

BMJ Best Practice

Parafimose

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	5
Classificação	6
Prevenção	7
Prevenção primária	7
Prevenção secundária	7
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	11
Exames diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	12
Tratamento	14
Abordagem passo a passo do tratamento	14
Visão geral do tratamento	16
Opções de tratamento	18
Acompanhamento	22
Recomendações	22
Complicações	22
Prognóstico	22
Diretrizes	23
Diretrizes de tratamento	23
Referências	24
Imagens	26
Aviso legal	36

Resumo

- ◇ Ocorre quando o prepúcio de um pênis não circuncisado é retraído e permanece atrás da glândula, causando ingurgitamento vascular e edema da glândula distal.
- ◇ Na sua forma aguda, é uma emergência médica que requer avaliação rápida e possível descompressão cirúrgica.
- ◇ Pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em crianças e idosos.
- ◇ A circuncisão é preventiva e é curativa se o processo se desenvolver.
- ◇ A maioria dos casos tem etiologia iatrogênica.

Definição

Parafimose é uma doença que ocorre quando o prepúcio do pênis não circuncisado é retraído e permanece atrás da glândula, causando ingurgitamento vascular e edema da glândula distal.

[Fig-1]

[Fig-2]

Essa doença é uma emergência médica quando identificada agudamente e requer tratamento imediato e eficaz para impedir a perda da glândula distal.

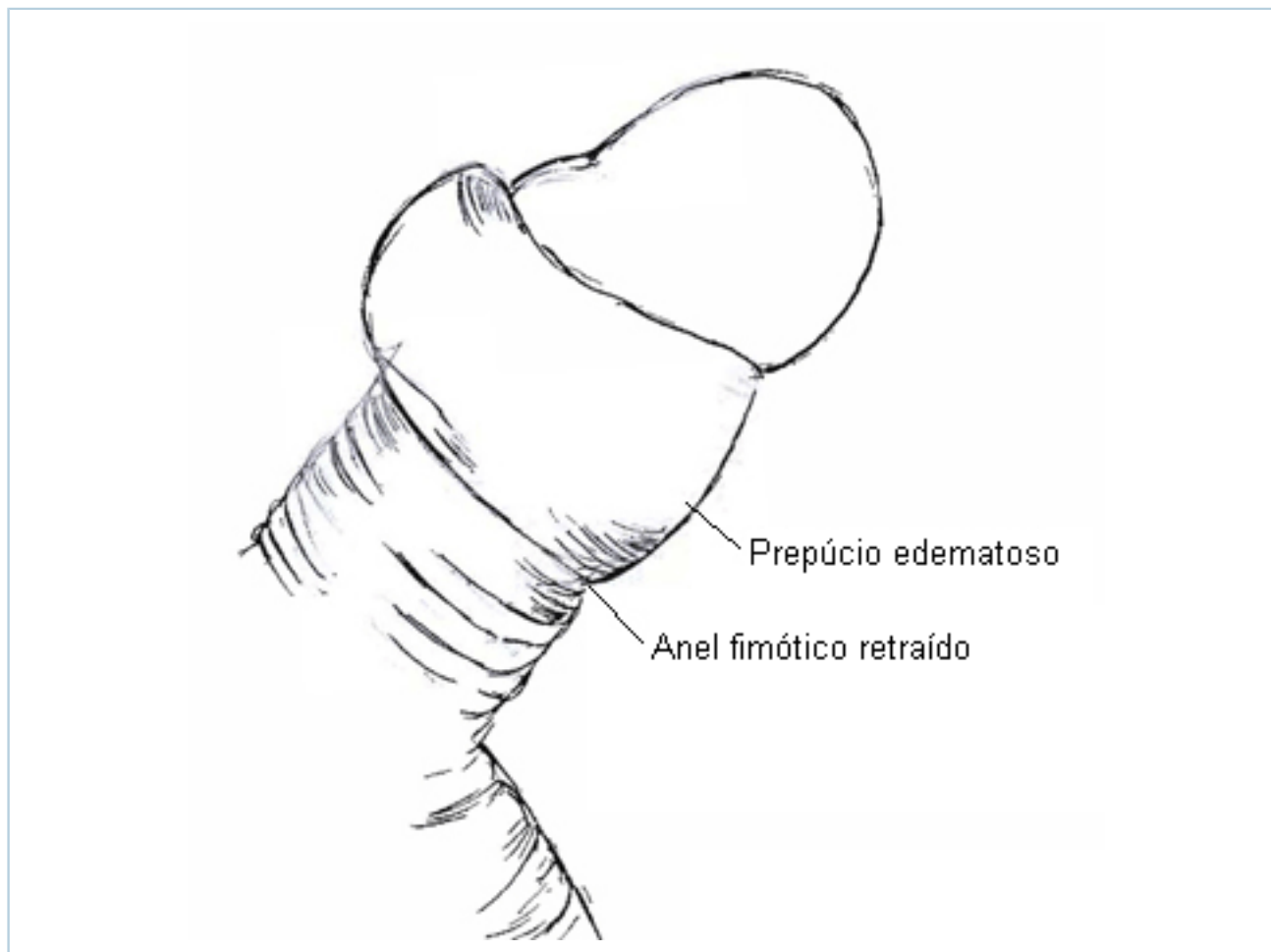


Diagrama ilustrando a parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews

Epidemiologia

A incidência de parafimose é desconhecida. Só existem relatos de casos isolados na literatura. Como a maioria dos casos é induzida de maneira iatrogênica ou acidentalmente induzida, o relato preciso da doença pode ser comprometido. Além disso, alguns pacientes podem não reportar a doença ou podem permitir que ela evolua para a forma crônica.[1] Ela pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em crianças e idosos.[2]

Etiologia

A etiologia mais comum segue a retração do prepúcio de um pênis não circuncisado por um profissional de saúde durante exame físico, cateterismo ou cistoscopia peniana, que então se esquece de recolocar o prepúcio por cima da glândula.[3] A coexistência de higiene deficiente e surtos recorrentes de infecção bacteriana (balanite) tornam a doença mais provável. Outras causas de parafimose incluem relação sexual em homem não circuncisado com fimose (abertura estreita do prepúcio), práticas sexuais que causam constrição do prepúcio, piercing peniano, infestações parasitárias, líquen escleroso, circuncisão inadequada ou hemangiomas do pênis.[4] [5] [6] Aproximadamente 29% dos pacientes têm evidência de fimose quando o edema do prepúcio diminui.[7]

Fisiopatologia

A retração do prepúcio atrás da glândula (na presença de prepúcio fimótico) causa constrição da glândula distal pelo anel fimótico. Isso causa ingurgitamento vascular, pois os fluxos linfático e venoso do anel constritor estão prejudicados. Isso resulta em edema secundário. As consequências são comprometimento vascular adicional, pois o fluxo arterial está prejudicado, e possível isquemia do pênis distal ao anel fimótico. Pode-se observar eventual necrose da glândula. Em outros casos, a pele da glândula se torna espessa e seca, causando a forma crônica da parafimose.

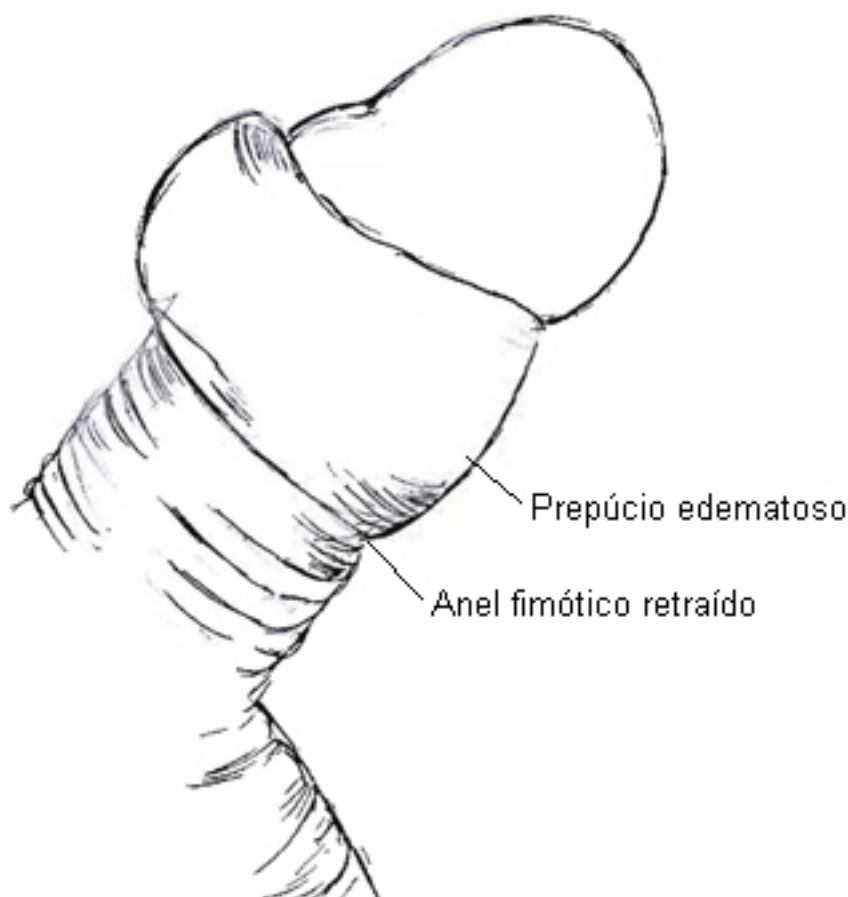


Diagrama ilustrando a parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews

Classificação

Tipos de parafimose

Embora a maioria dos casos seja aguda, uma forma crônica também pode ocorrer, em que os pacientes se apresentam vários dias após a queixa inicial.

Prevenção primária

A circuncisão é preventiva para o desenvolvimento de parafimose. Além disso, é necessário orientar o homem não circuncisado ou seus cuidadores de que, depois que o prepúcio for retraído, ele deve ser devolvido à posição anterior, por cima da glândula. Deve-se evitar a retração forçada do prepúcio fimótico. Anéis compressores, etc. devem ser evitados.

Prevenção secundária

O uso de práticas sexuais ou de saúde que deixam o prepúcio retraído deve ser evitado. Pacientes que tiveram parafimose decorrente de piercing corporal devem ser instruídos a não recolocar o piercing. Aqueles que tiveram a condição em decorrência de uma reação alérgica devem evitar o alérgeno.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem não circuncisado de 72 anos de idade é trazido ao pronto-socorro com preocupações sobre edema peniano. Ele tem uma história de demência e está internado para cuidados em longo prazo. Ele tem problemas com incontinência, e decidiu-se tratá-lo com drenagem com cateter de Foley em longo prazo. O cateter foi trocado 2 dias antes da apresentação no pronto-socorro. No dia da apresentação, observa-se que o prepúcio está completamente retraído, com ingurgitamento e edema da glândula e dor à palpação.

Caso clínico #2

Um menino não circuncisado de 6 meses de idade é trazido à clínica pediátrica com história de 24 horas de edema peniano. Os pais observaram que estava difícil retraindo o prepúcio. Durante o banho na noite anterior, a mãe finalmente conseguiu retraindo o prepúcio por completo. Na clínica, o prepúcio permanece retraído atrás da glândula, que está edematosa e ingurgitada. O lactente parece sentir dor quando o pênis é manipulado.

Outras apresentações

Em virtude de constrangimento, alguns pacientes podem não se apresentar até que tenha ocorrido a necrose da glândula. Uma forma crônica também pode ocorrer; nesses pacientes, um anel fibrótico e ingurgitamento e edema crônicos da glândula são observados.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico é baseado na história e no exame físico.

História

Pacientes adultos geralmente se queixam de dor no pênis. Pacientes pediátricos podem se apresentar com sintomas obstrutivos de micção (ou seja, sensação de esvaziamento incompleto, esforço à micção e fluxo urinário reduzido). É importante determinar a duração do episódio de parafimose, pois a redutibilidade manual pode estar comprometida em pacientes com evolução prolongada. Além disso, essa informação pode ser útil no aconselhamento de pacientes e famílias sobre a possibilidade de perda do tecido (por exemplo, glândula ou prepúcio).

Exame físico

No exame físico, a glândula está aumentada e congestionada com um colar de prepúcio edematoso.

Uma faixa constritiva de tecido pode ser observada diretamente atrás da cabeça do pênis. O restante da haste peniana não apresenta nada digno de nota.

A glânde e o prepúcio devem ser avaliados quanto a sinais precoces de necrose. Uma glânde mole, rosada e maleável é tranquilizadora quanto à presença de fluxo sanguíneo. Áreas escuras, ou a presença de uma glânde não maleável, são preocupações quanto à presença de necrose precoce.

Muitos pacientes têm um cateter de demora. Utiliza-se um cateter de demora se o paciente não pode urinar normalmente. Isso pode acontecer em algumas condições clínicas, como aumento da próstata ou depois de cirurgia na pelve ou no trato urinário. Outro motivo para o uso de cateter é a incontinência urinária. Após determinar o motivo para a inserção do cateter, ele deve ser removido antes da tentativa de redução da parafimose.

Em crianças, a parafimose pode se apresentar como obstrução urinária aguda.

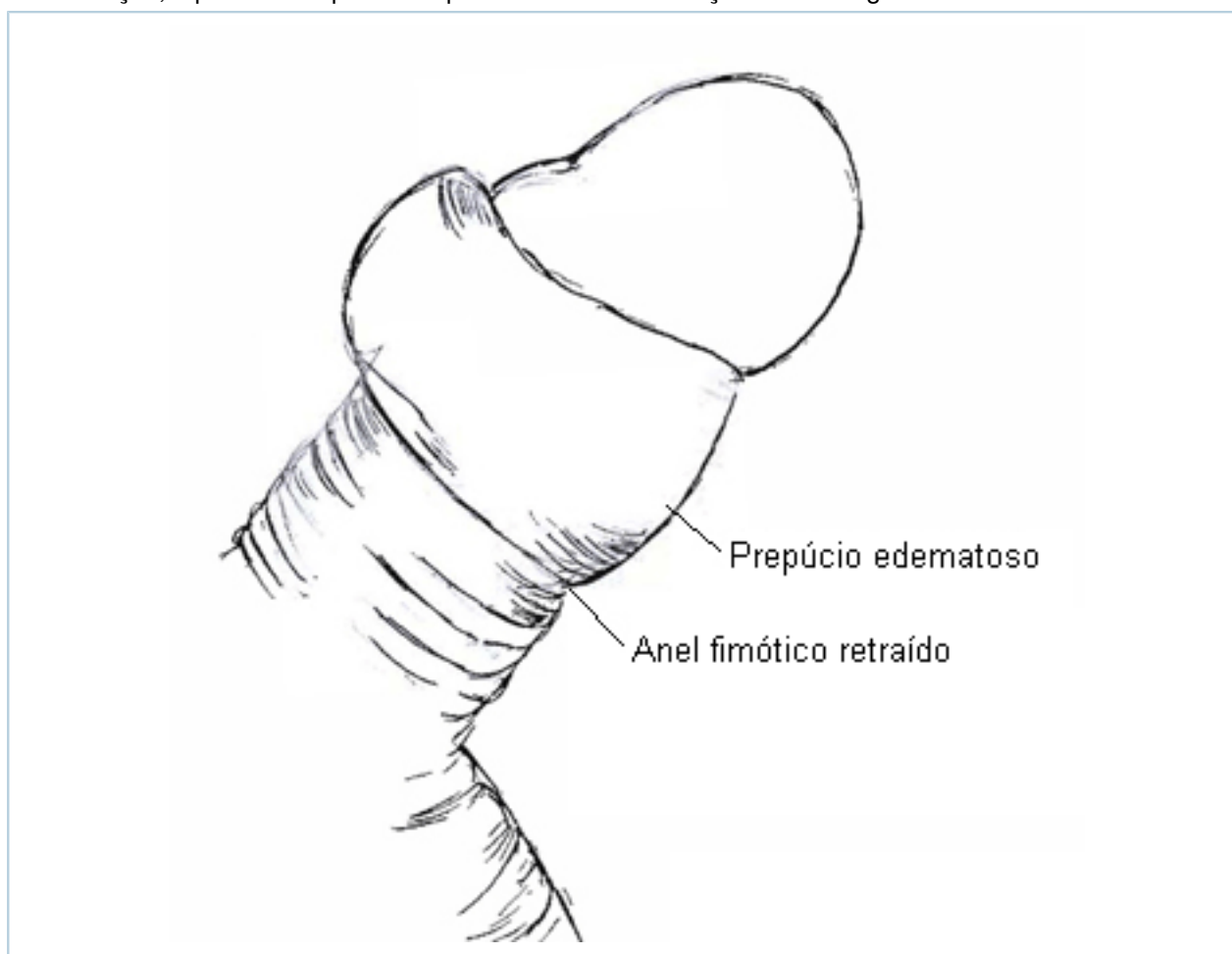


Diagrama ilustrando a parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews

[Fig-1]

[Fig-2]

Fatores de risco

Fortes

ausência de circuncisão

- A causa primária do desenvolvimento de parafimose. A afecção não ocorre em homens circuncidados.

cateterismo urinário

- A causa mais comum de parafimose é o cateterismo urinário quando, após a inserção do cateter, o prepúcio não é recolocado por cima da glândula.

dependência de um cuidador para higiene diária

- Estes pacientes apresentam risco para parafimose. Os problemas surgem quando o prepúcio não é devolvido à posição original após retração para limpeza ou inserção de cateter.

prepúcio apertado

- Se um prepúcio apertado for retraído com força (por exemplo, durante relação sexual), ele pode ficar preso atrás da glândula e causar parafimose.

fimose

- A abertura estreita do prepúcio tem forte associação com o desenvolvimento de parafimose. A densidade do anel fimótico determina o grau de comprometimento vascular que se desenvolve. Quanto mais denso for o anel, maior é o grau de ingurgitamento vascular, eventual comprometimento vascular e possibilidade de necrose da glândula.

higiene precária

- Torna a doença mais provável.

infecção bacteriana

- A existência de surtos recorrentes de infecção bacteriana (balanopostite) torna a parafimose mais provável.

infecção parasitária

- Infecções como filariose, que prejudicam a drenagem linfática, podem causar parafimose.

líquen escleroso

- Essa condição afeta principalmente o prepúcio, causando perda de coloração da pele, cicatrização e constrição.

diabetes

- Condições crônicas, como diabetes, podem ocasionar episódios recorrentes de infecção peniana e eventual fimose. Isso aumenta o risco potencial de desenvolvimento de parafimose. Além disso, o diabetes aumenta a probabilidade de necrose subsequente.[8]

piercing peniano

- Pode causar parafimose.

hemangiomas do pênis

- Podem causar parafimose.

Fracos

doença vascular periférica

- Afecções crônicas, como doença vascular periférica, podem causar episódios recorrentes de infecção peniana e eventual fimose. Isso aumenta o risco potencial de desenvolvimento de parafimose. Além disso, a doença vascular periférica aumenta a probabilidade de necrose subsequente.[8]

circuncisão inadequada

- Pode causar parafimose.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco associados fortemente com a parafimose incluem ausência de circuncisão, cateterismo urinário, prepúcio apertado, fimose, piercing peniano, higiene deficiente, infecção bacteriana, infestação parasitária, líquen escleroso, dependência de um cuidador, diabetes e hemangiomas do pênis.

dor no pênis (comum)

- Pacientes adultos geralmente se queixam de dor no pênis.

faixa de tecido do prepúcio retraído atrás da glândula (comum)

- Uma faixa constritiva de tecido pode ser observada diretamente atrás da cabeça do pênis.

[Fig-1]

[Fig-2]

glândula edemaciada (comum)

- A glândula está aumentada e congestionada com um colar de prepúcio edematoso. A haste do pênis não está edemaciada.

cateter de demora (comum)

- Muitos pacientes têm um cateter de demora. Após determinar o motivo para a inserção do cateter, ele deve ser removido antes da tentativa de redução da parafimose.

Outros fatores de diagnóstico

eritema (comum)

- Pode haver vermelhidão.

tecido escuro na glândula (incomum)

- Uma suspeita para a presença de necrose precoce.

glândula não maleável (incomum)

- Uma suspeita para a presença de necrose precoce.

incapacidade de urinar livremente (incomum)

- Pacientes pediátricos podem se queixar de sintomas obstrutivos da micção.

Exames diagnóstico**Primeiros exames a serem solicitados**

Exame	Resultado
ausência de testes diagnósticos	o diagnóstico é clínico

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Reações alérgicas	<ul style="list-style-type: none"> • História de mudanças de detergentes, uso de roupas novas ou agentes de limpeza em lactentes pode direcionar o médico a uma possível reação alérgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de contato positivo. • Evitar o suposto irritante deve amenizar os sintomas.
Picadas de inseto	<ul style="list-style-type: none"> • História de exposição a insetos (ou aranhas) deve levantar suspeita de picadas como causa de edemaciamento do pênis e do prepúcio. Além disso, muitas picadas são associadas com o início precoce da necrose do tecido. Prurido é geralmente um sinal predominante. O local da picada ou ferroadada pode estar visível. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-histamínicos devem reduzir a vermelhidão e o edemaciamento.
Síndrome de Tourniquet	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de anel constritivo. O uso de anéis penianos constritivos para melhorar a ereção por meio da compressão dos corpos cavernosos também pode causar constrição da glândula e do prepúcio. Às vezes, o anel pode estar inserido tão profundamente no tecido edematoso que parece ser invisível. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exame físico do pênis.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Estrangulação por laço de cabelo	<ul style="list-style-type: none">• Presença de laço de cabelo. Em lactentes, a estrangulação por laço de cabelo pode causar lesão significativa do corpo e edema distal à glândula. O laço de cabelo, geralmente de cabelo materno, pode estar inserido profundamente no tecido edematoso e pode ser difícil de identificar.	<ul style="list-style-type: none">• Exame físico do pênis.

Abordagem passo a passo do tratamento

A parafimose deve ser considerada uma emergência médica, e providências devem ser tomadas rapidamente para reverter essa condição dolorosa e evitar perda de tecido.

Deve-se realizar uma inspeção cuidadosa do pênis para garantir que não há faixas constritivas ou corpos estranhos (por exemplo, piercing). Na presença de um cateter de demora, após determinar o motivo de sua inserção, deve-se removê-lo antes da tentativa de redução da parafimose. O cateter pode ser reintroduzido após redução bem-sucedida.

Cirurgia de emergência

Pacientes com evidência de isquemia significativa da glândula, com necrose e descamação do prepúcio e/ou da glândula, precisam de consulta com um urologista. Eles precisam de sedação ou anestesia geral para o procedimento, seguida por redução imediata por meio de técnicas cirúrgicas. O tecido desvitalizado requer desbridamento cirúrgico.

Tipo agudo sem isquemia e necrose

- Manipulação

O primeiro método de tratamento envolve a manipulação do pênis para reduzir o edemaciamento e para recolocar o prepúcio por cima da glândula. A parafimose pode ser extremamente dolorosa. Portanto, devem ser administrados analgésicos antes do tratamento. A quantidade de analgésicos depende do paciente. Alguns pacientes toleram formulações tópicas; outros preferem a injeção de um anestésico local. Garotos jovens geralmente necessitam de administração parenteral de opioides e agentes sedativos em associação com anestésicos locais. O anestésico local pode ser usado como uma injeção única na linha média dorsal do pênis ou como bloqueio em anel na base do pênis.



Diagrama ilustrando a técnica para a redução manual da parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews

Aplica-se gelo, compressão ou um agente osmótico após a anestesia.[9]

- Bolsas de gelo: podem ser aplicadas ao pênis (depois que ele for coberto com plástico) para reduzir o edema.
- Compressão: geralmente é realizada usando uma mão enluvada, mas também pode ser obtida com um curativo de 2 x 2 polegadas. A glândula edematosa e o prepúcio devem ser comprimidos até que se observe melhora no edema. Essa técnica é bem-sucedida na maioria dos garotos com parafimose.
- Agente osmótico: esta técnica se baseia no princípio de que o líquido flui contrário a um gradiente de concentração; neste caso, o líquido hipotônico no pênis flui para o agente hipertônico no lado externo da pele. O agente mais comumente usado é açúcar granulado fino, em quantidades abundantes.[10]

Tendo-se reduzido o edemaciamento do prepúcio o máximo possível, realiza-se a redução manual. O anel fimótico é puxado, ao passo que a glândula é empurrada para baixo.[9]

[Fig-5]

[Fig-6]

- Técnica de punção

Pode ser usada após tentativas frustradas de redução com procedimentos minimamente invasivos. A perfuração do prepúcio em vários locais (técnica de Dundee) permite exsudação do fluido edematoso e redução no edemaciamento.[7] [11] Após analgesia e sedação local adequadas, várias punções são feitas no prepúcio edematoso usando uma agulha hipodérmica de calibre 22. Em seguida, o prepúcio é reduzido por compressão e redução manual.

Hialuronidase, uma proteína natural que causa hidrólise do ácido hialurônico, um mucopolissacarídeo extracelular, pode ser usada para melhorar a técnica de punção.[12] A injeção da hialuronidase no prepúcio edematoso causa degradação do ácido hialurônico e redução do edema. A redução imediata do edema será observada, e então pode-se tentar a redução.

- Redução cirúrgica seguida por circuncisão

Reservada para pacientes cujas tentativas conservadoras de redução não foram bem-sucedidas.

Embora possa ser feita à beira do leito usando um bloqueio peniano (ou seja, anestesia local associada a sedação) em pacientes muito enfermos e idosos, na maioria dos pacientes será necessária anestesia geral.

Para o procedimento de fenda dorsal, o anel fimótico é incisado no aspecto dorsal do pênis até que a liberação do prepúcio seja identificada. Isso permite que o edema diminua. Para fechar as bordas usa-se sutura com catagute crômico 4-0 ou semelhante. A conclusão da circuncisão é realizada em um segundo procedimento, depois que o edema do prepúcio remitir.

[Fig-7]

[Fig-8]

[Fig-9]

Tipo crônico sem isquemia e necrose

Estes pacientes também devem ser submetidos a redução cirúrgica seguida por circuncisão.

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)	
com isquemia e necrose	
1a	cirurgia de emergência
tipo agudo sem isquemia e necrose	
1a	manipulação
2a	técnica de punção
adjunto	hialuronidase
3a	redução cirúrgica seguida por circuncisão

Agudo (resumo)	
tipo crônico sem isquemia e necrose	
1a	redução cirúrgica seguida por circuncisão

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

com isquemia e necrose

1a

cirurgia de emergência

- » Pacientes com evidência de isquemia significativa da glândula, com necrose e descamação do prepúcio e/ou da glândula, precisam de consulta com um urologista.
- » Eles precisam de sedação ou anestesia geral durante o procedimento, seguida por redução imediata por meio de técnicas invasivas.
- » O tecido desvitalizado requer desbridamento cirúrgico.

tipo agudo sem isquemia e necrose

1a

manipulação

- » Realizada para reduzir o edemaciamento e recolocar o prepúcio por cima da glândula.
- » Antes da manipulação, é necessário um analgésico tópico ou injeção de um anestésico local. Garotos jovens geralmente necessitam de administração parenteral de opioides e agentes sedativos em associação com anestesia local.
- » Pode-se aplicar gelo, compressão ou um agente osmótico após a anestesia.[9]
- » Bolsas de gelo podem ser aplicadas ao pênis depois que ele for coberto com plástico.
- » A compressão geralmente é realizada usando uma mão enluvada, mas também pode ser obtida com um curativo de 2 x 2 polegadas. A glândula edematosa e o prepúcio devem ser comprimidos até que se observe melhora no edemaciamento. Essa técnica é bem-sucedida na maioria dos garotos com parafimose.
- » Agente osmótico (por exemplo, açúcar granulado fino) é aplicado em quantidades abundantes, com base no princípio de que o líquido flui contrário a um gradiente de concentração; neste caso, o líquido hipotônico no pênis flui para o agente hipertônico no lado externo da pele.[10]

Agudo

» Tendo-se reduzido o edemaciamento do prepúcio o máximo possível, realiza-se a redução manual. O anel fimótico é puxado, ao passo que a glande é empurrada para baixo.[9]
[Fig-5]

[Fig-6]

»



*Diagrama ilustrando a técnica para a redução manual da parafimose
Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews*

2a técnica de punção

- » Pode ser usada após tentativas frustradas de redução com procedimentos minimamente invasivos.
- » A perfuração do prepúcio em vários locais (técnica de Dundee) permite exsudação do fluido edematoso e redução no edemaciamento.[7] [11]
- » Após analgesia e sedação local adequadas, várias punções são feitas no prepúcio edematoso usando uma agulha hipodérmica de calibre 22.
- » Em seguida, o prepúcio é reduzido por compressão e redução manual.

adjunto hialuronidase

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

Agudo

» **hialuronidase:** consulte um especialista para obter orientação sobre a dose

» Esta proteína natural pode ser usada para melhorar a técnica de punção.[12]

» A injeção da hialuronidase no prepúcio edematoso causa degradação do ácido hialurônico e redução do edema.

» À medida que o edemaciamento diminui, pode-se tentar a redução.

3a redução cirúrgica seguida por circuncisão

» Reservada para pacientes cujas tentativas conservadoras de redução não foram bem-sucedidas.

» Embora possa ser feita à beira do leito usando um bloqueio peniano (ou seja, anestesia local associada a sedação) em pacientes muito enfermos e idosos, na maioria dos pacientes será necessária anestesia geral.

» Para o procedimento de fenda dorsal, o anel fimótico é incisado no aspecto dorsal do pênis até que a liberação do prepúcio seja identificada.

[Fig-7]

[Fig-8]

Isso permite que o edema diminua. Para fechar as bordas usa-se sutura com categute crômico 4-0 ou semelhante.

» A conclusão da circuncisão é realizada em um segundo procedimento, depois que o edemaciamento do prepúcio remittir.

[Fig-9]

tipo crônico sem isquemia e necrose

1a redução cirúrgica seguida por circuncisão

» Pacientes com a forma crônica da parafimose devem ser submetidos a redução cirúrgica seguida por circuncisão como terapia de primeira linha.

» Embora possa ser feita à beira do leito usando um bloqueio peniano (ou seja, anestesia local associada a sedação) em pacientes muito enfermos e idosos, na maioria dos pacientes será necessária anestesia geral.

» Para o procedimento de fenda dorsal, o anel fimótico é incisado no aspecto dorsal do

Agudo

pênis até que a liberação do prepúcio seja identificada.

[Fig-7]

[Fig-8]

Isso permite que o edema diminua. Para fechar as bordas usa-se sutura com categute crômico 4-0 ou semelhante.

» A conclusão da circuncisão é realizada em um segundo procedimento, depois que o edemaciamento do prepúcio remitar.

[Fig-9]

Recomendações

Monitoramento

Pacientes com um procedimento de redução sem incidentes podem não precisar de circuncisão, e o acompanhamento médico com a unidade básica de saúde pode ser suficiente. Pacientes submetidos a cirurgia precisarão de avaliação de acompanhamento com um urologista.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem receber instruções sobre higiene, evitação de retração forçada e prolongada do prepúcio e evitação de irritantes. Para pacientes submetidos a redução parafimótica por métodos invasivos, a aplicação de creme antibiótico tópico às linhas de incisão impede a infecção do local.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
necrose da glândula e/ou do prepúcio	variável	baixa
Esta é a complicação mais devastadora da parafimose. Podem ser observados vários graus de necrose. Quadros clínicos preexistentes de diabetes e doença vascular periférica aumentam a probabilidade de necrose. ^[8] A descompressão rápida da parafimose pode evitar essa complicação.		

Prognóstico

Após a redução imediata da parafimose, a maioria dos pacientes se recupera completamente. O edemaciamento do prepúcio diminuirá ao longo dos dias seguintes. Dependendo da etiologia, recomenda-se orientação apropriada do paciente e/ou seus cuidadores. Alguns pacientes não precisarão de circuncisão. Pacientes com evidência de fimose devem ser aconselhados sobre a conveniência da circuncisão. Além disso, aqueles com um episódio repetido de parafimose ou que foram submetidos a um procedimento de fenda dorsal precisarão de acompanhamento com circuncisão.

Diretrizes de tratamento

Europa

Guidelines on paediatric urology

Publicado por: European Association of Urology; European Society for Paediatric Urology

Última publicação em: 2017

Management of foreskin conditions

Publicado por: British Association of Paediatric Urologists

Última publicação em: 2007

Artigos principais

- Rangarajan M, Jayakar SM. Paraphimosis revisited: is chronic paraphimosis a predominantly third world condition? Trop Doct. 2008 Jan;38(1):40-2.
- Williams JC, Morrison PM, Richardson JR. Paraphimosis in elderly men. Am J Emerg Med. 1995 May;1(3):351-3.
- DeVries CR, Miller AK, Packer MG. Reduction of paraphimosis with hyaluronidase. Urology. 1996 Sep;48(3):464-5.

Referências

1. Rangarajan M, Jayakar SM. Paraphimosis revisited: is chronic paraphimosis a predominantly third world condition? Trop Doct. 2008 Jan;38(1):40-2.
2. Williams JC, Morrison PM, Richardson JR. Paraphimosis in elderly men. Am J Emerg Med. 1995 May;1(3):351-3.
3. Choe JM. Paraphimosis: current treatment options. Am Fam Physician. 2000 Dec 15;62(12):2623-6, 2628. [Texto completo](#)
4. Verma S. Coital penile trauma with severe paraphimosis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005 Jan;19(1):134-5.
5. Ramdass MJ, Naraynsingh V, Kuruvilla T, et al. Case report. Paraphimosis due to erotic dancing. Trop Med Int Health. 2000 Dec;5(12):906-7.
6. Yiqiter M, Arda IS, Hicsonmez A. An unusual cause of paraphimosis: hemangioma of the glans penis. J Pediatr Surg. 2008 Feb;43(2):e31-3.
7. Reynard JM, Barua JM. Reduction of paraphimosis the simple way - the Dundee technique. BJU Int. 1999 May;83(7):859-60.
8. Berk DR, Lee R. Paraphimosis in a middle-aged adult after intercourse. Am Fam Physician. 2004 Feb 15;69(4):807-8. [Texto completo](#)
9. Turner CD, Kim HL, Cromie WJ. Dorsal band traction for reduction of paraphimosis. Urology. 1999 Nov;54(5):917-8.
10. Kerwat R, Shandall A, Stephenson B. Reduction of paraphimosis with granulated sugar. Br J Urol. 1998 Nov;82(5):755.
11. Barone JG, Fleisher MH. Treatment of paraphimosis using the "puncture" technique. Pediatr Emerg Care. 1993 Oct;9(5):298-9.

12. DeVries CR, Miller AK, Packer MG. Reduction of paraphimosis with hyaluronidase. Urology. 1996 Sep;48(3):464-5.

Imagens



Figura 1: Parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 28, 2017.

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.



Figura 2: Anel parafimótico

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews

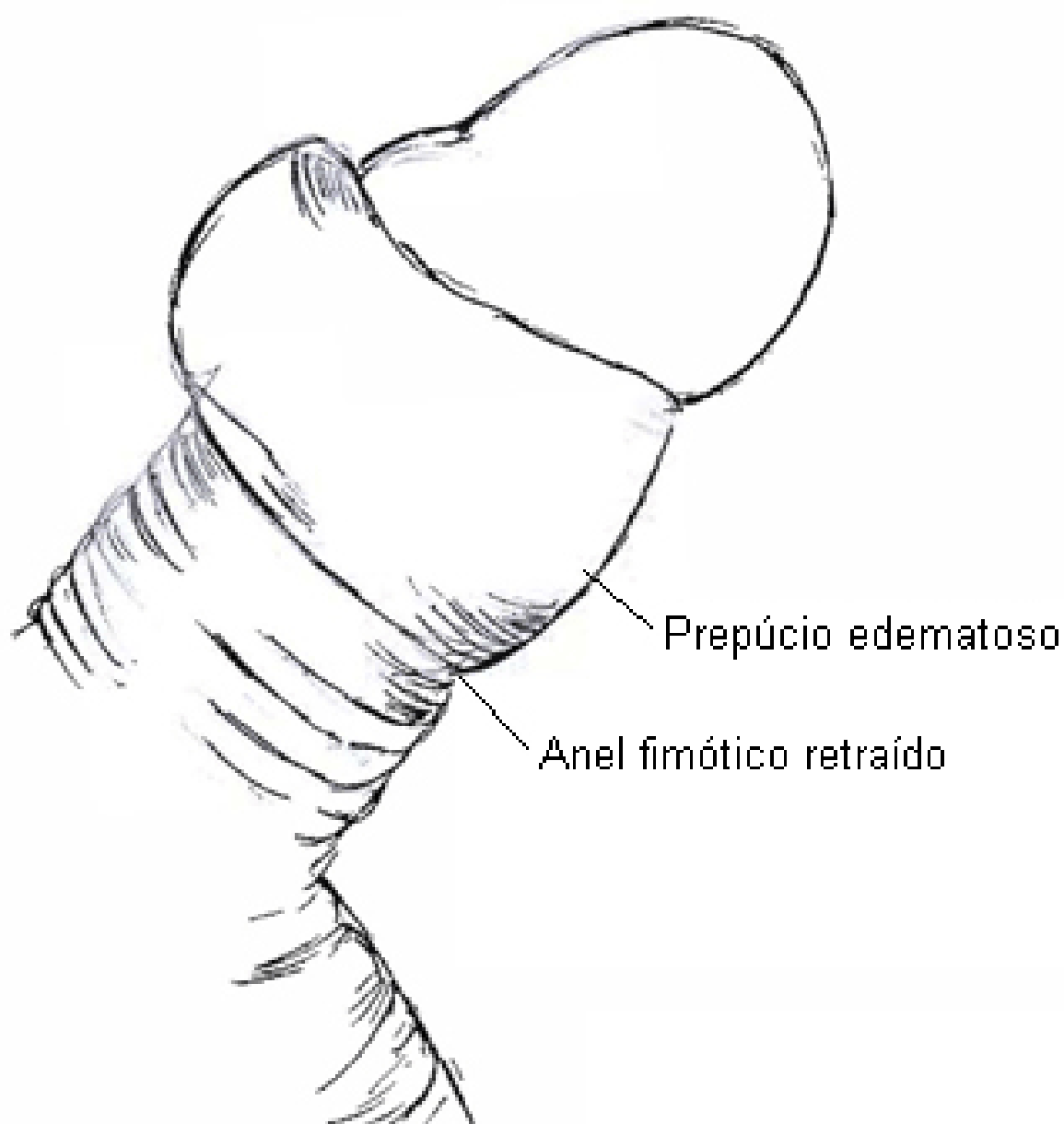


Figura 3: Diagrama ilustrando a parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews



Figura 4: Diagrama ilustrando a técnica para a redução manual da parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews



Figura 5: Pré-redução da parafimose

Do acervo de Dra. Michelle Semins e Dr. Adam Kern



Figura 6: Processo de manipulação da parafimose

Do acervo de Dra. Michelle Semins e Dr. Adam Kern



Figura 7: Fenda dorsal para tratamento da parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews



Figura 8: Fenda dorsal para tratamento da parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews

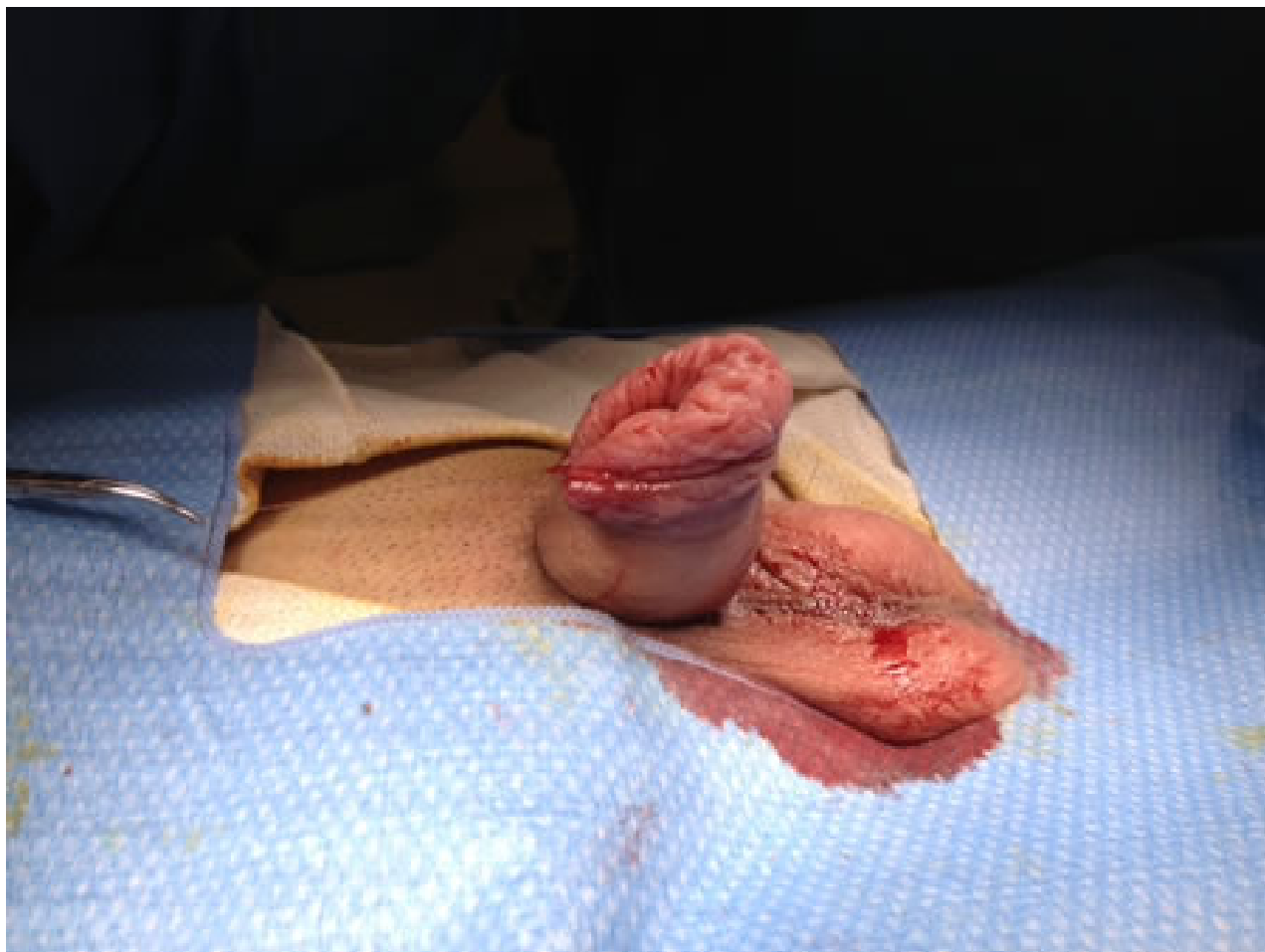


Figura 9: Fenda dorsal completa e redução da parafimose

Do acervo de Dr. Ranjiv Mathews

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	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

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

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

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Ranjiv Mathews, MD

Associate Professor

Pediatric Urology, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD

DIVULGAÇÕES: RM declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

John Thomas, MD

Assistant Professor of Urologic Surgery

Division of Pediatric Urology, Monroe Carell Jr. Children's Hospital at Vanderbilt, Nashville, TN

DIVULGAÇÕES: JT declares that he has no competing interests.

Vincent Gnanapragasam, MBBS, BMedSci, PhD, FRCSEng, FRCSEd(Urol)

Lecturer in Uro-oncology and Consultant Urological Surgeon

Department of Urology, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK

DIVULGAÇÕES: VG declares that he has no competing interests.