



Influência do tipo de sutura na cicatrização da postectomia

Alcedir Raiser Lima (1), Bruno Simão Rodrigues (1), Luiz Carlos Maciel (1), Kairo Brandão de Andrade (1), Rafael Spada Rebechi (1)

» Resumo

INTRODUÇÃO: A definição de fimose é controversa na literatura. Pode-se defini-la como um enrijecimento na parte distal do prepúcio que impede a sua retração. Trata-se de um estreitamento congênito ou adquirido da abertura prepucial, caracterizada por um prepúcio não retrátil, sem aderências, que pode causar acúmulo de secreção, podendo resultar em irritação e balanites. As principais indicações para a realização da postectomia são: fimose, prepúcio redundante, balanopostites de repetição, dificuldades no ato sexual, infecções urinárias na infância e infecções herpéticas de repetição.

OBJETIVO: Comparar a evolução pós-operatória complicações entre a sutura contínua e a sutura separada nas postectomias.

RESULTADOS: Foram estudados 41 homens sendo 20 no grupo com sutura contínua e 21 no grupo de sutura separada. As idades bem como os tipos anátomo-clínicos da fimose apresentaram, em ambos os grupos, uma distribuição semelhante. Nos retornos pós-operatórios foram avaliadas: edema, hematoma, sangramento, deiscência e o retorno a atividade sexual. Houve diferença estatística significativa entre os grupos no edema no 30º PO. Discussão: A circuncisão pode ser considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e ainda sim continua sendo uma das cirurgias mais realizadas em todo mundo. Estudos recentes sobre suas complicações são escassos. Não houve influência do tipo de sutura na anastomose cutâneo-mucosa com as complicações identificadas neste estudo e com a amostra presente.

CONCLUSÃO: Fica como decisão do cirurgião e sua experiência a decisão para a escolha da sutura simples ou separada.

(1) - Serviço de urologia do Hospital Universitário de Taubaté, Taubaté, SP

.....
Palavras chaves:
Postectomia, Sutura, Complicações

INTRODUÇÃO

Derivada do grego, postectomia significa ressecção do prepúcio (posthé – prepúcio e ektomé - ressecção). Recebe diversas outras denominações sendo o termo circuncisão, do latim circuncisu, consagrado entre leigos (1).

A definição de fimose é controversa na literatura. Trata-se de um estreitamento congênito ou adquirido da pele que cobre a glândula, caracterizada por um prepúcio não retrátil e que pode causar acúmulo de esmegma, levando a irritação e balanites (2,3).

O prepúcio é uma estrutura que ao nascimento esta aderida à glândula. Esta aderência resulta de uma camada comum de epitélio escamoso entre a glândula e a mucosa do prepúcio a qual continua firme até que a descamação do esmegma desfaz as aderências. Estes processos acontecem gradualmente e tornam-se quase completos em torno dos três anos de idade (2,4).

Oster demonstrou que nos recém-nascidos masculinos o prepúcio é retrátil somente em 4%, aos seis meses em 20%, aos três anos em 50% e aos 17 anos em 99% (2).

Basicamente são duas entidades: a congênita e a adquirida, baseadas na idade e fisiopatologia. Ambas se referem à dificuldade ou à incapacidade de retraindo o prepúcio distal sobre a glândula (2,3).

A fimose pode ser classificada em quatro tipos anatômicos, conforme o grau de estenose e o aspecto do prepúcio: Tipo I: o prepúcio apresenta-se em excesso, cobrindo toda a glândula impedindo que esta seja visível; Tipo II: o prepúcio cobre a glândula totalmente, mas consegue-se expor o meato uretral externo; Tipo III: o prepúcio encontra-se estreitado em sua extremidade, porém é possível retrair-lo totalmente, sem dor, e após a exteriorização da glândula há constrição do prepúcio sobre os corpos cavernosos; Tipo IV: o prepúcio é redundante, sem área de constrição, mas frequentemente apresenta sinéquia balanoprepucial, pode ser sede de formação de esmegma ou apresentar balanopostite ou balanite de repetição e, por isso, tem sido classificado como um tipo de fimose (5-7).

As principais indicações para a realização da postectomia são: fimose, prepúcio redundante, balanopostites de repetição, dificuldades no ato sexual, infecções urinárias na infância e infecções herpéticas de repetição (6,8).

A circuncisão continua sendo muito realizada e, como em diversas áreas da medicina, foram surgindo aperfeiçoamentos e novas técnicas para a sua realização. A sutura após a ressec-

ção do anel de estenose ou mesmo do excesso de prepúcio é um tempo importante. Os resultados no pós-operatório imediato e tardio dependem desse tempo estando ele relacionado com o tipo de ponto realizado e o fio utilizado (9,10).

Dessa forma, o objetivo do estudo é comparar a evolução pós-operatória e as complicações entre a sutura contínua e a sutura separada nas postectomias, avaliando complicações precoces (sangramento, hematoma, linfedema, infecção e necrose), complicações tardias (cicatriz hipertrófica ou quelóide, fístula uretral e estenose de meato uretral) e o tempo de retorno à atividade sexual.

MATERIAIS E MÉTODOS

Um total de 50 pacientes com indicação de postectomia foram incluídos no estudo, provenientes do ambulatório de urologia do Hospital Universitário de Taubaté. Todos os pacientes foram informados e convidados a participar do trabalho por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: grupo 1, 25 pacientes submetidos a postectomia, realizando-se sutura com pontos simples separados; grupo 2, 25 pacientes submetidos a postectomia, no entanto, a sutura foi feita com pontos simples contínuos não ancorados e livre de tensão. A técnica cirúrgica realizada foi similar em todos os casos. Os materiais utilizados no procedimento foram da mesma marca e lote evitando um possível viés neste estudo.

Foram programados retornos pós-operatórios (PO) nos seguintes tempos: 4° PO, 9° PO, 16° PO, 23° PO, 30° PO. Os pacientes que necessitaram de retornos subsequentes foram atendidos de sete em sete dias até a alta ambulatorial.

O sangramento no pós-operatório foi considerado quando o paciente relatava saída de sangue durante a higiene da ferida operatória e que foi comprovada durante o exame físico ou com sangramento ativo ou evidências de sangramento recente. O edema foi avaliado com exame físico e classificado em ausente, leve, moderado e intenso. O hematoma foi avaliado identificando sua presença ou ausência. Foi considerada deiscência da sutura a separação dos bordos da ferida cirúrgica, parcial ou total; foram entendidas como presentes todas deiscências previamente identificadas, assim como aquelas que se mantiveram durante os retornos ambulatoriais (11,12).

O tempo foi considerado em dias, a partir do dia do procedimento. Durante a avaliação ambulatorial pós-operatória, apresentando a ferida cirúrgica macroscopicamente cicatrizada e sem outras complicações, o paciente foi liberado para a realização de relação sexual. O intervalo de tempo entre

o início da anestesia até o último ponto da sutura foi denominado tempo de procedimento (TP). Já o tempo decorrido entre o primeiro ponto da anastomose cutâneo - mucosa até o último foi denominado tempo de sutura (TS).

RESULTADOS

Cinquenta pacientes foram submetidos a postectomia, formando dois grupos de 25 homens sendo que o primeiro grupo foi submetido a sutura contínua e o segundo a sutura separada. No entanto, houve perda no seguimento de cinco pacientes no grupo da sutura contínua e de quatro pacientes no grupo da sutura separada. A distribuição dos grupos com relação e idade foi semelhante (Tabela 1).

Tabela 1 – Valores médios das idades segundo tipo de sutura.

Tipo de Sutura	Número de indivíduos (N)	Média	Mediana	p-valor
Contínua	20	28,35	22,00	0,38
Separada	21	32,86	28,00	

Os tipos mais comuns de apresentação clínica da fimose foram o 2 e o 3 em ambos os grupos compreendendo 28,6% em cada grupo (Tabela 2). A distribuição desses tipos clínicos foi muito semelhante (p-valor = 0,99).

O tempo de procedimento e o tempo de sutura foram anotados conforme a metodologia proposta (Tabela 3).

O sangramento foi evidenciado apenas no quarto pós-operatório não havendo significância estatística entre os dois grupos $p=0,55$ (Tabela 4).

A avaliação do edema no pós-operatório foi classificada em 4 graus conforme metodologia. Desta forma, foi avaliado e comparado, em cada retorno, os dois grupos. Houve significância estatística na avaliação do edema apenas no 30° PO ($p<0,05$) evidenciando que há diferença nos grupos estudados (Tabela 5).

O hematoma esteve presente em 10% no grupo da sutura contínua e 19% no grupo da sutura separada no quarto pós-operatório sem significância estatística (Tabela 6). Nenhum paciente estudado apresentou hematoma nos 16° PO, 23° PO e 30° PO.

Tabela 2 – Distribuição dos tipos de fimose segundo o tipo de sutura.

Tipo de Sutura	Tipos de Fimose				TOTAL
	1	2	3	4	
Contínua	3	6	6	5	20
Separada	4	6	6	5	21
Total (%)	19,1	28,6	28,6	23,8	41

P-valor = 0,99

Tabela 3 - Tempo de procedimento e tempo de sutura em minutos segundo tipo de sutura.

Tipo de Sutura	Tempo	Média	Mediana	P-valor
Contínua	TS	16,15	15,50	0,03
Separada	TS	20,10	18,00	
Contínua	TP	37,10	38,00	0,35
Separada	TP	40,29	37,00	

Tabela 4 – evolução do sangramento pós operatório.

Tipo de Sutura	Sangramento 4° PO	
	Ausência (-)	Presença (+)
Contínua	15	5
Separada	14	7

p- valor = 0,55

Tabela 5 – Evolução do edema no 30° Pós operatório.

Tipo de Sutura	Edema 30° PO	
	Ausente	Leve
Contínua	16	4
Separada	7	14

p-valor: 0,03 *não houve casos de edema intenso no 30° PO

Tabela 6 – Evolução do hematoma no pós operatório.

Tipo de Sutura	4ºPO		9ºPO	
	Hematoma		Hematoma	
	Ausência (-)	Presença (+)	Ausência (-)	Presença (+)
	-	+	-	+
Contínua	18	2	18	2
Separada	17	4	19	2
p-valor	0,41		0,95	

No grupo da sutura contínua, a deiscência esteve presente em 35% (7/20) e 55% (11/20) no quarto e nono PO, respectivamente. No outro grupo, foi observada em 28,5% (6/21) e 52,3% (11/21) no quarto e nono PO, respectivamente. A comparação desses dois grupos no decorrer de toda a evolução não demonstrou diferença estatisticamente significativa (Tabela 7).

Comparando os dois grupos estudados não houve diferença significativa no tempo em dias para a liberação para a atividade sexual (Tabela 8).

No período de tempo estudado e neste grupo de pacientes não houve complicações tardias da cicatrização tais como: cicatrização hipertrófica ou quelóide, fístula uretral e estenose do meato uretral.

DISCUSSÃO

Em 1950, cerca de 24% dos homens eram circuncidados no Reino Unido. No entanto, o melhor conhecimento anátomo-fisiológico do prepúcio (assim como melhoria das condições de saúde) resultou em redução para 6% nos meninos de 15 anos, com 35% destes procedimentos realizados antes dos seis anos.¹⁵ Atualmente, cerca de 69 a 97% de todos os meninos e homens são circuncidados nos Estados Unidos, 70% na Austrália, 48% no Canadá e 24% no Reino Unido. Ainda assim, a circuncisão continua sendo o procedimento mais comum em todo mundo, seja por razões terapêuticas ou não terapêuticas, com cerca de 30 mil procedimentos anualmente (13,14).

Apenas homens adultos foram submetidos a postectomia e os dois grupos foram semelhantes com relação a idade evitando um viés. Além disso, os tipos de apresentação clínica da fimose foram semelhantes nos dois grupos permitindo compará-los durante a evolução pós-operatória.

Como o tempo de procedimento e o de sutura podem ser fatores de interferência na evolução pós-operatória e consequentemente levar ao surgimento de complicações, optou-se por anotá-los em todas as cirurgias para então compará-los.

Houve diferença estatística com $p < 0,05$ no tempo de sutura (TS) no grupo da sutura separada com relação a outro grupo que pôde predispor o maior número de complicações no grupo da sutura separada, o qual obteve média e medianas maiores.

Tabela 7 – Avaliação da deiscência em cada grupo na evolução pós operatória.

Tipo de Sutura	4º		9º		Deiscência				30º	
					16º		23º			
	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+
Contínua	13	7	9	11	13	7	18	2	20	0
Separada	15	6	10	11	10	11	17	4	21	0
p-valor	0,65		0,86		0,26		0,41		-	-

Ausência (-) / Presença (+)

Tabela 8 – Liberação para a atividade sexual em dias.

Tipo de Sutura	Número de Indivíduos (N)	Média	Mediana	p-valor
Contínua	20	34,60	37,00	0,81
Separada	21	34,29	37,00	

Em estudo realizado em 1993 por Kapila, o sangramento pós-operatório ocorreu em sete pacientes, num grupo de 117. Porém, não ficou claro quando esse sangramento ocorreu e se necessitou de nova intervenção cirúrgica. Não está claro na literatura a real incidência de sangramento, mas estima-se em torno de 1,6%. Em nosso estudo não houve casos de reoperações devido ao sangramento o qual ocorreu em 12 pacientes, cinco no grupo da sutura contínua e sete no grupo da sutura separada, todos no 4º PO em pequena quantidade e muitas vezes atribuídos ao trauma devido ao uso de vestimenta inadequada e as ereções noturnas (15,16).

O edema no pós-operatório foi avaliado separadamente em cada retorno ambulatorial. Devido a opção de classificar o edema em quatro possíveis apresentações clínicas houve dispersão dos resultados o que pôde comprometer a análise estatística. No 30º PO o grupo da sutura separada ainda manteve edema leve em 14 pacientes enquanto que o grupo da sutura contínua apenas em quatro. A análise estatística demonstrou resultados diferentes com $p < 0,05$. Aparentemente, neste estudo e com a amostra presente, com 30 dias de pós-operatório o grupo da sutura separada permanece mais tempo com edema leve.

Não houve diferença estatística referente à presença de hematoma ou à deiscência de sutura. A liberação para a atividade sexual ocorreu em média com 34 dias em ambos os grupos ($p=0,81$). Alguns pacientes permaneceram com edema no 30º PO e não foram liberados para a atividade sexual

nesta consulta. Retornaram com 37º PO e 40º PO quando então foi permitida a prática sexual.

A incidência geral de complicações na realização de postectomia é desconhecida e motivo de debate nos estudos vigentes. O valor estimado de complicações em todo mundo varia muito, de 0,1% a 35%, já que a confiabilidade e critério de inclusão de complicações nos estudos existentes encontram-se em extremos. O que é certo é que muitas circuncisões são realizadas sem complicações. Não existe evidência que a incidência de complicações seja maior em países em desenvolvimento do que nos desenvolvidos. Múltiplos fatores de confusão afetam essas taxas: disponibilidade de cuidados médicos, pessoal treinado, condições de higiene e, além de tudo isso, como os dados são anotados e organizados (4, 17, 18).

CONCLUSÃO

Não houve diferenças significantes entre os grupos estudados. As complicações precoces tais como deiscência, sangramento, hematoma, edema ocorreram em ambos os grupos. Na amostra estudada e nesse período, não foi verificadas complicações tardias como cicatrização hipertrófica ou quelóide, fístula uretral e estenose do meato uretral. O tempo de retorno a atividade sexual, neste grupo e nesta amostra, foi semelhante.

Desta forma, cabe ao cirurgião e sua experiência a decisão pelo tipo da sutura.

REFERÊNCIAS

1. Figueirredo AH; Iglesias AC : Contribuição à técnica da postectomia. Rev. bras. cir., 1981 – 71(2):93-6
2. Silva EA, Queiroz e Silva FA, Bastos Netto JM, Dekermacher S, Loayza EAC. Cirurgia peniana: fimose e hipospádia. In: Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2006.
3. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish school-boys. Arch Dis Child 1968;43:200-3.
4. Lavreys L, Rakwar JP, Thompson ML, Jackson DJ, Mandaliya K, Chohan BH, et al. Effect of circumcision on incidence of human immunodeficiency virus type 1 and other sexually.
5. Kleinman, DN; Guerra LHE. Evaluacion de cuatro tipos de plastia de prepucio en pacientes com fimosis. Bol.Med. Hosp. Infant. Mex., 1997 - 54(5) p. 223-9.
6. Braz A. Fimose e Circuncisão: uma eterna polêmica com relação as condutas. Pediatr. mod., 1999 - 35 (3):108- 110, 113-9.
7. Jordan G. H, Schlossberg SM. Surgery of the Penis and Urethra. In: Walsh: Campbell's Urology, 8ª ed., 2002 Elsevier.
8. Auvert B, Taljaard D, Lagard E, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. PLoS Med 2005;(2):298.
9. Bissada NK, Morcos RR, el-Senoussi M. Post-circumcision carcinoma of the penis. I. Clinical aspects. J Urol 1986;135:283-5.
10. Porto CC. Exame físico geral. In: Porto CC. Exame Clínico – Bases para a prática médica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2004 p.215.
11. Dicionário Digital de Termos Médicos 2007 [dicionário na Internet] PDAMED ; 2009. Disponível em: http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_05704.php.

12. Hassan Hirji, Rodger Charlton and Siddharth Sarmah Male circumcision: a review of the evidence. *J Mens Health Gen.* 2005 Vol. 2(1):21–30.
13. Johnson PRV. Circumcision. *Surgery.* 2004;22:10:263-65.
14. Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. *Brit J Surg.* 1993;80:1231–6.
15. Ahmed A, Mbibi NH, Dawam D, Kalayi GD. Complications of traditional male circumcision. *Annals Trop. Paediat.* 1999;19:113–7.
16. Lavreys L, Rakwar JP, Thompson ML, Jackson DJ, Mandaliya K, et al. Effect of circumcision on incidence of human immunodeficiency virus type1 and other sexually transmitted diseases: A prospective cohort study of trucking company employees in Kenya. *J Infect Dis.* 1999 180:330-6.
17. Bailey RC, Moses D, Parker CB et al: Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007;(369):643.
18. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet* 2007;(369):657.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Rafael Spada Rebechi
Serviço de urologia do
Hospital Universitário de Taubaté
Taubaté, SP
E-mail: rsrebechi@hotmail.com