

Pediatria

TRATAMENTO CLÍNICO DE FIMOSE EM CRIANÇAS

Em dois artigos recentes, investigaram-se prospectivamente os efeitos da aplicação tópica prolongada de cremes de corticosteróides no prepúcio de meninos com fimose, em que se indicara postectomia, com o objetivo de se obter a abertura do anel prepucial e, por conseguinte, evitar a cirurgia. O uso dos cremes por períodos que variaram de dez dias a seis semanas permitiu a exposição da glândula em até 92% das crianças estudadas, evitando-se o tratamento cirúrgico nestes casos. Em ambos os artigos os autores concluem que o tratamento clínico proposto é altamente eficaz e que deve ser indicado em todos os meninos, antes de se propor a cirurgia^{1,2}.

Comentário

A leitura dos trabalhos, aliada a grande experiência clínica no assunto, dá origem a algumas observações. A primeira se refere aos critérios utilizados pelos autores para indicação da postectomia. Tais critérios são muitas vezes subjetivos e baseiam-se na impossibilidade (ou dificuldade) de exposição da glândula para higiene durante o banho. Portanto, os autores apresentam dados estatísticos, numéricos, baseados em critérios meramente subjetivos. Verifico na prática clínica que é freqüente a indicação errônea da postectomia em virtude da dificuldade de exposição da glândula decorrente de simples aderências bála-

preuciais e não pela constrição provocada pelo prepúcio. Como segunda observação, os autores não fazem avaliação em longo prazo, quando certamente muitos pacientes necessitam, de fato, da postectomia, por falha tardia do tratamento clínico. Por último, lembrar que a presença do prepúcio redundante e estreito irá provocar, no decorrer da vida, inconvenientes como processos inflamatórios, dificuldade de higiene, desconforto e dor durante o ato sexual.

Em nosso meio, a consulta à internet revela que médicos da UNICAMP criaram uma pomada composta de valerato de betametasona e hialuronidase (enzima proteolítico) para uso tópico no prepúcio de meninos com fimose. Acompanhei pessoalmente mais de 20 crianças em que este produto foi aplicado pelo prazo de dois meses. Em metade dos casos a pomada permitiu, de fato, a exposição da glândula, ainda que de forma muito dolorosa. Nos outros casos não verifiquei qualquer efeito. No entanto, a observação mais importante a ser enfatizada é que logo após a interrupção do uso da pomada ocorre recidiva completa do quadro. Se dermos crédito aos trabalhos citados e com base na experiência prática, deveremos exigir que, em lugar da postectomia, nossos pacientes utilizem a pomada diariamente, durante toda a vida. Tal conduta é desprovida de qualquer bom senso.

UENIS TANNURI

Referências

1. Iken A, Ben Mouelli S, Fontaine E, Quenneville V, Thomas L, Beurton D. Treatment of phimosis with locally applied 0.05% clobetasol propionate. *Prog Urol* 2002;12:1268-71.
2. Ashfield JE, Nickel KR, Siemens DR, Mac Neily AE, Nickel JC. Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. *J Urol* 2003;169:1106-8.

Abeira do leito

Medicina Baseada em Evidências

QUAL É A SOBREVIDA NA RESSECÇÃO LIMITADA DO CÂNCER DE PULMÃO ESTADIO I?

A sobrevida após a ressecção limitada (ressecção em cunha ou segmentectomia) no câncer de pulmão, estadiado I, é comparável à obtida na lobectomia? É aceitável a indicação de ressecção limitada numa situação clínica de reserva cardiopulmonar limítrofe. Mas, em outras situações, onde a lobectomia é o tratamento esperado ou indicado, o uso da ressecção limitada está bem estabelecido?

O único ensaio clínico controlado e randomizado (ECCR) publicado^{1,2}, comparando a ressecção limitada e a lobectomia no câncer de pulmão, não pequenas células, estadiado I, verificou

um risco aumentado de recorrência locoregional no grupo da ressecção limitada. O índice de recorrência por pessoa/ano foi de 0,054 no grupo de ressecção limitada (0,040 – segmentectomia e 0,084 – ressecção em cunha) versus 0,019 no grupo de lobectomia (RR 2,84 – 95% IC:1.32 – 6,1). No entanto, apesar de maior recorrência local, não houve diferença nos índices de mortalidade em cinco anos, seja por câncer ou por todas as causas. E, quando a análise é realizada incluindo todos os pacientes randomizados, ao invés de só os seguidos, os índices de mortalidade, no grupo de ressecção limitada, caíram de 41% para 26% (geral), e de 47% para 28% (por câncer), perdendo significância estatística quando comparados aos índices do grupo da lobectomia.

Este ensaio tem duas limitações metodológicas que põem em risco as conclusões: elevada perda no seguimento de pacientes em ambos os grupos, e falta de clareza se os pacientes