
Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juíza de Direito Dra. Maria Isabela Freire Cardoso

PROCESSO Nº.: 433180008818

SECRETARIA: 1ª UJ - 2º JD

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: V. F. S.

IDADE: 39 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Procedimento/exame complementar dilatação uretral semanal

DOENÇA(S) INFORMADA(S):

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Estenose difusa da uretra devido a BXO (Balanite Xerótica Obliterante)

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 38.436

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2017.000524

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicito informações acerca do insumo pretendido, a patologia apresentada, bem como sobre o tratamento prescrito e a competência para o seu fornecimento.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatório médico datado de, 22/02/2018, trata-se de VFS de 39 anos, com diagnóstico de Balanite Xerótica Obliterante evidenciada a uretrocistografia miccional. Este exame mostra estenose difusa de uretra peniana mais acentuada no segmento bulbar, onde apresenta um anel e dilatação a montante da uretra. Encontra-se em internação de urgência necessitando do procedimento ambulatorial/hospitalar sob sedação com dilatação uretral por tempo ilimitado.

A Balanite Xerótica Obliterante (BXO), é o termo histórico para líquen escleroso que afeta a genitália masculina. É, também conhecida como líquen

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

escleroso atrófico ou líquen escleroso peniano. Trata-se de uma dermatose inflamatória caracterizada por uma resposta linfocítica com predileção para a pele da genitália de ambos os sexos, de caráter cíclico, crônico e progressivo relativamente comum. **A pele da genitália pode adquirir uma característica esclerosante, com diminuição da elasticidade tornando endurecida, dando origem aos quadros específicos no homem de BXO e na mulher de craurose vulvar.** No indivíduo do sexo masculino pode comprometer a glândula, o prepúcio, o meato uretral e toda a extensão da uretra anterior, já na mulher na mulher acomete a vulva.

Sua incidência e prevalência exata são difíceis de estimar, por ser uma doença muitas vezes desconhecida. Estudos relatam incidência de 0,07% e prevalência de 1:300 a 1:1000, com distribuição semelhante dos 2 a 90 anos, com exceção do dobro da incidência observada na 3ª década de vida. Negros e hispânicos apresentam incidência duas vezes superior à verificada em brancos, assim como homens não circuncidados ou com circuncidados incompletamente também apresentam uma maior incidência da BXO.

A despeito de ser considerada uma doença autoimune, a etiologia do líquen escleroso permanece ainda incerta. Há muitas evidências que sugerem o processo autoimune envolvido na sua patogênese como o aumento de incidência de anticorpos de tecidos específicos e associação a outras doenças autoimunes. Já a associação com antígenos da classe II HLA. sugere a presença de fatores genéticos. Durante anos pensou-se que BXO fosse uma consequência de infecções sexualmente transmissíveis, no entanto essa hipótese foi excluída e a doença não é considerada e assim não requer a necessidade de se evitar o contato físico entre pessoas.

As lesões características são mais claras que a pele, de aspecto atrófico (a pele fica fina) e apresentando pequeninos pontos endurecidos nos poros, podendo haver descamação em alguns casos. O tamanho costuma variar de poucos milímetros a vários centímetros. Nas regiões genitais, as lesões costumam ser bem brancas, podendo simular vitiligo. A variação do aspecto

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

das lesões é grande, desde de uma leve descoloração focal, até o acometimento agressivo, que atinge rapidamente a glândula e uretra, podendo causar degradação do trato urinário, transtornos sexuais e redução da qualidade de vida. No homem, sua localização mais frequente é a glândula, que inicialmente se apresenta com manchas esbranquiçadas. Com o passar do tempo, estas manchas assumem aparência de mosaico, com característica esclerosante, fazendo com que a pele perca sua elasticidade e se torne endurecida. Nestas fase, frequentemente, acometem o meato uretral e, algumas vezes, estendendo-se à fossa navicular. Macroscopicamente, apresenta-se como uma lesão esbranquiçada, endurecida com edema local, especialmente ao longo da pele em direção à glândula do pênis, suavizando o entalhe entre a glândula e o eixo do pênis, dando a aparência de fusão da pele do pênis para a cabeça do pênis, a chamada de fimose, e/ou abertura uretral mais para a superfície inferior do pênis com endurecimento e estreitamento da uretra. Os homens que desenvolvem com essa forma debilitante, geralmente apresentam uma ou mais anormalidades como erosões da glândula, fissuras e estenose do meato uretral. Histologicamente é comum observar atrofia da epiderme com homogeneização do colágeno associada à infiltração linfocitária e histiocitária. **Os sintomas clínicos incluem dor, prurido, ereções dolorosas e retenção urinária por obstrução uretral. O prurido é muito comum, principalmente nas mulheres.** Em até 20% destes homens ocorre estreitamento da uretra como consequência. **comprometimento o meato uretral ou a uretra anterior, o paciente passa a apresentar sintomas urinários obstrutivos**, como jato urinário fino, esforço miccional e sensação de esvaziamento vesical incompleto, os quais podem ser confundidos com os sintomas causados pelas doenças de origem prostática.

O diagnóstico é feito através do exame clínico. Em alguns casos, pode haver necessidade de realização de biópsia. As biópsias estão indicadas na diferenciação do carcinoma epidermóide (CEC) do pênis e outras condições atípicas, assim como no acompanhamento clínico quando há

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

modificações nas características e comportamento da lesão. Em todos os casos de líquen escleroso, existindo preocupação clínica com o envolvimento uretral, a uretoscopia e a uretrografia retrógrada são obrigatórias .

A BXO está associada a inflamação destrutiva, fimose, doença da estenose uretral e CEC. **Por se tratar de uma doença que pode preceder, coexistir ou progredir para carcinoma epidermoide do pênis, ou seja, por representar fator de risco conhecido para o câncer e que seja estabelecido um acompanhamento rigoroso da sua evolução.**

Não existe um tratamento consistente para BXO. O tratamento depende da gravidade da lesão e consiste na aplicação de cremes tópicos à base de esteroides, esteroides injetáveis, laser de dióxido de carbono e cirurgia. O tratamento tem como objetivo a recuperação máxima da estética e da funcionalidade do pênis. Nas lesões cutâneas é feito com corticosteróides, testosterona ou progesterona tópicos, sobre a forma de cremes ou pomadas, de acordo com cada caso., porém os esteróides tópicos parecem ser os mais eficazes nesses casos. A duração do tratamento é geralmente longa, devendo-se ter perseverância no uso das medicações para se obter os melhores resultados. Tratamentos sistêmicos têm sido usados apenas para casos graves, sem resposta, ou para aqueles que são intolerantes aos corticosteróides tópicos de alta potência. A disestesia peniana pode responder a uma dose baixa de antidepressivo tricíclico ou gabapentina. A crioterapia, a fototerapia ultravioleta, o laser de dióxido de carbono, o laser de pulsação e a injeção subcutânea de álcool absoluto também foram tentados com sucesso nas fases mais tardias, quando já ocorreu algum comprometimento esclerótico da pele. Os inibidores tópicos de calcineurina, pimecrolimus e tacrolimus, têm sido utilizados com sucesso, mas sua segurança a longo prazo não foi estabelecida. Nesta fase inicial I, quando há acometimento restrito a glândula e /ou prepúcio, com pele doente redundante, a circuncisão pode ser benéfica. No entanto, em muitos casos, a circuncisão pode levar a deficiência da pele dificultando abordagens cirúrgicas posteriores. **Quando a doença progride**

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

para uretra, fase II a necessidade de abordagem pelo urologista é obrigatória. Estreitamentos uretrais são difíceis de gerenciar e o urologista deve objetivar restaurar a integridade da genitália afetada e permitir a micção miccional normal através de um meato glandular apical. Assim é necessário avaliar primeiro a uretra e depois discutir as opções de tratamento. O teste inicial é uma calibração simples do tamanho da abertura da uretra, que é medida com facilidade e sem dor usando instrumentos chamados Bougies, seguida da cistoscopia. Se houver algum estreitamento que impeça a fácil passagem do escopo, a ureterografia deve ser realizada visando avaliar a exata extensão, localização e gravidade da doença da estenose. Em geral, o processo fibrótico é tenaz e tende a aumentar inexoravelmente em comprimento e gravidade, criando uma placa uretral de baixa qualidade. **Os tratamentos cirúrgicos são geralmente necessários para a estenose obstrutiva da uretra ou ereção dolorosa e relação sexual dificultada.** Na presença de estenose do meato ureteral o tratamento tradicional, de primeira linha consiste em dilatação periódica da uretra com a aplicação de emolientes ou esteróides tópicos ou meatotomia a depender de cada caso. A dilatação é um tratamento de caráter ambulatorial, feito pela introdução de sondas de calibre progressivo na uretra, sob anestesia local. **É um procedimento doloroso**, que tem como objetivo tentar dilatar o tecido fibrótico da área estreitada, aumentando o diâmetro interno do canal uretral. **Requer acompanhamento contínuo e repetição da manobra visando estabilizar a correção.** Isso é importante pois o tecido cicatricial tende a se contrair, sendo necessárias sessões repetidas para um resultado duradouro. O tratamento pode ser empregado como forma de tratamento inicial em estenoses curtas e leves, ou mesmo no período pós-cirúrgico para estabilização do segmento operado. O tratamento com laser tem sido também usado com relativo sucesso, mas não é o tratamento padrão. O melhor tratamento para estenoses muito curtas é meatotomia ou meatotomia estendida que geralmente, é suficiente para a resolução dos sintomas. As

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

meatotomia ventral ou V-meatoplastia dorsal tem sido associadas a reestenose pela doença e as de interposição ou meatotomia estendida tem sido aconselhadas. A natureza frequentemente extensiva da BXO a disponibilidade limitada de fontes de pele não peniana e a aceitação da micção em uma posição de agachamento tornam a uretostomia perineal definitiva uma opção de tratamento viável. Em pacientes idosos, sem sucesso no uso de múltiplos reparos prévios, apresentando comorbidade grave, doença histologicamente grave, placa uretral com cicatrização severa; a possibilidade de realizar uretostomia perineal definitiva deve ser discutida. **Na BXO associada à doença da estenose uretral, fase III e IV a observação e dilatação geralmente não são recomendadas como tratamento definitivo.** Nestes estágios de estenoses mais longas, a uretroplastia (reconstrução uretral aberta) ou procedimentos complexos de uretroplastia com a utilização de enxertos são necessários para o tratamento definitivo em centro especializado. Essas estenoses são mais complexas e pan-uretrais envolvendo toda a uretra anterior, que podem ser maiores que 22 cm de comprimento. A uretroplastia, usando enxertos de mucosa bucal bilateral e/ou pele peniana, quando existe pele normal redundante disponível, ou enxertos de pele de espessura parcial da coxa tem sido descrita com sucesso, porém apresentam taxa de recorrência ao longo da evolução da doença.

No Sistema Único de Saúde o procedimento de dilatação uretral ambulatorial está previsto na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS com o código 0309030056 e não prevê analgesia.

Conclusão: Não existe tratamento consistente para BXO, que depende da gravidade da lesão e visa a recuperação máxima da estética e da funcionalidade do pênis.

A BXO que progride para uretra, fase II, III e IV requer abordagem obrigatória pelo urologista sendo difíceis de gerenciar. Nesta fase o

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

tratamento deve objetivar restaurar a integridade da genitália e permitir a micção miccional pelo meato glandular apical.

Na presença de **estenose do meato ureteral o tratamento tradicional, de primeira linha consiste em dilatação periódica da uretra, procedimento doloroso. Na doença com estenose uretral, fase III e IV, a dilatação intermitente é medida paliativa, que não recomendada como tratamento definitivo. Nesta fase é reomendada a uretroplastia incluindo utilização de enxertos em centros especializados.**

O SUS oferece o procedimento de dilatação ureteral a nível ambulatorial sem analgesia.

A dilatação intermitente neste jovem com **BXO, sem comorbidades estenose difusa de uretra peniana mais acentuada no segmento bulbar, grau III** é paliativa e deve ser utilizada até que o paciente seja avaliado em centro especializado e submetido a terapia definitiva. Por ser procedimento doloroso a analgesia deve ser associada.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Koifman L, Ornellas AA, Koifman ACB, Tobias-Machado M. Câncer de Pênis. Capítulo 3 23-30pp. Disponível em: <http://koifmanurologia.com.br/wp-content/uploads/2015/12/Cancer-de-penis.pdf>.
2. Nunes LHS, Mascarenhas FM, Barreto NL, Matos AC, Muragaki E. Tratamento da estenose de uretra distal: uma nova abordagem duplo retalho V-Y seguido de Y-V. **Urominas**. 2010; 3(9):71-3. Disponível em: <http://urominas.com/tratamento-da-estenose-de-uretra-distal-uma-nova-abordagem-duplo-retalho-v-y-seguido-de-y-v/>.
3. Clouston D, et al Penile lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans). **BJU international**. 2011 ; 10B supplement 2: 14-19
4. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox NH. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. **BJD** 2010;163(4):672–82. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7580.2010.01163.x>.

Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 1549, 3º andar, sala P-358, Fórum Lafayette
Belo Horizonte – MG CEP 30190-002

[1111/j.1365-2133.2010.09997.x.](#)

5. Singh JP, Priyadarshi V, Goel HK, Vijay MK, Pal DK, Chakraborty S, Kundu AK. Penile lichen sclerosus: An urologist's nightmare! – A single center experience. Urol Ann. 2015; 7 (3):131-40. Disponível em: http://www.urology.annals.com/temp/UrolAnn73303-5737209_155612.pdf.

6. Clouston D, Hall A, Lawrentschu N Penile lichen sclerosus (balanitis xerotica obliterans. BJU International 2011;108 supplement 2:14-9. Disponível em:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1464-410X.2011.10699.x>.

V – DATA:

04/07/2018 NATJUS - TJMG