

Caso cirúrgico

Maria Inês Monteiro^I, Joaquim Monteiro^{II}

Lactente de três meses com boa evolução estatutoponderal e psicomotora, sem antecedentes de relevo.

Desenvolveu anomalia genital, aparentemente indolor, com evolução desde o nascimento e noção de agravamento ao longo do tempo. Trata-se de uma patologia congénita, que se tornou mais evidente com o crescimento do lactente.

Lactente observado no serviço de urgência, e orientado para consulta externa de Cirurgia Pediátrica.

Qual o seu diagnóstico?



Figura 1

^I S. Pediatria, CH Entre Douro e Vouga, 4520-511 Santa Maria da Feira, Portugal. monteiro.mines@gmail.com

^{II} S. Cirurgia Pediátrica, CH S. João, 4200-319 Porto, Portugal.

DIAGNÓSTICO

Pénis oculto exacerbado pela associação com hidrocele bilateral volumoso.

COMENTÁRIOS

Anomalias dos órgãos genitais externos são particularmente preocupantes devido ao significado inconsciente emocional dessas estruturas reprodutivas e pela possível repercussão futura das deformidades. O Pediatra deve diagnosticar e orientar precocemente. A variedade de patologias associadas aos órgãos genitais externos amplia a complexidade destas malformações⁽¹⁾.

O pénis oculto é uma anomalia involgar, cuja etiologia não está completamente esclarecida. A fásia de Dartos não se desenvolveu até à sua configuração elástica normal, que permitiria o deslizamento livre da pele sobre as camadas mais profundas do pénis. Estas fibras não elásticas retraem a extensão do pénis, que tem comprimento adequado⁽²⁻⁵⁾.

Outras condições que promovem o pénis oculto: défice de pele peniana, adesão anormal da túnica albugínea à fásia de Buck ou excessiva gordura pré-púbica.

Entre as complicações associadas encontramos as balanites recorrentes⁽⁶⁾.

A principal queixa parental foi de encurtamento peniano. Neste caso particular, foi exacerbado pelo volumoso hidrocele bilateral. O hidrocele pode obscurecer a presença de pénis oculto, sendo que a observação pelo cirurgião e metucioso exame físico não devem deixar escapar a simultaneidade das duas condições, uma vez que, a correção cirúrgica apenas do hidrocele, não resolveria esta condição⁽⁷⁾.

Interessa ainda referir que cada uma das patologias existe isoladamente e este caso constituiu de alguma forma, um desafio, pela raridade da presença simultânea das duas condições.

Pretendemos com este caso, valorizar a correção cirúrgica precoce, entre os doze e os dezoito meses de vida, o que se traduz em benefício na diminuição da ansiedade parental, e evita intercorrências infecciosas e as repercussões futuras na autoestima da criança. As técnicas cirúrgicas aplicáveis são inúmeras^(8,9). Os pais devem ser esclarecidos. É uma patologia benigna cuja cirurgia se justifica, com excelente *outcome*, resultados imediatos e complicações raras^(10,11).

Palavras-chave: Hidrocele bilateral, pénis oculto, anomalia genital, cirurgia pediátrica.

ABSTRACT

The buried penis is an unusual anomaly, whose etiology is not fully understood. The fascia Dartos is not developed to its normal elastic configuration that would allow the free sliding of the skin over the deeper layers of the penis. These non-elastic fibers retract the extension of the penis, which has an appropriate length. Other conditions that promote the hidden penis: deficit of penile skin, abnormal adhesion of the tunica albuginea to the

Buck fascia, excessive pre-pubic fat. Among complications associated we found recurrent balanitis.

The Paediatricians must diagnose and guide early. It is a benign disease and the surgery is justified, with excellent outcome, immediate results and few complications.

Key-words: Bilateral hidrocele, buried penis, genital anomaly, pediatric surgery.

Nascer e Crescer 2014; 23(1): 39-40

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kliegman R, Nelson WE, ed. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th. Philadelphia: Saunders; 2007.
2. Brisson P, Patel H, Chan M, Feins N. Penoplasty for buried penis in children: report of 50 cases. J Pediatr Surg 2001; 36:421-5.
3. Chuang JH, Chen LY, Shieh CS, Lee SY. Surgical correction of buried penis: a review of 60 cases. J Pediatr Surg 2001; 36:426-9.
4. Liard A, Mitrofanoff P. Buried penis: a poorly known entity. Arch Pediatr 2002; 9:1288-90.
5. Bergeson PS, Hopkin RJ, Bailey RB, McGill LC, Piatt JP. The inconspicuous penis. Pediatrics 1993; 92:794-9.
6. Lardellier-Reynaud F, Varlet F, François M, Mouriquand P. Congenital buried penis in children. Prog Urol 2011; 21:642-50.
7. Naji H, Ingolfsson I, Isacson D, Svensson JF. Decision making in the management of hydroceles in infants and children. Eur J Pediatr 2012; 171:807-10.
8. Liu X, He DW, Hua Y, Zhang DY, Wei GH. Congenital completely buried penis in boys: anatomical basis and surgical technique. BJU Int 2013; 112:271-5.
9. Rivas S, Romero R, Parente A, Fanjul M, Angulo JM. Simplification of the surgical treatment of hidden penis. Actas Urol Esp 2011; 35:310-4.
10. Yu W, *et al*. Minimally invasive technique for the concealed penis lead to longer penile length. Pediatr Surg Int 2010; 26:433-7.
11. Perger L, Hanley RS, Feins NR. Penoplasty for buried penis in infants and children: report of 100 cases. Pediatr Surg Int 2009; 25:175-80.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Inês Monteiro
Rua do Crasto, 611 - 2
4150-247 Porto, Portugal
E-mail: monteiro.mines@gmail.com

Recebido a 04.12.2013 | Aceite a 28.02.2014