de higiene local, comorbidades, medicamentos em uso e se este é primeiro episódio ou não.

Uma boa maneira de direcionar o exame físico é separar as alterações em agudas e crônicas e

**Tabela 2**

Fatores de risco
Ausência de circuncisão
Diabete Mellitus
Idade maior 40 anos
Obesidade
Imunossupressão
Uso prévio de ATB
Promiscuidade

classifica-las quanto á intensidade do quadro em: leve, moderadas e intensas. As alterações agudas clássicas consistem em eritema generalizado da glande e prepúcio associada a uma descamação da região que confere um aspecto ao pênis denominado “toilet paper” (Figura-1). Nos casos mais intensos exsudato esbranquiçado e fissuras no prepúcio estão presentes (Figura-2). Sinais de

**FIGURA 1**



FIGURA 2



alterações crônicas consistem em processo inflamatório crônico em glande e prepúcio com presença de fimose em graus avançados, podendo ocorrer até estenose do meato uretral (Figura-3).

A maioria dos estudos demonstram que na prática clínica o diagnóstico de BP é feita apenas pelo quadro clínico<sup>5</sup>. A coleta de material para realização de micológico direto, cultura fúngica e bacteriana é extremamente controversa. Se por um lado, as manifestações clínicas são variadas e não se correlacionam com o agente etiológico específico, por outro lado os exames para pesquisa fúngica apresentam falso-negativos de até 36%<sup>2</sup>, mesmo com condições de coleta em níveis ideais. Além disso, alguns autores advogam que o crescimento bacteriano não seria um fator a ser considerado uma vez que há presença de bactérias na flora normal da glande<sup>6</sup>. Na opinião deste autor não se deve postergar o tratamento e este deve ser feito baseado apenas no quadro clínico do paciente. No entanto, se for possível deve-se colher material para pesquisa fúngica e bacteriana que pode vir a ser útil em

casos de persistência após tratamento inicial. Exames complementares como hemograma, glicemia de jejum, Hb glicada, urina tipo I e sorologia para DSTs devem ser sempre solicitados para exclusão de quadros de imunossupressão, diabetes mellitus e doenças sexualmente transmissíveis associadas.

### Tratamento

Não existe consenso quanto à terapêutica das BP infecciosas. Orientações gerais como manter a região seca, sem limpeza excessiva (evitar trauma mecânico) e não usar sabonetes e anti-sépticos são recomendadas como forma de não perpetuação do processo inflamatório local. O tratamento antifúngico específico pode ser realizado de forma tópica, via oral ou terapia combinada. Geralmente utiliza-se como opção via oral o Fluconazol 150mg em dose única, com tratamento concomitante da parceira. O emprego de 1 dose de 150mg 1x semana de 3 a 4 semanas é realizado de forma empírica

FIGURA 3



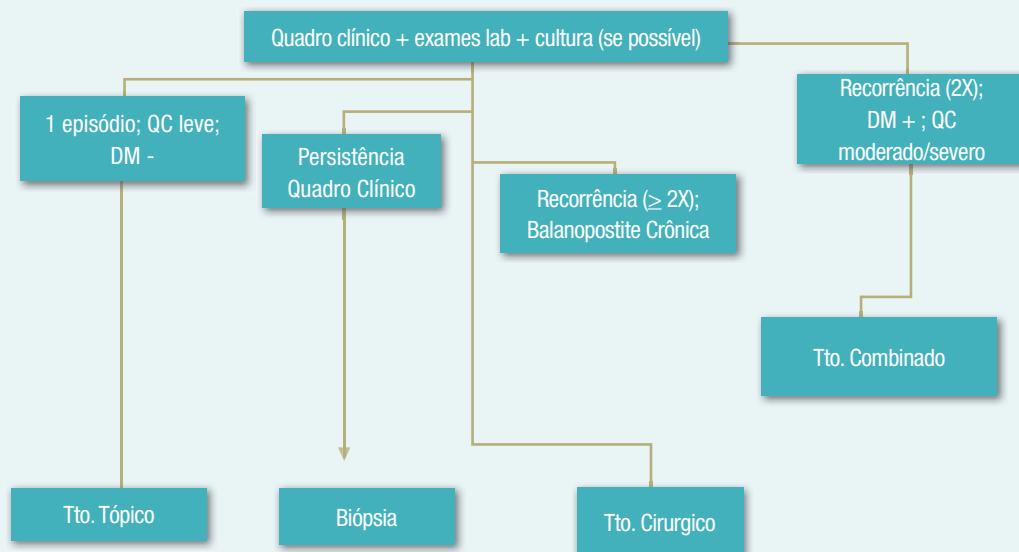
em casos refratários. Outros antifúngicos como Itraconazol e Clotrimazol também podem ser utilizados e em geral se reservam aos casos refratários. O tratamento via oral exclusivo é utilizado por apenas 5% dos médicos <sup>2</sup>. O tratamento tópico é realizado por 35% dos médicos atendentes e deve ser realizado por 10-14 dias com aplicação de 12/12 horas. Os antifúngicos locais mais utilizados são: Cetoconazol e Clotrimazol. O uso concomitante de corticoides locais pode ser utilizados com o intuito de diminuição do processo inflamatório, no entanto deve-se ter cautela, pois a diminuição da imunidade local pode levar ao aparecimento de doenças subclínicas não diagnosticadas, como por exemplo HPV. O tratamento tópico exclusivo é reservados para aqueles pacientes com quadro clínico leve, sem comorbidades associadas e que apresentam a infecção pela primeira vez. Pacientes com quadros clínicos de moderados a intenso, portadores de diabetes mellitus ou com história de recorrência devem ser tratados com a terapia combinada. Sem dúvida o tratamento combinado é o mais utilizado pela maioria dos médico (60%). O uso de permanganato de potássio e água oxigenada não tem respaldo científico, mas é utilizado por alguns médicos na prática clínica. Recentemente Gonzalvo <sup>7</sup> et al. publicaram um estudo randomizado prospectivo com 50 pacientes portadores de BP, no qual 20 pacientes foram submetidos a tratamento com solução salina e 30 pacientes foram tratados com uma solução denominada de “água de 3 sulfatos” (sulfato de zinco, cobre e potássio de alumínio). Após o término do tratamento os dois grupos foram comparados com relação á melho-

ra clínica de exudado, eritema, edema, e prurido. Houve diferença estatística para o grupo da água 3 sulfatos apenas com relação ao exudato, no restante dos parâmetros não houve diferença entre os grupos.

A recorrência ocorre em 13% dos casos, principalmente em pacientes diabéticos. Além do desconforto que traz ao paciente, BP de repetição podem levar a alterações penianas crônicas e irreversíveis. Desta forma, pacientes com mais de 2-3 episódios de BP infecciosa e com exclusão de outras etiologias devem ser submetidos a postectomia. O tratamento cirúrgico leva a resolução do quadro em quase 100% dos casos, pois retira o prepúcio doente que perpetua o processo inflamatório/infeccioso. Outra indicação de postectomia é a presença de alterações penianas crônicas, como por exemplo fimoses severas que impeçam exposição da glândula.

Na persistência do quadro clínico após tratamento adequado é mandatório a coleta de material (quando disponível) de secreção glandular para exame micológico e bacteriológico. Bactérias anaeróbias e menos frequentes como *Chlamydia tracomatis*, *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis* devem ser pesquisadas. Outras causas de persistência do quadro clínico são: HPV de apresentação atípica que deve ser pesquisada com exames moleculares e sífilis (balanopostite de Follman) que ode ser confirmada através dos exams sorológicos. O mais importante na persistência do quadro clínico e na dúvida diagnóstica é a de sempre realizar a biópsia para excluir uma eventual lesão pré maligna. A Figura-04 sugere um algoritmo para abordagem das balanopostites infecciosas.

**FIGURA 4** ▶ Algoritmo para tratamento das balanopostites infecciosas



## REFERÊNCIAS

1. Edwards S. Balanitis and balanoposthitis: a review. *Genitourin Med* 1996;72:155–159.
2. Lisboa et al. *International Journal of Dermatology* 2009,48,121–124.
3. Alsterholm M et al. Frequency of bacteria, candida and malassezia species in balanoposthitis. *Acta Derm Venereol* 2008,88:331-336.
4. Johnson RA. Diseases and disorders of the male genitalia. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al., eds. *Dermatology in General Medicine*, 5th edn. New York: McGraw-Hill, 2003:1092.
5. Dockerty WG, Sonnex C. Candidal balano-posthitis: a study of diagnostic methods. *Genitourin Med* 1995;71:407–409.
6. Clinical Effectiveness Group. National Guideline for the management of balanitis. *Sex Transm Infect* 1999;75 (Suppl. 1):S85–S88.
7. Gonzalvo et al. Estudio clínico de la eficacia del «agua de 3 sulfatos» en la balanitis y la balanopostitis. *Actas Urológicas Espanolas* 2014;677:1-4.