

BMJ Best Practice

Balanopostite

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	6
Classificação	6
Prevenção	8
Prevenção primária	8
Rastreamento	8
Prevenção secundária	8
Diagnóstico	9
Caso clínico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	14
Diagnóstico diferencial	15
Tratamento	21
Abordagem passo a passo do tratamento	21
Visão geral do tratamento	23
Opções de tratamento	26
Acompanhamento	43
Recomendações	43
Complicações	43
Prognóstico	43
Diretrizes	44
Diretrizes de diagnóstico	44
Diretrizes de tratamento	44
Recursos online	46
Referências	47
Aviso legal	51

Resumo

- ◇ Balanopostite refere-se a uma inflamação da glândula e do prepúcio. É um termo descritivo, não um diagnóstico.
- ◇ Existem numerosas causas; elas podem ser amplamente divididas em inflamatórias, infecciosas e pré-cancerosas.
- ◇ O objetivo do diagnóstico e tratamento deve ser descartar a infecção sexualmente transmissível (IST), minimizar problemas da função sexual e urinária e reduzir o risco de câncer de pênis.
- ◇ Uma afecção causal específica deve ser identificada e tratada de forma agressiva. A balanopostite inespecífica é um diagnóstico de exclusão.
- ◇ Os pacientes geralmente se apresentam a unidades básicas de saúde. A opinião de especialistas, principalmente dermatologistas e urologistas, pode ser muito útil no manejo de casos complexos ou sem resposta clínica.

Definição

Balanopostite refere-se a uma inflamação da glândula e do prepúcio. É um termo descritivo, não um diagnóstico. Pode ser considerada um tipo de dermatose especial que ocorre dentro de uma dobra de pele (ou seja, um intertrigo). Por definição, a balanopostite não pode ocorrer em um homem circuncidado, embora a balanite (inflamação da glândula) possa. Existem muitas causas possíveis para a balanopostite, as quais podem ser amplamente divididas em infecciosas, inflamatórias e pré-cancerosas.[1]

Epidemiologia

A incidência e a prevalência da balanopostite não são conhecidas com precisão porque é um termo descritivo em vez de um diagnóstico. Pacientes com balanopostite tendem a relatá-la inicialmente aos seus clínicos gerais. Eles podem ser encaminhados à dermatologia, medicina geniturinária ou urologia para exame e investigação adicionais. Geralmente, os dermatologistas acham que balanite, postite e balanopostite são mais comumente decorrentes de dermatoses inflamatórias (por exemplo, líquen escleroso, eczema, psoríase, líquen plano, balanite de Zoon) ou afecções pré-cancerosas (por exemplo, eritroplasia de Queyrat). Os médicos urologistas procuram uma causa infecciosa (por exemplo, Candida, estreptococos beta-hemolíticos do Grupo B).[3] [4]

Etiologia

A etiologia da balanopostite depende da afecção subjacente. A genitália pode ser um local de predileção para dermatoses inflamatórias em parte devido ao fenômeno de Koebner (a tendência para que doenças de pele apareçam em locais de trauma). A exposição a irritantes potenciais (por exemplo, urina, sabão), alérgenos ou agentes infecciosos pode predispor o delicado tecido do prepúcio a tornar-se disfuncional.

Causas comuns de balanopostite incluem:

- Eczema atópico/dermatite: uma dermatose comum associada a uma predisposição pessoal e familiar para pele seca e outras doenças atópicas, como febre do feno e asma. O eczema atópico isolado, no entanto, é uma causa rara de balanopostite. Não se sabe como o eczema atópico anogenital está relacionado à circuncisão, atividade sexual e infecção sexualmente transmissível (IST).
- Eczema de contato alérgico: causado por uma reação alérgica do tipo IV envolvendo a imunidade celular após a sensibilização prévia ao agente em questão. Vários alérgenos comuns (por exemplo, lanolina, fragrâncias, níquel, borracha) causam uma proporção significativa de reações. Os riscos para a região anogenital (e, ocasionalmente, a balanopostite consequente) resultam de 3 fatores possíveis:
 - 1. Contato direto com o alérgeno[5] [6] [7]
 - 2. Transferência do alérgeno de outra parte da anatomia
 - 3. Envolvimento em uma resposta eczematosa mais generalizada (por exemplo, a um medicamento ou curativo usado no eczema venoso ou ulceração, como na síndrome de autossensibilização/disseminação secundária/generalização secundária).
- Eczema de contato irritante: causado pela toxicidade direta e pode ocorrer em qualquer pessoa sem sensibilização prévia. O prepúcio e a glândula podem ser considerados locais vulneráveis. A irritação pode decorrer da fricção da pele adjacente e de roupas, papel higiênico e toalhas, suor, sebo, corneócitos descamados, sujeira, excrementos, secreções sexuais, detergentes, produtos

- de higiene pessoal e cosméticos, anticoncepcionais, alguns tratamentos tópicos ou medicamentos sistêmicos eliminados na urina (por exemplo, foscarnete).[8] [9] Lavagem excessiva com sabão e produtos de higiene pessoal é outro fator importante e pode haver uma associação com atopia.[10]
- Dermatite seborreica: um padrão muito comum de inflamação eczematosa ou psoriasiforme, que provavelmente resulta de uma diátese que confere uma hipersensibilidade anormal à levedura cutânea comensal normal *Pityrosporum ovale*.
 - Psoríase: um diagnóstico anogenital comum isolado ou apoiado por outros sinais clínicos. A causa da psoríase é desconhecida. A psoríase é considerada um distúrbio de imunodesregulação primária, determinado por uma predisposição genética e por fatores desencadeantes ambientais (talvez estreptococos ou outros superantígenos) que resulta nas características patológicas das alterações vasculares da doença, infiltração de leucócitos e hiperproliferação epidérmica.
 - Artrite reativa (doença de Reiter): parte do mesmo continuum que a psoríase em pessoas geneticamente predispostas. A doença de Reiter é definida como artrite, uretrite e conjuntivite.[11] Ela é precipitada pela uretrite não gonocócica ou bacilar ou pela disenteria amebiana e associada ao HLA-B27.
 - Líquen escleroso: uma dermatose crônica, inflamatória e cicatricial com predileção pela genitália e um risco de baixo grau de carcinoma de células escamosas.[12] [13] [14] A doença genital afeta somente homens não circuncidados.[15] O líquen escleroso do pênis pode ser assintomático, mas sintomatologia diversa e vaga frequentemente é encontrada[16] [17] [18] [19] [20] [21] Autoanticorpos anti-proteína 1 da matriz extracelular (anti-ECM1) detectados em pacientes com líquen escleroso podem ser um epifenômeno, não o mecanismo causador.[22] Embora seja postulado que a urina cumpre um papel na patogênese do líquen escleroso, nenhum perfil espectral anômalo dos componentes da urina foi identificado pela espectroscopia de ressonância magnética nuclear da urina em homens com líquen escleroso. Não há dúvida de que o efeito irritante da urina possa desempenhar um papel.[23] [24] Perfis de expressão gênica realizados no líquen escleroso peniano mostraram uma resposta inflamatória inespecífica do tecido e dão suporte à hipótese de que o líquen escleroso seja uma doença inflamatória crônica inespecífica.[25]
 - Balanite de Zoon: um distúrbio de homens não circuncidados de meia-idade e mais velhos com etiologia desconhecida.[26] [27] As evidências sugerem que a balanite de Zoon seja uma mucosite crônica, reativa e principalmente irritante relacionada a um prepúcio disfuncional.[28] [29] A verdadeira balanite de Zoon provavelmente é rara, com a maioria dos casos sendo, na verdade, devido a líquen escleroso com balanopostite de Zoon clínica e histologicamente proeminentes. Foi postulada infecção crônica com *Mycobacterium smegmatis* e foi associada a infecção com papilomavírus humano (HPV).[30] [31] Trauma e irritação pela urina provavelmente são fatores importantes.[30]
 - Balanopostite inespecífica: é um diagnóstico de exclusão e, provavelmente, não é comum. A candidíase pode estar presente como um fenômeno oportunístico secundário, não como uma causa primária da doença, na maioria dos casos, se não em todos. A disfunção prepucial é a causa provável e muitos casos provavelmente têm líquen escleroso como a afecção subjacente.
 - Candidíase: médicos urologistas acreditam que *Candida* pode ser a causa da uretrite e da balanopostite.[32] [33] *Candida* também pode ser um patógeno secundário em dermatoses anogenitais. A balanopostite por *Candida* poderia ser uma IST com afinidade por um pênis anatomicamente anormal ou em pessoas predispostas em virtude de uma doença subjacente ou outros fatores.
 - Gonorreia: essa IST geralmente se apresenta cerca de 4 a 7 dias após uma infecção como uretrite (com secreção purulenta semelhante ao sêmen) ou, mais raramente, como faringite ou conjuntivite. Manifestações cutâneas anogenitais comumente incluem balanopostite e edema meatal, prepucial e peniano e, menos comumente, linfadenopatia dolorosa.

- Carcinoma in situ do pênis/neoplasia intraepitelial peniana/NIP: (pode ser chamado de eritroplasia de Queyrat quando ocorre nas glândulas não queratinizadas de homens não circuncidados, doença de Bowen quando ocorre na haste peniana queratinizada, ou papulose Bowenóide caso seja clinicamente similar a verrugas virais simples); a causa subjacente está relacionada principalmente à infecção por HPV e líquen escleroso.[1] [20] [34] [35]

Causas raras da balanopostite incluem:

- Infecções dermatológicas bacterianas (por exemplo, dermatite estreptocócica, celulite estafilocócica, micoplasma)
- Infecções fúngicas dermatológicas (por exemplo, tinea)
- Infecções parasitárias dermatológicas (por exemplo, miíase, escabiose, amebíase)
- Infecções sexualmente transmissíveis (por exemplo, sífilis, *Trichomonas vaginalis*, linfogranuloma venéreo, balanopostite ulcerativa não sifilítica por espiroquetas)
- Doenças autoimunes (por exemplo, vitiligo inflamatório, doença de Crohn)
- Afecções neoplásicas (por exemplo, sarcoma de Kaposi, leucemia linfática crônica)
- Relacionada ao medicamento (por exemplo, erupção fixa medicamentosa)
- Outras afecções (por exemplo, líquen plano,iringofibroadenomatose écrina).

Fisiopatologia

O prepúcio é um tecido delicado em contato com o suor, umidade, calor, urina, secreções sexuais, produtos descamativos, detergentes, alérgenos potenciais e agentes infecciosos. Qualquer um desses fatores pode causar irritação genital, dor e disfunção (por exemplo, parafimose/fimose, gotejamento de urina, dispareunia). A progressão adicional da infecção ou inflamação pode causar cicatrização, deformação e, raramente, lesões pré-cancerosas ou cancerosas.

Classificação

Doenças que afetam a glândula e o prepúcio[2]

Infecciosa

- *Candida albicans*
- *Streptococcus*
- Anaeróbios
- *Staphylococcus*
- *Trichomonas vaginalis*
- Vírus do herpes simples
- Papilomavírus humano
- *Mycoplasma genitalium*

Dermatose inflamatória

- Líquen escleroso
- Líquen plano
- Psoríase e balanite circinada
- Balanite de Zoon

- Eczema (incluindo irritante, alérgico e seborreico)
- Reações alérgicas (incluindo erupção medicamentosa fixa e síndrome de Stevens-Johnson)

Pré-malignas (carcinoma peniano in situ; neoplasia intraepitelial peniana [NIP])

- Doença de Bowen
- Papulose bowenoide
- Eritroplasia de Queyrat

Prevenção primária

Medidas preventivas primárias geralmente não são consideradas necessárias. No entanto, a circuncisão protege os homens de muitas dessas afecções, uma vez que a presença do prepúcio promove os fatores predisponentes à balanopostite.[37] [38] [39] A obesidade é um fator de risco para o líquen escleroso.[40]

Como a infecção por papilomavírus humano (HPV) é um fator de risco forte para balanopostite e câncer peniano, a vacinação pode ser considerada. Atualmente, a vacinação de rotina em meninos pré-puberais é uma política do Reino Unido.[41] É recomendada a vacinação de meninos com idade entre 11 e 12 anos nos EUA.[42]

Rastreamento

Pacientes com balanopostite tendem a relatá-la inicialmente aos seus clínicos gerais. Eles podem ser encaminhados à dermatologia, medicina geniturinária ou urologia para exame e investigação adicionais. Todos os pacientes devem ser rastreados para infecções, afecções cutâneas inflamatórias e lesões pré-cancerosas ou cancerosas. Uma abordagem multidisciplinar, com diferentes especialistas fornecendo consultoria e tratamento conforme indicado, pode ser muito útil.

Prevenção secundária

Os pacientes devem ser aconselhados a prestar atenção à higiene pessoal. No que diz respeito à área genital, eles devem:

- Evitar irritantes (por exemplo, encoprese com urina, pelos pubianos compridos, sabonetes antibacterianos) e lavagem excessiva (isto é, com o uso vigoroso de toalhas)
- Evitar o uso de alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupas)
- Usar substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário
- Usar um lubrificante durante a relação sexual para amenizar a dispareunia
- Em pacientes com carcinoma in situ estabelecido/neoplasia intraepitelial peniana (NIP), ou naqueles em risco (por exemplo, pessoas com imunossupressão [vírus da imunodeficiência humana {HIV} ou iatrogênica]), pode-se considerar vacinação adjuvante contra papilomavírus humano (HPV). [Centers for Disease Control and Prevention] [52] [53]

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 55 anos de idade se apresenta com uma história de 5 anos de prurido e ardência da glândula e uma sensação de “estiramento” do prepúcio. Ele relata desconforto e laceração ocasional do prepúcio durante a relação sexual. No exame físico, ele tem manchas atróficas brancas simétricas com telangiectasia na glândula, estenose meatal e um prepúcio inflamado e estirado. A causa da balanopostite é o líquen escleroso.

Caso clínico #2

Um homem não circuncidado de 60 anos de idade se apresenta com história de 1 ano de lesão ovoide vermelha persistente na glândula. Ele geralmente é assintomático, mas ocasionalmente dolorido. Ele está incomodado com a aparência e preocupado se contraiu uma infecção ou malignidade. Os rastreamentos de infecção sexualmente transmissível (IST) foram negativos. Clinicamente, há uma placa excêntrica bem demarcada, vermelha e levemente elevada, e o prepúcio sobrejacente mostrou uma postite inespecífica. O diagnóstico diferencial clínico incluiu balanite de Zoon, líquen plano e eritroplasia de Queyrat. Uma biópsia foi realizada e apresentou carcinoma indiferenciado da espessura total in situ/neoplasia intraepitelial peniana associado a infecção por papilomavírus humano.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Devem ser feitos todos os esforços para estabelecer um diagnóstico preciso quando os pacientes apresentarem sinais e sintomas de balanopostite. A balanopostite inespecífica é um diagnóstico de exclusão e, provavelmente, não é comum. As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), imunossupressão e diabetes devem ser excluídas.

Como em todas as afecções dermatológicas e genitourinárias, uma história completa deve ser colhida e um exame físico detalhado deve ser realizado. Investigações podem incluir swabs apropriados e biópsia de pele. Os dois principais objetivos do diagnóstico e do manejo devem ser minimizar os problemas da função sexual e urinária e identificar qualquer afecção que coloque o paciente em risco de evoluir para câncer de pênis.

Uma dermatose primária está frequentemente presente, como psoríase, dermatite seborreica, balanite de Zoon, líquen escleroso, líquen plano, verrugas ou carcinoma in situ. Uma biópsia adequadamente direcionada pode ser útil no diagnóstico, mas a histologia pode ser inespecífica. Disfunção prepucial é provavelmente a causa em casos de balanopostite inespecífica, e muitos pacientes provavelmente têm líquen escleroso como o estado mórbido subjacente.

A candidíase pode estar presente como um fenômeno oportunístico secundário, não como uma causa primária da doença, na maioria dos casos, se não em todos. A balanopostite por *Candida* poderia ser uma IST com afinidade por um pênis anatomicamente anormal ou em pessoas predispostas em virtude de uma doença subjacente ou outros fatores. O rastreamento deve ser feito para outras ISTs.

História e sintomas

A história da queixa manifesta deve incluir uma investigação da natureza dos sintomas atuais. Isso frequentemente incluirá:

- Prurido (os pacientes frequentemente queixam-se de uma irritação estética em vez de prurido, que pode ser leve)
- Dor ou sensibilidade
- Gotejamento (a incontinência pode causar irritação na pele/dermatite).

Fatores da história social e sexual aplicáveis à avaliação adicional incluem:

- Idade do paciente. Homens mais jovens têm maior probabilidade de sofrer de uma causa infecciosa de balanopostite, enquanto a neoplasia pode ser uma causa mais provável em idosos
- Estado civil. Solteiro ou casado ou em um relacionamento de longo prazo
- História sexual. Número de parceiros, atividade sexual recente, via de relação sexual (vaginal, oral, anal) e orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual)
- Contracepção. O uso regular e consistente de preservativo torna uma IST menos provável, mas não a elimina completamente. Em casos raros, a alergia ao látex ou aos lubrificantes nos preservativos podem ser um fator colaborador

Fatores importantes da história médica pessoal e familiar incluem:

- Circuncisão. A remoção do prepúcio protege os homens de muitas das afecções que causam a balanopostite[38] [39]
- Atopia (eczema, febre do feno, asma, alergias do tipo I). Examine o paciente quanto à evidência da dermatite atópica em outro local da pele
- Psoríase. Examine quanto à evidência de psoríase em outro local da pele (por exemplo, cotovelos, joelhos, couro cabeludo e áreas lombossacrais) e unhas (depressões nas unhas e onicólise)
- História urológica e sintomatologia. Considere qualquer história de verrugas genitais, secreção peniana ou disúria.

A história de medicamentos deve tentar determinar alergias a qualquer um dos seguintes:

- Medicamentos sistêmicos. Podem ser associados à erupção medicamentosa, incluindo a erupção fixa medicamentosa, que frequentemente está localizada na genitália
- Medicamentos tópicos. Podem ser associados a um irritante local ou reações alérgicas nos locais de aplicação
- Medicamentos de venda livre.

Exame

O exame físico não deve incluir apenas a região genital, mas também o resto do corpo. Uma atenção especial deve ser dispensada às dobras inguinais e linfonodos, escroto e seu conteúdo, períneo e ânus. Membranas mucosas, couro cabeludo e cabelos, unhas, dentes, orelhas, glabella e sobrancelhas, sulco nasolabial, axilas, tórax e dorso também devem ser submetidos ao exame físico.

O prepúcio deve ser examinado quanto à fimose/parafimose e a presença/ausência de erupção cutânea e alterações inflamatórias. A avaliação de uma erupção cutânea deve considerar distribuição e morfologia. Outros achados possíveis incluem:

- Perda completa da pigmentação (vitiligo)
- Hipo/hiperpigmentação pós-inflamatória (líquen escleroso, líquen plano, balanite de Zoon e outras dermatoses inflamatórias)
- Púrpura (líquen escleroso)
- Descamação vermelha (psoríase, artrite reativa, dermatite atópica, dermatite de contato irritativa ou alérgica)
- Descamação vermelha ou placas (balanite de Zoon, eritroplasia de Queyrat, gonorreia)
- Erosões (herpes simples, líquen escleroso, candidíase, sífilis [cancro], carcinoma de células escamosas)
- Vesículas (dermatite alérgica de contato)
- Pápulas/micropápulas (líquen plano)
- Pústulas (candidíase)
- Tumores.

Qualquer nódulo deve ser avaliado em termos do local e da morfologia. Causas comuns dos nódulos genitais incluem cistos benignos (por exemplo, cistos da rafe mediana, cistos epidermoides), escabiose (especialmente se os nódulos pruriginosos estiverem presentes na glândula) e carcinoma de células escamosas (pode ter superfície ulcerada).

As lesões significativas podem exibir eritema leve, descamação leve a moderada e frequentemente comprometimento perifolicular ou folicular manifesto.

Investigações

Realizar conforme a necessidade de identificar fatores causadores específicos. As investigações podem incluir:

- Microbiologia: coloração de Gram e cultura de bactérias e *Candida*, incluindo exame específico para gonorreia e clamídia caso indicado; uma técnica não cultural como teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT) é recomendada para clamídia e também está disponível para *Neisseria gonorrhoeae*; testes de reação em cadeia da polimerase sensíveis e específicos para *Treponema pallidum* também estão se tornando mais amplamente disponíveis
- Exame de campo escuro do soro de uma úlcera: indicado em casos suspeitos de sífilis
- Virologia: os testes preferidos são reação em cadeia da polimerase e outros NAATs, ou cultura viral
- Micologia: a solução de hidróxido de potássio para *Candida* pode ser indicada se esse agente/ infecção fúngica for suspeitada ou precisar de ser excluída
- Biópsia de pele: indicada para esclarecer a incerteza diagnóstica. Se a balanopostite não melhorar após a implementação da terapia indicada, considere a biópsia de pele para descartar as afecções cutâneas pré-malignas (por exemplo, carcinoma in situ/neoplasia intraepitelial peniana [NIP]) e malignas (por exemplo, carcinoma de células escamosas).^[43] A inflamação de Zoon é histologicamente comum (especificamente no líquen escleroso) e o carcinoma diferenciado suprabasal in situ/NIP conforme observado no líquen escleroso pode ser muito sutil, portanto, a histologia precisa ser interpretada cuidadosamente
- Teste de contato: realize somente se houver suspeita de dermatite alérgica de contato ou se ela precisar ser descartada.

Fatores de risco

Fortes**prepúcio disfuncional congênito ou adquirido**

- Fator de risco para líquen escleroso, balanite de Zoon e balanopostite inespecífica.

estado não circuncisado

- Fator de risco para líquen escleroso, balanite de Zoon e balanopostite inespecífica, principalmente se o prepúcio for disfuncional.

higiene deficiente, gotejamento e perda de urina

- Fator de risco para balanite de Zoon.

lavagem excessiva

- Fator de risco para dermatite de contato irritativa.

infecção por papilomavírus humano (HPV)

- Fator de risco para balanopostite inespecífica e pré-cânceres e cânceres penianos.
- Aplicável somente a certos tipos de HPV; as verrugas genitais clinicamente óbvias causadas por tipos não oncogênicos de HPV (principalmente os tipos 6 e 11) apresentam potencial pré-câncer insignificante.

Fracos**doenças cutâneas inflamatórias**

- Como eczema, dermatite seborreica e psoríase. Fator de risco para o comprometimento da pele genital e balanopostite.

Infecção por Borrelia

- Fator de risco improvável para líquen escleroso (um estudo usando a microscopia de focagem flutuante encontrou evidências de Borrelia no líquen escleroso precoce).[\[36\]](#)

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico**presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco incluem prepúcio disfuncional congênito ou adquirido, falta de higiene, lavagem excessiva e infecção por papilomavírus humano (HPV).

estado não circuncisado (comum)

- Circuncisão protege contra o câncer de pênis, infecções do trato urinário (ITUs) e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Outros fatores de diagnóstico**múltiplos parceiros sexuais (comum)**

- Múltiplos parceiros sexuais e/ou comportamentos sexuais de alto risco aumentam o risco de contrair ISTs

comportamentos sexuais de alto risco (comum)

- Múltiplos parceiros sexuais e/ou comportamentos sexuais de alto risco aumentam o risco de contrair ISTs

hipo ou hiperpigmentação pós-inflamatória (comum)

- Pode ser observada após a remissão de qualquer dermatose inflamatória (por exemplo, eczema, psoríase, dermatite de contato). Erupções fixas medicamentosas envolvendo a genitália frequentemente remitem com uma acentuada hiperpigmentação pós-inflamatória.

prurido (comum)

- Queixa comum em casos de eczema, dermatite de contato, escabiose.

descamação vermelha (comum)

- Presente em dermatoses inflamatórias, como eczema, dermatite seborreica, psoríase e artrite reativa.

erosões (comum)

- Observadas em infecções (herpes simples, candidíase, sífilis), líquen escleroso, líquen plano, carcinoma in situ/neoplasia intraepitelial peniana (NIP), carcinoma de células escamosas.

história pessoal/familiar de atopia (eczema, febre do feno, asma, alergias do tipo I) (incomum)

- Pacientes com história atópica têm probabilidade mais alta de apresentar dermatite alérgica de contato e/ou irritante. A dermatite atópica raramente compromete a área genital.

história pessoal/familiar de psoríase (incomum)

- Existe uma forte predisposição genética à psoríase. O comprometimento genital pode ser a única manifestação da psoríase, mas o exame físico de locais adicionais no corpo frequentemente revela outras lesões ou sinais psoriáticos (por exemplo, comprometimento ungueal).

gotejamento urinário (incomum)

- A incontinência urinária pode resultar em irritação/ruptura da pele e é um fator causador no líquen escleroso.[44] A umidade crônica pode resultar em aquisição de candidíase.

hipopigmentação (incomum)

- Manchas acentuadamente hipopigmentadas ou despigmentadas na genitália podem ser observadas no vitiligo. Lesões adicionais do vitiligo são frequentemente encontradas no exame físico em outros locais no corpo (principalmente nas áreas periorificiais e acrais).

púrpura (incomum)

- Achado comum no líquen escleroso; achados adicionais incluem atopia cutânea e hipopigmentação.

placas vermelhas (incomum)

- Presentes na balanite de Zoon, eritroplasia de Queyrat, gonorreia.

vesículas (incomum)

- Podem ser observadas em casos de dermatite de contato irritativa ou alérgica aguda.

pápulas ou micropápulas (incomum)

- Observadas no líquen plano (pápulas planas com leve formação de escamas). Se houver suspeita desse diagnóstico, a cavidade oral e as unhas são examinadas para achados de líquen plano.

pústulas (incomum)

- Podem ser observadas na candidíase; o diagnóstico é confirmado com a solução de hidróxido de potássio ou cultura.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
swab para microbiologia (coloração de Gram e cultura) e reação em cadeia da polimerase <ul style="list-style-type: none"> • A solução de hidróxido de potássio para Candida pode ser indicada se esse agente/infecção fúngica for suspeitada ou precisar de ser excluída. • Ágar chocolate pode ser usado para a cultura de Neisseria gonorrhoeae. • Uma técnica sem cultura, como o teste de amplificação de ácido nucleico (NAAT), é atualmente recomendada para Chlamydia e também está disponível para N gonorrhoeae. • Testes de reação em cadeia da polimerase sensíveis e específicos para Treponema pallidum estão se tornando mais amplamente disponíveis. 	podem ser positivos para infecção bacteriana ou infecção por Candida
swab para virologia <ul style="list-style-type: none"> • Os testes preferidos são reação em cadeia da polimerase ou outros testes de amplificação de ácido nucleico (NAATs), ou cultura viral. 	reação em cadeia da polimerase positiva ou cultura
microscopia de campo escuro <ul style="list-style-type: none"> • Geralmente não disponível em serviços não especializados. Um único resultado negativo não exclui a possibilidade de infecção; idealmente, são necessários 3 resultados negativos com amostras colhidas em dias diferentes. 	pode ser positiva para a bactéria da sífilis

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
biópsia de pele <ul style="list-style-type: none"> É importante garantir que o espécime certo seja obtido do local adequado e fornecer ao patologista as informações adequadas.^[43] Para a anestesia local, é seguro usar uma quantidade pequena de adrenalina (1:200,000), pois o pênis é um órgão altamente vascular. Uma pequena vesícula pode ser criada introduzindo uma pequena quantidade de anestésico (por exemplo, xilocaína a 2% com adrenalina 1:200,000). Uma pequena biópsia incisional pode ser obtida com uma biópsia por punção de 3 ou 4 mm. Evitar a biópsia da glândula (a menos que não haja lesão ou rash elegíveis em outro lugar) e próxima do frênulo, onde a uretra é muito próxima da superfície. Uma sutura absorvível pode ser realizada para fechar a ferida. 	achados de histopatologia consistentes com a afecção causal
teste de contato <ul style="list-style-type: none"> Realizado se a dermatite alérgica de contato for suspeita ou precisar ser excluída. Interpretado por um dermatologista em uma clínica de teste de contato. 	pode ser positivo na dermatite alérgica de contato

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Eczema e dermatite	<ul style="list-style-type: none"> Caracterizados por placas escamosas eritematosas. Prurido é geralmente um sinal predominante. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico.
Dermatite atópica	<ul style="list-style-type: none"> Caracterizada por descamação eritematosa e placas liquenificadas. Prurido é um achado proeminente. Áreas adicionais de comprometimento incluem as mãos, tornozelos/pés e áreas de flexão. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico. A biópsia geralmente não é necessária, mas pode ser recomendável em casos atípicos. Um alto nível sérico de IgE reforça a suspeita clínica da presença da tendência atópica.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Dermatite seborreica	<ul style="list-style-type: none"> Lesões com eritema leve, descamação leve a moderada e frequentemente comprometimento perifolicular ou folicular manifesto. Outras áreas comumente afetadas incluem couro cabeludo, orelhas, glabella e sobrancelhas, sulco nasolabial, axilas, tórax, dorso e virilha. Caspa leve, descamação leve das sobrancelhas ou lesões com descamação na axila ou no tórax podem estar presentes. Os pacientes geralmente queixam-se de uma irritação estética em vez de prurido, que pode ser leve. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico (e inclui observar a resposta ao tratamento). A biópsia geralmente não é necessária, mas pode ser recomendável em casos atípicos.
Dermatite de contato irritativa	<ul style="list-style-type: none"> Caracterizada por descamação ou placas eritematosas correspondentes ao local da aplicação do irritante. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico com base na história, no exame físico e na tentativa de tratamento (isto é, evitar o suposto irritante).
Dermatite alérgica de contato	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas são dor, ardência ou prurido. Os sinais incluem eritema, edema, vesiculação e exsudação, ou descamação eritematosa e liquenificação, dependendo da gravidade. Aparecem cerca de 1 semana após o primeiro contato com o alérgeno, se não foi sensibilizado previamente, ou em horas até 1 a 2 dias, se foi sensibilizado. Essa é uma causa relativamente incomum de balanopostite. 	<ul style="list-style-type: none"> O manejo baseia-se na identificação do alérgeno potencial e da provável origem e em seguida, sua evitação. Pode haver dicas sobre os fatores desencadeantes na apresentação, mas o teste de contato subsequente para identificar o(s) alérgeno(s) é necessário.^[45]

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Psoríase	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se variavelmente pruriginosa, com placas ou manchas eritematosas com escamas prateadas em homens circuncisos. As escamas estão ausentes nas lesões na glândula ou no saco prepucial de homens não circuncisos, por causa da mucosa local. • A identificação de outras áreas de comprometimento pode ajudar no diagnóstico da psoríase. Áreas comumente comprometidas incluem couro cabeludo, orelhas, umbigo, sacro, sulco interglúteo e unhas. • A balanopostite psoriática pode fazer parte do espectro da psoríase de padrão invertido (com comprometimento da doença intertriginosa e do local de flexão) e pode ser associada à doença intertriginosa das axilas, sulco interglúteo, dobras glúteas e virilha. • Doença de Bowen e doença de Paget extramamária podem ser incorretamente diagnosticadas como psoríase quando há um ou vários focos na haste peniana e/ou na virilha. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é geralmente clínico; às vezes, uma biópsia é necessária para descartar balanite de Zoon, líquen plano, eritroplasia de Queyrat ou sarcoma de Kaposi em pacientes não circuncisos com lesões mucosas solitárias.
Artrite reativa (doença de Reiter)	<ul style="list-style-type: none"> • As lesões cutâneas podem ser semelhantes às da psoríase. Os pacientes podem apresentar características de psoríase e doença de Reiter. • Classicamente, os pacientes com artrite reativa têm palmas e solas amarelas e espessadas, com um aspecto pavimentoso, com ou sem lesões pustulares (ceratoderma blenorrágico); e o comprometimento característico do pênis (balanite circinada) que, quando grave, pode resultar em balanopostite. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é clínico. • O exame do HLA-B27 é positivo em aproximadamente 75% dos pacientes.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Líquen escleroso	<ul style="list-style-type: none"> Homens podem ser assintomáticos. As placas ou manchas brancas atróficas (leucodermia) são mais comumente observadas. As lesões também podem se apresentar como placas ou manchas liquenoides ligeiramente escamosas, hipertróficas ou da cor lilás, com telangiectasia e púrpura esparsa. Os pacientes podem relatar sintomas que significam disfunção sexual ou dispareunia (prurido, ardência, dor, sangramento, laceração, rachadura, vesículas hemorrágicas), desconforto ao urinar e estreitamento do fluxo urinário e/ou preocupações com as alterações na anatomia de sua genitália.^{[17] [18] [19] [20] [21] [46]} Outras apresentações incluem prepúcio não retrátil, parafimose e retenção urinária (até mesmo insuficiência renal). Os sinais podem ser sutis com o estreitamento meatal e o leve estiramento do prepúcio (com retração ainda possível) em decorrência das faixas e placas escleróticas. As alterações graves, decorrentes do líquen escleroso e da balanopostite inespecífica ou de Zoon associada, incluem postite constrictiva, adesões, perda da definição anatômica e dissolução ou anulação das características arquitetônicas geralmente bem definidas (por exemplo, frênulo e o sulco coronal). Alterações evidentes da balanite de Zoon podem ser mais vistosas que o líquen escleroso subjacente. Outras complicações urológicas incluem balanopostite, aderências, fimose, parafimose, postite, balanite xerótica e câncer. Hiperpigmentação pós-inflamatória é ocasionalmente observada. 	<ul style="list-style-type: none"> A maioria dos casos pode ser diagnosticada clinicamente. Se houver dúvida clínica, uma biópsia deve ser feita. Uma biópsia é obrigatória se uma lesão ou parte da lesão for corroída ou verrucosa.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Balanite de Zoon	<ul style="list-style-type: none"> • Manchas bem demarcadas, cintilantes, úmidas, brilhantes e da cor vermelho-vivo ou marrom comprometendo a glândula e mucosa do prepúcio. A uretra (fossa navicular) também pode estar comprometida. As lesões podem demonstrar pontilhado vermelho escuro (manchas de pimenta caiena) e púrpura com deposição de hemossiderina. • Morfologia atípica ou incomum deve ser considerada suspeita e submetida a uma biópsia. • Provavelmente diagnosticada em excesso.[1] 	<ul style="list-style-type: none"> • O rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) geralmente é obrigatório em pacientes com lesões penianas que supostamente representem a balanite de Zoon. • Uma biópsia devidamente orientada é aconselhável; o patologista deve ser encorajado a procurar por doença concomitante (por exemplo, líquen escleroso), principalmente na amostra do prepúcio após a circuncisão.
Balanopostite inespecífica	<ul style="list-style-type: none"> • A balanopostite inespecífica é um diagnóstico de exclusão e, provavelmente, não é comum. • A candidíase pode estar presente como um fenômeno oportunístico secundário, não como uma causa primária da doença, na maioria dos casos, se não em todos. • A disfunção prepucial é a causa provável e, em muitos casos, o líquen escleroso será considerado, em um dado momento, como o estado mórbido subjacente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos de exclusão.
Gonorreia	<ul style="list-style-type: none"> • As manchas eritematosas podem ser bem demarcadas e muito semelhantes à balanite de Zoon. • O edema meatal, prepucial e peniano e, menos comumente, a linfadenopatia dolorosa, podem estar presentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticada por esfregaço de swab uretral corado positivo para <i>Neisseria gonorrhoeae</i>. Confirmada pela cultura ou pelos testes de amplificação de ácido nucleico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Candidíase	<ul style="list-style-type: none"> Ardência e dor são encontradas com maior probabilidade que o prurido. A glândula pode estar erodida. Manchas ou placas vermelhas coalescentes comprometem as dobras, frequentemente com erosões superficiais. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é clínico e apoiado pela demonstração direta das formas de brotamento da levedura e pseudo-hifas em uma solução de hidróxido de potássio com tinta nanquim. A cultura microbiológica é confirmatória. Se for diagnosticada candidíase, a pesquisa clínica de uma causa dermatológica ou clínica subjacente deverá vir em seguida, pois os sinais decorrentes de Candida podem ser mais óbvios que os da causa subjacente.
Carcinoma in situ/ neoplasia intraepitelial peniana (NIP)	<ul style="list-style-type: none"> Leucoplasia persistente, eritroplasia, pápulas pigmentadas agrupadas. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico é confirmado por biópsia e identificação de papilomavírus humano (HPV).

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento inclui medidas gerais e tratamento específico da afecção subjacente.

Medidas gerais

Os pacientes devem ser aconselhados a prestar atenção à higiene pessoal. No que diz respeito à área genital, eles devem:

- Evitar irritantes (por exemplo, sabonetes antibacterianos) e lavagem excessiva (por exemplo, o uso vigoroso de toalhas)[1]
- Evitar usar alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupas)[1]
- Usar substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário[1]
- Usar um lubrificante durante a relação sexual para melhorar os sintomas de dispareunia.
- Ser submetidos à circuncisão em casos refratários.[37] [1]

Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão. Quaisquer infecções e afecções subjacentes devem ser tratadas rapidamente com as medidas adequadas.

Eczema atópico

Tratamento do eczema atópico inclui aplicação de emolientes e corticosteroides tópicos. Anti-histamínicos orais são úteis para pacientes com prurido significativo.

Dermatite seborreica

Com a exceção das medidas gerais, o tratamento pode não ser necessário. Para pacientes com eritema/inflamação significativa, antifúngicos tópicos em associação com corticosteroides tópicos leves ou moderadamente potentes são o tratamento inicial. Inibidores de calcineurina tópicos podem ser usados como alternativa ao tratamento com corticosteroides tópicos. Itraconazol ou fluconazol oral pode ser usado nos casos graves (por exemplo, pacientes com foliculite seborreica concomitante ou infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV]).

Dermatite de contato irritativa

Identificar e recomendar evicção de substâncias irritantes, especialmente sabonetes e fragrâncias. Prescrever corticosteroides tópicos. Anti-histamínicos orais são úteis para pacientes com prurido significativo.

Dermatite alérgica de contato

Aconselhar que se evite alérgenos identificados e recomendar a aplicação de corticosteroides tópicos. Anti-histamínicos orais são úteis para pacientes com prurido significativo. Compressas de acetato de alumínio são um complemento útil do tratamento nos casos graves de dermatite de contato aguda com exsudato/secreção.

Psoríase

O tratamento inclui corticosteroides tópicos combinados com emolientes. Outros tratamentos incluem os análogos da vitamina D tópicos (por exemplo, calcipotrieno) ou inibidores de calcineurina tópicos.

Na doença muito grave, o tratamento sistêmico com agentes como luz ultravioleta (UV), acitretina, metotrexato, ciclosporina ou agentes biológicos (por exemplo, etanercepte) pode ser necessário e deve ser prescrito sob a orientação de um especialista.

Artrite reativa (doença de Reiter)

O tratamento é semelhante ao usado para a psoríase com corticosteroides tópicos ou inibidores de calcineurina tópicos e medidas de suporte sendo empregadas inicialmente. Em casos com infecção por HIV concomitante, os retinoides orais podem ser particularmente úteis.

Líquen escleroso

O tratamento é feito com um corticosteroide tópico de alta potência. Infecções secundárias bacterianas e por *Candida* também devem ser tratadas. Intervenção cirúrgica (por exemplo, circuncisão) pode ser necessária em caso de falta de resposta ao tratamento médico.^{[47] [1] [21] [48]}

Gonorreia

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam ceftriaxona por via intramuscular associada a azitromicina por via oral como esquema terapêutico de primeira linha, preferencialmente administrada em conjunto sob observação direta. A azitromicina é preferível à doxiciclina, pois pode ser administrada em dose única e conveniente por via oral e tem incidência diminuída de gonorreia resistente em comparação com doxiciclina; no entanto, a doxiciclina pode ser usada no lugar da azitromicina em pacientes que são alérgicos a azitromicina.^[49]

Se a ceftriaxona não estiver disponível de imediato, recomenda-se cefixima por via oral associada a azitromicina. Outras cefalosporinas que podem ser usadas no lugar da ceftriaxona incluem cefoxitina (administrada com probenecida) e cefotaxima. Caso o paciente tenha alergia à cefalosporina, pode-se considerar a utilização de gemifloxacino por via oral ou gentamicina por via intramuscular em dose única associados a uma dose mais alta de azitromicina; no entanto, efeitos adversos gastrointestinais podem limitar o uso desses regimes.^[49]

Pacientes com sintomas persistentes pós-tratamento devem ser novamente testados por meio da realização de cultura. Se essas culturas forem positivas para gonococo, devem ser enviadas amostras para avaliação da resistência. Os pacientes que tiverem falha de tratamento após receberem esquemas alternativos devem ser tratados com ceftriaxona e uma dose alta de azitromicina e devem consultar um especialista em doenças infecciosas. O teste de cura deve ser repetido 1 semana após a repetição do tratamento. Notifique as falhas de tratamento ao CDC por meio da secretaria de saúde municipal ou estadual no prazo de 24 horas após o diagnóstico.^[49]

Certifique-se que os parceiros sexuais dos pacientes, dos últimos 60 dias, sejam avaliados imediatamente com cultura e tratados conforme indicado. Se um(a) parceiro(a) heterossexual de um paciente não puder receber avaliação e tratamento em tempo hábil, considere terapia acelerada para o parceiro.^[49]

Pacientes e parceiros devem, idealmente, ser examinados por um especialista urologista para avaliação e exclusão de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

Candidíase

Trate qualquer doença subjacente (por exemplo, diabetes, HIV). Em casos com eritema/inflamação grave, agentes antifúngicos azólicos tópicos são frequentemente muito úteis em combinação com a

hidrocortisona. Um antifúngico azólico oral (por exemplo, fluconazol) pode ser indicado se o paciente não respondeu às terapias tópicas ou se houver comprometimento grave/disseminado, como pode ser observado em pacientes imunocomprometidos. Aconselhe o paciente a manter a área o mais fresca e seca possível e usar roupas que permitam a circulação do ar (por exemplo, cuecas do tipo boxer, roupa íntima branca de algodão). Os parceiros também podem precisar de tratamento.

Balanopostite inespecífica

O tratamento é frequentemente difícil, uma vez que a balanopostite frequentemente não responde às medidas gerais, aos corticosteroides tópicos e aos antibióticos tópicos e sistêmicos. Intervenção cirúrgica (por exemplo, circuncisão) pode ser necessária em caso de falta de resposta ao tratamento clínico e é curativa na maioria dos casos.

Balanite de Zoon

Prescreva uma aplicação intermitente de um corticosteroide tópico de alta potência (por exemplo, clobetasol) com ou sem agentes antibióticos e antifúngicos. Intervenção cirúrgica (por exemplo, circuncisão) pode ser necessária em caso de falta de resposta ao tratamento clínico e é geralmente curativa.



Carcinoma in situ/neoplasia intraepitelial peniana (NIP)

Pode ser tratado em centros especializados por uma equipe multidisciplinar. Como a circuncisão é a base do tratamento, esta deve ser oferecida caso o paciente ainda não seja circuncisado. Os agentes tópicos como fluoruracila, ácido salicílico, resina de podofilina e imiquimode podem ser usados isoladamente ou em combinação e ciclicamente. O uso desses agentes tópicos no carcinoma in situ/NIP é off-label e refletirá as circunstâncias clínicas individuais e a experiência e competência do médico responsável; trata-se de uma área especializada.

Podem ser empregados crioterapia, bisturi elétrico de alta frequência (Hyfrecator), lasers e terapia fotodinâmica. Curetagem e cauterização, excisão, cirurgia micrográfica de Mohs e remodelamento da glândula são opções cirúrgicas. Na presença de NIP indiferenciado conduzido pelo papilomavírus humano (HPV), há um motivo convincente para vacinação contra HPV pós-exposição.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		(resumo)
eczema atópico		
	1a	corticosteroide tópico + medidas de suporte
	adjunto	anti-histamínicos orais
dermatite seborreica		
	1a	medidas de suporte

Agudo (resumo)			
	■ com eritema/inflamação significativa	mais	antifúngico tópico
		adjunto	corticosteroides tópicos
		adjunto	inibidores da calcineurina tópicos
	■ com foliculite seborreica concomitante ou infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)	mais	antifúngico azólico oral sob a orientação de um especialista
dermatite de contato irritativa (DCI)			
		1a	evitação do irritante + medidas de suporte + corticosteroides tópicos
	■ com prurido significativo	adjunto	anti-histamínicos orais
dermatite alérgica de contato			
		1a	evitação do alérgeno + medidas de suporte + corticosteroides tópicos
	■ com prurido significativo	adjunto	anti-histamínicos orais
	■ grave com exsudato/ secreção	adjunto	compressas
psoríase			
		1a	corticosteroide tópico ou inibidor de calcineurina tópico ou análogo da vitamina D tópico + medidas de suporte
	■ doença sistêmica grave	mais	tratamento sistêmico especializado
artrite reativa (doença de Reiter)			
		1a	corticosteroide tópico ou inibidor de calcineurina tópico + medidas de suporte
	■ com infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)	mais	retinoides orais sob a orientação de um especialista
líquen escleroso			
		1a	corticosteroide tópico ± antibiótico/ antifúngico
		2a	cirurgia-circuncisão
gonorreia			
		1a	antibióticos
		mais	medidas de suporte
candidíase			

Agudo		(resumo)
<ul style="list-style-type: none"> ■ eritema/inflamação grave ■ resistente às terapias tópicas ou comprometimento grave/disseminado 	1a	identificar a doença subjacente + antifúngico tópico + medidas de suporte
	mais	corticosteroides tópicos
	mais	antifúngico oral
balanopostite inespecífica		
	1a	corticosteroides tópicos de potência mais baixa
	mais	medidas de suporte
	adjunto	antibióticos ou antifúngicos específicos para tratar os patógenos identificados
	2a	corticosteroides tópicos de alta potência
	3a	cirurgia-circuncisão
Balanite de Zoon		
	1a	corticosteroides tópicos de alta potência
	mais	medidas de suporte
	adjunto	antibióticos ou antifúngicos específicos para tratar os patógenos identificados
	2a	cirurgia-circuncisão
carcinoma in situ/neoplasia intraepitelial peniana (NIP)		
	1a	circuncisão (caso ainda não seja circuncisado)
	adjunto	agente tópico
	adjunto	crioterapia, bisturi elétrico de alta frequência (Hyfrecator), laserterapia ou terapia fotodinâmica
	adjunto	cirurgia
	adjunto	vacinação pós-exposição ao papilomavírus humano (HPV)

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

eczema atópico

eczema atópico

1a

corticosteroide tópico + medidas de suporte

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica:** (2.5%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **triancinolona tópica:** (0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Use o corticosteroide tópico de menor potência capaz de conter a doença. A hidrocortisona é um corticosteroide de baixa potência e é usada para os casos leves, enquanto a triancinolona é um corticosteroide tópico de potência moderada usada nos casos moderados/graves.

» Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).

» O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.

» O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.

» Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão.

■ **com prurido significativo**

adjunto

anti-histamínicos orais

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Agudo

» **hidroxizina**: 25 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 100 mg/dia

OU

» **cetirizina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **fexofenadina**: 60 mg por via oral duas vezes ao dia, ou 180 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **loratadina**: 5-10 mg por via oral uma vez ao dia

» Anti-histamínicos orais são úteis para pacientes com prurido significativo. A hidroxizina é comumente usada, mas pode causar sedação. As opções não sedativas incluem cetirizina, fexofenadina e loratadina.

dermatite seborreica

dermatite seborreica

1a

medidas de suporte

» Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).

» O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.

» O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.

» Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão.

■ **com eritema/inflamação significativa**

mais

antifúngico tópico

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Agudo

» **cetoconazol tópico**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma vez ao dia

OU

» **miconazol tópico**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **clotrimazol tópico**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Os antifúngicos tópicos (por exemplo, cetoconazol, miconazol, clotrimazol), em associação com corticosteroides tópicos leves ou moderadamente potentes, podem ser usados para os casos mais graves (isto é, aqueles com eritema/inflamação significativa). Os corticosteroides são geralmente aplicados durante 2 a 3 semanas, ao passo que o agente antifúngico é usado até que seja observada remissão da doença cutânea ativa.

» A dermatite seborreica é uma afecção crônica e frequentemente recorrente, de modo que é provável que esses medicamentos sejam usados de forma intermitente ao longo de um período prolongado.

adjunto **corticosteroides tópicos**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica**: (2.5%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Os corticosteroides tópicos devem ser usados apenas para as exacerbações mais graves com inflamação acentuada e eritema. Limite o uso a períodos de 2 a 3 semanas.

» Quando a exacerbação da doença estiver sob controle, os corticosteroides tópicos devem ser descontinuados e o creme de cetoconazol continuado conforme necessário (isto é, até que a remissão da doença cutânea seja observada).

» A dermatite seborreica é uma afecção crônica e frequentemente recorrente, de modo que é provável que esses medicamentos sejam usados de forma intermitente ao longo de um período prolongado.

adjunto **inibidores da calcineurina tópicos**

Agudo

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **pimecrolimo tópico**: (1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **tacrolimo tópico**: (0.03 ou 0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Os inibidores de calcineurina tópicos são uma alternativa aos corticosteroides tópicos. Use-os até que seja observada remissão da doença cutânea ativa.

» A dermatite seborreica é uma afecção crônica e frequentemente recorrente, de modo que é provável que esses medicamentos sejam usados de forma intermitente ao longo de um período prolongado.

■ **com foliculite seborreica concomitante ou infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)**

mais

antifúngico azólico oral sob a orientação de um especialista

Tratamento recomendado para **TODOS** os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Indicado em casos de foliculite seborreica concomitante ou infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV). Esse tratamento deve ser realizado sob a orientação de um dermatologista ou especialista em doenças infecciosas.

dermatite de contato irritativa (DCI)

dermatite de contato irritativa (DCI)

1a

evitação do irritante + medidas de suporte + corticosteroides tópicos

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica**: (2.5%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **triancinolona tópica**: (0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Identificação e evitação de/redução da exposição a irritantes. O manejo é orientado à educação e modificação do comportamento.

Agudo

» As pomadas de corticosteroides tópicos de baixa a média potência reduzem os sintomas. A hidrocortisona é um corticosteroide tópico de baixa potência útil para doença leve. A triancinolona é um corticosteroide tópico de média potência útil para doença moderada. Limite o uso a 2 a 3 semanas.

» Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).

» O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.

» O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.

» Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão.

■ com prurido significativo

adjunto

anti-histamínicos orais

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **hidroxizina**: 25 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 100 mg/dia

» Anti-histamínicos orais são úteis para pacientes com prurido significativo. A hidroxizina é comumente usada, mas pode causar sedação.

dermatite alérgica de contato

dermatite alérgica de contato

1a

evitação do alérgeno + medidas de suporte + corticosteroides tópicos

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica**: (2.5%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **triancinolona tópica**: (0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

Agudo

» O(s) alérgeno(s) identificado(s) na história ou confirmado(s) pelo teste de contato deve(m) ser evitado(s).

» As pomadas de corticosteroides tópicos de baixa a média potência reduzem os sintomas. A hidrocortisona é um corticosteroide tópico de baixa potência, útil para doença leve. A triancinolona é um corticosteroide de média potência, útil para doença moderada. Limite o uso a 2 a 3 semanas.

» Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).

» O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.

» O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.

» Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão.

■ com prurido significativo

adjunto

anti-histamínicos orais

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **hidroxizina**: 25 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 100 mg/dia

» Anti-histamínicos orais são úteis para pacientes com prurido significativo. A hidroxizina é comumente usada, mas pode causar sedação.

■ grave com exsudato/ secreção

adjunto

compressas

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **acetato de alumínio tópico**: aplicar a toalha embebida na solução na(s) área(s) afetada(s) durante 20-30 minutos duas vezes ao dia

» Compressas de acetato de alumínio são um complemento útil do tratamento nos casos

Agudo

graves de dermatite de contato aguda com exsudato/secreção. Elas podem ser usadas até que a remissão da doença cutânea ativa seja observada.

psoríase

psoríase

1a

corticosteroide tópico ou inibidor de calcineurina tópico ou análogo da vitamina D tópico + medidas de suporte

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica**: (2.5%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **triancinolona tópica**: (0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

Opções secundárias

» **pimecrolimo tópico**: (1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **tacrolimo tópico**: (0.03 ou 0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **calcipotriol tópico**: (0.005%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Use hidrocortisona, um corticosteroide tópico de baixa potência, para doença leve e triancinolona, um corticosteroide tópico de média potência, para doença moderada. Limite o uso a 2 a 3 semanas.

» Inibidores de calcineurina tópicos ou o análogo de vitamina D calcipotrieno podem ser usados como uma alternativa aos corticosteroides tópicos e para evitar o potencial de atrofia da pele em decorrência da aplicação excessiva de medicamentos. Eles são usados até que seja observada remissão da doença cutânea ativa.

» Evite preparações fortes com alcatrão na região anogenital, pois a pele nesse local tende

Agudo

a absorver agentes tópicos, levando a um risco elevado de câncer genital.

» Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).

» O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.

» O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.

» Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão.

■ **doença sistêmica grave**

mais

tratamento sistêmico especializado

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Use tratamento sistêmico com acitretina, metotrexato, ciclosporina ou agentes biológicos. O tratamento deve ser realizado sob a orientação de um dermatologista.

artrite reativa (doença de Reiter)

artrite reativa (doença de Reiter)

1a

corticosteroide tópico ou inibidor de calcineurina tópico + medidas de suporte

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica:** (2.5%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **triancinolona tópica:** (0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

Opções secundárias

» **pimecrolimo tópico:** (1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

Agudo

» **tacrolimo tópico**: (0.03 ou 0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Use hidrocortisona, um corticosteroide tópico de baixa potência, para doença leve e triancinolona, um corticosteroide tópico de média potência, para doença moderada. Limite o uso a 2 a 3 semanas.

» Inibidores de calcineurina tópicos podem ser usados como uma alternativa aos corticosteroides tópicos e para evitar o potencial de atrofia da pele em decorrência da aplicação excessiva de medicamento. Eles são usados até que seja observada remissão da doença cutânea ativa.

» Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).

» O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.

» O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.

» Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão.

■ **com infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV)**

mais

retinoides orais sob a orientação de um especialista

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os retinoides orais podem ser particularmente úteis, principalmente nas infecções por HIV. Esse tratamento deve ser realizado sob a orientação de um dermatologista ou especialista em doenças infecciosas.

líquen escleroso

1a

corticosteroide tópico ± antibiótico/antifúngico

Opções primárias

Agudo

» **clobetasol tópico**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Aplique clobetasol, um corticosteroide tópico de alta potência, até a resolução da doença cutânea ativa. O seu uso induz a remodelação da mucosa afetada, alivia a fimose, melhora os sinais histológicos e pode evitar a necessidade de circuncisão. O risco de carcinoma escamoso também é reduzido pelo ciclo do tratamento.

» Evite o uso de inibidores de calcineurina tópicos, como a pomada de tacrolimo e o creme de pimecrolimo.[50] [51]

» Adicione antibióticos e antifúngicos conforme indicado pelos achados específicos dos testes diagnósticos.

2a cirurgia-circuncisão

» As intervenções cirúrgicas variam de circuncisão, frenuloplastia e meatotomia até a reparação plástica sofisticada, dependendo do quadro clínico e do local de maior impacto da doença sobre o órgão.

» Circuncisão completa é o tratamento de escolha porque todo tecido afetado é removido e qualquer comprometimento secundário da glândula geralmente regride ou remite após o procedimento.

gonorreia

1a antibióticos

Opções primárias

» **ceftriaxona**: 250 mg por via intramuscular em dose única

-e-

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

Opções secundárias

» **cefixima**: 400 mg por via oral em dose única

-e-

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

OU

» **cefotaxima**: 2 g por via intramuscular em dose única

-e-

» **probenecida**: 1 g por via oral em dose única

-e-

Agudo

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única

Opções terciárias

» **ceftriaxona**: 250 mg por via intramuscular em dose única

-ou-

» **cefixima**: 400 mg por via oral em dose única

-ou-

» **cefotaxima**: 500 mg por via intramuscular em dose única

--E--

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias

OU

» **gemifloxacino**: 320 mg por via oral em dose única

-ou-

» **gentamicina**: 240 mg por via intramuscular em dose única

--E--

» **azitromicina**: 2 g por via oral em dose única

» Os pacientes devem ser tratados com antibióticos recomendados para a gonorreia. Atualmente, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) recomendam a ceftriaxona por via intramuscular associada a azitromicina por via oral como esquema terapêutico de primeira linha, preferencialmente administradas em conjunto e sob observação direta. A azitromicina é preferível à doxiciclina, pois pode ser administrada em dose única e conveniente por via oral e tem incidência diminuída de gonorreia resistente em comparação com doxiciclina; no entanto, a doxiciclina pode ser usada no lugar da azitromicina em pacientes que são alérgicos a azitromicina.[49]

» Se a ceftriaxona não estiver disponível de imediato, recomenda-se cefixima por via oral associada a azitromicina. Outras cefalosporinas que podem ser usadas no lugar da ceftriaxona incluem cefoxitina (administrada com probenecida) e cefotaxima. Caso o paciente tenha alergia à cefalosporina, pode-se considerar a utilização de gemifloxacino por via oral ou gentamicina por via intramuscular em dose única associados a uma dose mais alta de azitromicina; no entanto, efeitos adversos gastrointestinais podem limitar o uso desses regimes.[49]

Agudo

» Pacientes com sintomas persistentes pós-tratamento devem ser retestados; se as culturas forem positivas para gonococo, os isolados devem ser enviados para testes de resistência. Os pacientes que tiverem falha de tratamento após receberem esquemas alternativos devem ser tratados com ceftriaxona e uma dose alta de azitromicina e devem consultar um especialista em doenças infecciosas. O teste de cura deve ser repetido 1 semana após a repetição do tratamento. Notifique as falhas de tratamento ao CDC por meio da secretaria de saúde municipal ou estadual no prazo de 24 horas após o diagnóstico.[49]

» Certifique-se que os parceiros sexuais dos pacientes, dos últimos 60 dias, sejam avaliados imediatamente com cultura e tratados conforme indicado. Se um(a) parceiro(a) heterossexual de um paciente não puder receber avaliação e tratamento em tempo hábil, considere terapia acelerada para o parceiro.[49]

mais

medidas de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).

» O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.

» O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.

» Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão.

candidíase

candidíase

1a

identificar a doença subjacente + antifúngico tópico + medidas de suporte

Opções primárias

» **cetoconazol tópico**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma vez ao dia

Agudo

- » Identifique e trate a doença subjacente e aborde os fatores predisponentes.
- » O agente antifúngico é aplicado até à remissão da doença cutânea ativa.
- » Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).
- » O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.
- » O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.
- » Aconselhe o paciente a manter a área o mais fresca e seca possível e usar roupas que permitam a circulação do ar (por exemplo, cuecas do tipo boxer, roupa íntima branca de algodão).
- » Os parceiros também podem precisar de tratamento.

■ eritema/inflamação grave

mais

corticosteroides tópicos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica:** (2.5%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» Agentes antifúngicos azólicos tópicos frequentemente são muito úteis em combinação com hidrocortisona nos casos de eritema/inflamação grave.

» O uso de corticosteroides tópicos não deve ser continuado por >2 a 3 semanas.

■ resistente às terapias tópicas ou comprometimento grave/disseminado

mais

antifúngico oral

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fluconazol:** 50-100 mg por via oral uma vez ao dia por 14 dias

Agudo

» Em certas circunstâncias graves, um antifúngico azólico oral (por exemplo, fluconazol) pode ser indicado se o paciente não respondeu às terapias tópicas ou se houver comprometimento grave/dissemiado, como pode ser observado em pacientes imunocomprometidos.

balanopostite inespecífica

1a corticosteroides tópicos de potência mais baixa

Opções primárias

» **hidrocortisona tópica:** (2.5%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **triancinolona tópica:** (0.1%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

» O tratamento pode ser muito difícil, uma vez que a balanopostite inespecífica frequentemente não responde às medidas gerais de cuidados com a pele, aos corticosteroides tópicos e aos antibióticos tópicos e sistêmicos.

» Use hidrocortisona, um corticosteroide tópico de baixa potência, para doença leve e triancinolona, um corticosteroide tópico de média potência, para doença moderada. Limite o uso a 2 a 3 semanas.

mais medidas de suporte

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo, perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).

» O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.

» O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.

Agudo

- » Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão.
- adjunto** **antibióticos ou antifúngicos específicos para tratar os patógenos identificados**
- Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado
- » Adicionar antibióticos ou antifúngicos conforme indicado pelos achados específicos dos testes diagnósticos.
- 2a** **corticosteroides tópicos de alta potência**
- Opções primárias**
- » **clobetasol tópico**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia
- » Usar quando a afecção não responde ao tratamento com corticosteroides tópicos de potência mais baixa, aos antibióticos/ antifúngicos e às medidas de suporte.
- » A aplicação intermitente de clobetasol pode proporcionar benefícios. Continuar até à remissão da doença cutânea ativa.
- 3a** **cirurgia-circuncisão**
- » A circuncisão é curativa na maioria dos casos em que os pacientes não responderam a tentativas de tratamento consecutivas de agentes tópicos e outras terapias (por exemplo, antibióticos).[37] [1]

Balanite de Zoon

- 1a** **corticosteroides tópicos de alta potência**
- Opções primárias**
- » **clobetasol tópico**: (0.05%) aplicar com moderação na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia
- » A aplicação intermitente do clobetasol, um corticosteroide tópico de alta potência, pode proporcionar benefícios. Continuar até à remissão da doença cutânea ativa.
- mais** **medidas de suporte**
- Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado
- » Aconselhar os pacientes a: prestar atenção à higiene pessoal; evitar irritantes, tais como sabonetes antibacterianos e lavar em excesso a área genital; e evitar o contato genital com alérgenos comuns (por exemplo,

Agudo

perfumes, sabonetes perfumados, detergentes e amaciantes de roupa).

» O uso de substitutos do sabonete (por exemplo, creme aquoso, pomada emulsificante) uma ou duas vezes ao dia e emolientes (por exemplo, vaselina, cremes aquosos, loções) quando necessário é indicado.

» O uso de um lubrificante durante a relação sexual pode melhorar os sintomas de dispareunia.

» Os pacientes afetados devem usar roupa íntima branca de algodão.

adjunto

antibióticos ou antifúngicos específicos para tratar os patógenos identificados

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Adicionar antibióticos ou antifúngicos conforme indicado pelos achados específicos dos testes diagnósticos.

2a

cirurgia-circuncisão

» A circuncisão é curativa na maioria dos casos em que os pacientes não responderam a tentativas de tratamento consecutivas de agentes tópicos e outras terapias (por exemplo, antibióticos).^[37] [1]

carcinoma in situ/neoplasia intraepitelial peniana (NIP)

1a

circuncisão (caso ainda não seja circuncisado)

» A circuncisão é a base do tratamento para carcinoma in situ peniano/NIP e deve ser oferecida caso o paciente ainda não seja circuncisado.

adjunto

agente tópico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» fluoruracila tópica

OU

» ácido salicílico tópico

OU

» resina de podofilina de uso tópico

Agudo

OU

» imiquimode de uso tópico

» Os agentes tópicos como fluoruracila, ácido salicílico, resina de podofilina e imiquimode podem ser usados isoladamente ou em combinação e ciclicamente. O uso desses agentes tópicos no carcinoma peniano in situ/ NIP é off-label e refletirá as circunstâncias clínicas individuais e a experiência e competência do médico responsável; trata-se de uma área especializada.

» Consulte um especialista para obter orientação quanto às doses.

adjunto **crioterapia, bisturi elétrico de alta frequência (Hyfrecator), laserterapia ou terapia fotodinâmica**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Crioterapia, bisturi elétrico de alta frequência (Hyfrecator), laserterapia e terapia fotodinâmica são opções de tratamento.

adjunto **cirurgia**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» As opções cirúrgicas incluem curetagem e cauterização, excisão, cirurgia micrográfica de Mohs e remodelamento da glândula.

adjunto **vacinação pós-exposição ao papilomavírus humano (HPV)**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Na presença de NIP indiferenciado conduzido pelo papilomavírus humano (HPV), há um motivo convincente para vacinação contra HPV pós-exposição.

Recomendações

Monitoramento

A maioria dos pacientes não precisará de um monitoramento adicional uma vez que o diagnóstico for estabelecido e sua afecção estiver sob controle.

Pacientes com câncer ou pré-câncer devem ser acompanhados regularmente – pelo menos uma vez a cada 3 meses ou mais frequentemente, conforme as diretrizes de câncer locais.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem receber aconselhamento adequado e apropriado sobre a afecção diagnosticada bem como um plano de tratamento em caso de recidiva ou agravamento da doença. Pacientes com líquen escleroso devem ser avisados do leve aumento do risco de carcinoma de células escamosas e aconselhados a buscar ajuda médica imediatamente se notarem qualquer alteração na aparência de sua pele peniana.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
estenose meatal	longo prazo	média
<p>Pode ocorrer em crianças e adultos após a circuncisão. Não é incomum que o líquen escleroso seja determinado como a etiologia nessa circunstância.</p> <p>A meatotomia é o tratamento definitivo.</p> <p>A dilatação meatal seriada pode causar estreitamento adicional e piorar a situação.</p>		
transformação maligna	variável	baixa
<p>A preocupação com a transformação maligna é particularmente significativa em nódulos erodidos ou ulcerados que não cicatrizam. Lesões verrucosas que não respondem à terapia usual para verrugas genitais também podem potencialmente sugerir malignidade.</p> <p>Nesses casos, a biópsia com interpretação histopatológica é obrigatória.</p>		

Prognóstico

A maioria dos pacientes melhorará após um diagnóstico preciso e tratamento adequado. O monitoramento e o acompanhamento dependerão do diagnóstico, da resposta ao tratamento e do risco de transformação maligna.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

2013 European guideline for the management of balanoposthitis

Publicado por: International Union Against Sexually Transmitted Infections

Última publicação em: 2014

2008 UK national guideline on the management of balanoposthitis

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em: 2008

Management of foreskin conditions

Publicado por: British Association of Paediatric Urologists

Última publicação em: 2007

Diretrizes de tratamento

Europa

2013 European guideline for the management of balanoposthitis

Publicado por: International Union Against Sexually Transmitted Infections

Última publicação em: 2014

British Association of Dermatologists guidelines for the management of lichen sclerosus

Publicado por: British Association of Dermatologists

Última publicação em: 2018

2008 UK national guideline on the management of balanoposthitis

Publicado por: British Association for Sexual Health and HIV

Última publicação em: 2008

Management of foreskin conditions

Publicado por: British Association of Paediatric Urologists

Última publicação em: 2007

The law and ethics of male circumcision: guidance for doctors

Publicado por: British Medical Association

Última publicação em: 2006

América do Norte

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention

Última publicação em:
2015

Recursos online

1. [Centers for Disease Control and Prevention](#) (*external link*)
-

Artigos principais

- Bunker CB. Dermatoses of male genitalia. In: Burns T, Breathnach S, Bleiker T, et al, eds. Rook's textbook of dermatology. 9th ed. New York, NY: Wiley-Blackwel; 2014.
- Edwards S, Bunker C, Ziller F, et al. 2013 European guideline for the management of balanoposthitis. Int J STD AIDS. 2014;25:615-626. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Bunker CB. Diseases and disorders of the male genitalia. In: Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York, NY: McGraw-Hill; 2003: Chapter 3.

Referências

1. Bunker CB. Dermatoses of male genitalia. In: Burns T, Breathnach S, Bleiker T, et al, eds. Rook's textbook of dermatology. 9th ed. New York, NY: Wiley-Blackwel; 2014.
2. Edwards S, Bunker C, Ziller F, et al. 2013 European guideline for the management of balanoposthitis. Int J STD AIDS. 2014;25:615-626. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. English JC, Laws RA, Keough GC, et al. Dermatoses of the glans penis and prepuce. J Am Acad Dermatol. 1997;37:1-24. [Resumo](#)
4. Wakatsuki A. Clinical experience of streptococcal balanoposthitis in 47 healthy adult males. Hinyokika Kiyo. 2005;51:737-740. [Resumo](#)
5. Cusano F, Capozzi M. Photocontact dermatitis from ketoprofen with cross-reactivity to ibuprofen. Contact Dermatitis. 1992;27:50-59. [Resumo](#)
6. Lyon CC, Kulkarni J, Zimerson E, et al. Skin disorders in amputees. J Am Acad Derm. 2000;42:501-507. [Resumo](#)
7. Gamulka BD. Index of suspicion. Case #1. Diagnosis: allergic contact dermatitis. Pediatr Rev. 2000;21:421-426. [Resumo](#)
8. Ramam M, Khaitan BK, Singh MK, et al. Frictional sweat dermatitis. Contact Dermatitis. 1998;38:49. [Resumo](#)
9. Jacobson MA. Review of the toxicities of foscarnet. J Acquir Immune Defic Syndr. 1992;5:11-17. [Resumo](#)
10. Birley HDL, Walker MM, Luzzi GA, et al. Clinical features and management of recurrent balanitis; association with atopy and genital washing. Genitourin Med. 1993;69:400-403. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Reiter H. Ueber eine bisher unerkannte. Dtsch Med Wochenschr. 1916;42:1535-1536.

12. Ridley CM. Lichen sclerosus et atrophicus. Br Med J (Clin Res Ed). 1987;295:1295-1296. [Texto completo](#) [Resumo](#)
13. Meffert JJ, Davis BM, Grimwood. Lichen sclerosus. J Am Acad Dermatol. 1995;32:393-416. [Resumo](#)
14. Powell JJ, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. Lancet. 1999;22:1777-1783. [Resumo](#)
15. Bunker CB. Diseases and disorders of the male genitalia. In: Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York, NY: McGraw-Hill; 2003: Chapter 3.
16. Riddell L, Edwards A, Sherrard J. Clinical features of lichen sclerosus in men attending a department of genitourinary medicine. Sex Transm Infect. 2000;76:311-313. [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Pelisse M. Lichen sclerosus. Ann Dermatol Venereol. 1987;114:411-419. [Resumo](#)
18. Feldmann R, Harms M. Lichen sclerosus et atrophicus. Hautarzt. 1991;42:147-153. [Resumo](#)
19. Datta C, Dutta SK, Chaudhuri A. Histopathological and immunological studies in a cohort of balanitis xerotica obliterans. J Indian Med Assoc. 1993;91:146-148. [Resumo](#)
20. Bunker CB. Topics in penile dermatology. Clin Exp Dermatol. 2001;26:469-479. [Resumo](#)
21. Edmonds EV, Hunt S, Hawkins D, et al. Clinical parameters in male genital lichen sclerosus: a case series of 329 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26:730-737. [Resumo](#)
22. Edmonds EV, Oyama N, Chan I, et al. Extracellular matrix protein 1 autoantibodies in male genital lichen sclerosus. Br J Dermatol. 2011;165:218-219. [Resumo](#)
23. Edmonds EV, Bunker CB. Nuclear magnetic resonance spectroscopy of urine in male genital lichen sclerosus. Br J Dermatol. 2010;163:1355-1356. [Resumo](#)
24. Bunker CB, Patel N, Shim TN. Urinary voiding symptomatology (micro-incontinence) in male genital lichen sclerosus. Acta Derm Venereol. 2013;93:246-248. [Resumo](#)
25. Edmonds E, Barton G, Buisson S, et al. Gene expression profiling in male genital lichen sclerosus. Int J Exp Pathol. 2011;92:320-325. [Resumo](#)
26. Zoon JJ. Balanoposthite chronique circonscrite benigne a plasmocytes. Dermatologica. 1952;105:1-7.
27. Zoon JJ. Verenigingsverslagen. Ned Tijdschr Geneesk. 1950;94:1528-1530.
28. Altmeyer P, Kastner U, Luther H. Balanitis/balanoposthitis chronica circumscripta benigna plasmacellularis - entity or fiction? Hautarzt. 1998;49:552-555. [Resumo](#)
29. Bunker CB. Review of dermatology journals. Sex Transm Infect. 1999;75:281-282.
30. Yoganathan S, Bohl TG, Mason G. Plasma cell balanitis and vulvitis (of Zoon). J Reprod Med. 1994;39:939-944. [Resumo](#)

31. Kiene P, Folster-Holst R. No evidence of human papillomavirus infection in balanitis circumscripta plasmacellularis Zoon. *Acta Derm Venereol.* 1995;75:496-497. [Resumo](#)
32. Catterall RD. In: Winner HL, Hurley R, eds. Symposium on candida infections. Edinburgh, UK: Livingstone; 1966:113.
33. Odds FC. Genital candidiasis. *Clin Exp Dermatol.* 1982;7:345-354. [Resumo](#)
34. Bunker CB. Re: Malignant and premalignant lesions of the penis. *BMJ.* 2013;346:f1149. [Texto completo](#)
35. Bunker CB. Malignant and premalignant lesions of the penis: penile cancer can be prevented or treated pre-emptively. *BMJ.* 2013;346:f2129. [Resumo](#)
36. Eisendle K, Grabner T, Kutzner H, et al. Possible role of *Borrelia burgdorferi* sensu lato infection in lichen sclerosus. *Arch Dermatol.* 2008;144:591-598. [Resumo](#)
37. Morris BJ, Krieger JN. Penile inflammatory skin disorders and the preventive role of circumcision. *Int J Prev Med.* 2017;8:32. [Resumo](#)
38. Mallon E, Hawkins D, Dinneen M, et al. Circumcision and genital dermatoses. *Arch Dermatol.* 2000;136:350-354. [Texto completo](#) [Resumo](#)
39. Morris BJ. Why circumcision is a biomedical imperative for the 21st century. *Bioessays.* 2007;29:1147-1158. [Resumo](#)
40. Doiron PR, Bunker CB. Obesity-related male genital lichen sclerosus. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(5):876-879. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Kmietowicz Z. Boys in England to get HPV vaccine from next year. *BMJ* 2018;362:k3237 [Resumo](#)
42. Centers for Disease Control and Prevention. HPV vaccines: vaccinating your preteen or teen. 2018. <https://www.cdc.gov/> [Texto completo](#) [Resumo](#)
43. Rao A, Bunker CB. Male genital skin biopsy. *Int J STD AIDS.* 2011;22:418-419. [Resumo](#)
44. Bunker CB, Shim TN. Male genital lichen sclerosus. *Indian J Dermatol.* 2015;60:111-117. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Bauer A, Geier J, Elsner P. Allergic contact dermatitis in patients with anogenital complaints. *J Repro Med.* 2000;45:649-654. [Resumo](#)
46. Bunker CB. Re: Sanjay Kulkarni, Guido Barbagli, Deepak Kirpekar, et al. Lichen sclerosus of the male genitalia and urethra: surgical options and results in a multicenter international experience with 215 patients. *Eur Urol* 2009;55:945-56. *Eur Urol.* 2010;58:e55-e56. [Resumo](#)
47. Kravvas G, Shim TN, Doiron PR, et al. The diagnosis and management of male genital lichen sclerosus: a retrospective review of 301 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(1):91-95. [Texto completo](#) [Resumo](#)

48. Lewis FM, Tatnall FM, Velangi SS, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2018. Br J Dermatol. 2018;178:839-853. [Texto completo](#) [Resumo](#)
49. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64:1-137. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Bunker CB, Neill S, Staughton RC. Topical tacrolimus, genital lichen sclerosus, and risk of squamous cell carcinoma. Arch Dermatol. 2004;140:1169. [Resumo](#)
51. Bunker CB. Male genital lichen sclerosus and tacrolimus. Br J Dermatol. 2007;157:1079-1080. [Resumo](#)
52. Kidd LC, Chaing S, Chipollini J et al. Relationship between human papillomavirus and penile cancer—implications for prevention and treatment. Transl Androl Urol. 2017;6(5):791–802. [Resumo](#)
53. Doiron PR, Bunker CB. Expanding the benefits of HPV vaccination to boys and men. Lancet. 2016;388:659. [Texto completo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Oct 02, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

Colaboradores:

// Autores:

Ian Chan, MD, MRCP

Consultant Dermatologist
St Mary's Hospital, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK
DIVULGAÇÕES: IC declares that he has no competing interests.

David Hawkins, FRCP

Consultant Genitourinary Physician
Chelsea and Westminster Hospital, London, UK
DIVULGAÇÕES: DH declares that he has no competing interests.

Christopher Bunker, MA, MD, FRCP

Consultant Dermatologist
Honorary Professor of Dermatology, University College London, Chelsea & Westminster Hospitals, London, UK
DIVULGAÇÕES: CB has received honoraria as European Society of Urology speaker. He is an author of a number of references cited in this topic.

// Colegas revisores:

Colm O'Mahony, MD, FRCP, BSc, DIPVen

Consultant in Sexual Health
Department of Sexual Health, Countess of Chester Hospital NHS Foundation Trust, Chester, UK
DIVULGAÇÕES: CO declares that he has no competing interests.

Sarah Edwards, MD

Consultant
Department of GU Medicine, West Suffolk Hospital, Suffolk, UK
DIVULGAÇÕES: SE declares that she has no competing interests.

David Paige, MD

Consultant Dermatologist and Honorary Senior Lecturer
Dermatology Department, The Royal London Hospital, London, UK
DIVULGAÇÕES: DP declares that he has no competing interests.

Jashin Wu, MD

Chief Dermatology Resident
University of California, Irvine, CA
DIVULGAÇÕES: JW declares that he has no competing interests.

Christopher Huston, MD

Assistant Professor of Medicine
Division of Infectious Diseases, University of Vermont College of Medicine, Burlington, VT
DIVULGAÇÕES: CH declares that he has no competing interests.

Nanette Silverberg, MD

Colaboradores:

Clinical Professor of Dermatology

Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York City, NY

DIVULGAÇÕES: NS declares that she has no competing interests.

Julian Trevino, MD

Associate Professor of Dermatology and Dermatology Residency Program Director

Boonshoft School of Medicine, Wright State University, Dayton, OH

DIVULGAÇÕES: Speaker's Bureau, Stiefel; Consultant, Abbott.