

Balanite: um sinal de alerta (relato de caso)

Márcia Novais,¹ António Sanchez Silva²

RESUMO

Introdução: A balanite é uma inflamação da glândula do pênis frequentemente causada por *C. albicans*. O seu diagnóstico é clínico, pode ser recorrente ou resistente à terapêutica farmacológica, o que deve fazer suspeitar de uma diabetes *mellitus* oculta. Este caso constitui um desafio diagnóstico, pois atualmente consegue-se realizar o diagnóstico da diabetes muito antes de existir estas alterações cutâneas.

Descrição: Doente do sexo masculino, de 59 anos, que refere irritação peniana, sensibilidade aumentada, fimose, disfunção erétil com dor intensa e eritema peniano quando tem relações sexuais. Feito o diagnóstico de balanite, o doente inicia múltiplos tratamentos antifúngicos/antimicrobianos (fluconazol, creme de associação dexametasona e clotrimazol) aos quais se verifica uma resistência. Perante isto, cerca de três meses após o início dos sintomas é levantada a hipótese diagnóstica da existência de uma diabetes oculta, cujo diagnóstico foi confirmado através da glicemia em jejum. Iniciou insulina e terbinafina, com melhoria sintomática e diminuição dos valores glicémicos.

Comentário: Perante um caso de balanite resistente ao tratamento farmacológico é fundamental ter uma elevada suspeição sobre um possível diagnóstico de diabetes oculta, por forma a inclui-lo como diagnóstico diferencial, independentemente de eventuais rastreios anteriormente realizados. O médico de família encontra-se numa posição privilegiada para reconhecer a balanite enquanto manifestação cutânea da diabetes, de forma a realizar um diagnóstico atempado, prevenindo eventuais complicações.

Palavras-chave: Balanite; *Candida albicans*; Diabetes *mellitus* tipo 2; Relato de caso.

INTRODUÇÃO

A balanite é uma inflamação da glândula do pênis caracterizada por dor, rubor, edema e, por vezes, odor intenso. A sua etiologia é predominantemente infecciosa, podendo ser fúngica, mais frequentemente por *C. albicans*, bacteriana, viral ou parasitária.¹⁻⁴

Os fatores predisponentes à balanite por *C. albicans* incluem diabetes *mellitus* (DM), imunossupressão, não circuncisão do pênis, falta de higiene, fimose, entre outros.¹⁻³ Contudo, perante indivíduos diabéticos, os fatores predisponentes são a DM não controlada, homens não circuncidados, medicados com inibidores do co-transportador 2 da glicose sódica (SGLT2) e a idade.⁵⁻⁶

Uma balanite recorrente ou resistente à terapêutica pode ser um sinal de alerta para a existência de uma DM

oculta.^{1,4,7} Uma das explicações é o facto de a glicosúria (induzida ou não) favorecer o aumento da proliferação da *C. albicans* que conduz à colonização e consequente infeção.^{5,8}

A irritação peniana associada às dificuldades nas relações sexuais leva o doente a procurar um médico, sendo que nesse momento deverá ser colocada a suspeita de DM. Por conseguinte, é crucial o clínico reconhecer esta entidade e rastrear a diabetes nestes pacientes e também naqueles que têm DM, mas relatam ter uma “diabetes bem controlada”, com o objetivo de avaliar a variabilidade glicémica e hiperglicemia.^{1,4,7,9}

O tratamento é por vezes desafiante, uma vez que depende não só de um bom controlo glicémico, mas também da existência de resistências das diferentes espécies de *C. albicans* a vários agentes antifúngicos, recentemente documentados *in vitro*. Como tal, a gestão da balanite diabética inclui a manutenção da higiene perineal, o controlo glicémico e a eliminação da infeção.^{1,4-5,10-12}

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF de Fânzeres, ULS Sto. António. Fânzeres, Portugal.

2. Médico Assistente Graduado/Consultor de Medicina Geral e Familiar. USF Veiga do Leça, ULS Médio Ave. Lamelas, Portugal.



A balanite não é uma infecção sexualmente transmissível; contudo, é importante investigar o parceiro sexual e/ou iniciar tratamento empírico pela possibilidade de este ser portador assintomático, mantendo o reservatório intracasal do microrganismo que causa a balanite.^{1-2,8-9,13}

Pretende-se, com este trabalho, descrever um caso clínico em que o diagnóstico de DM é feito através do reconhecimento de uma das suas manifestações cutâneas – uma balanite –, sendo que apesar de não ser um diagnóstico difícil requer um elevado índice de suspeição. O objetivo é descrever de forma sucinta a etiologia, manifestações clínicas e abordagem terapêutica da balanite fúngica.

DESCRIÇÃO DO CASO

Homem de 59 anos, caucasiano leucodérmico, casado, vive só com a esposa (fase VII do ciclo de vida familiar de *Duvall*), com o 4.º ano de escolaridade, trabalha como mecânico de automóveis. Como antecedentes pessoais apresenta: obesidade abdominal, hipertensão arterial, varizes dos membros inferiores e ansiedade. Apendicectomizado e colecistectomizado (há cerca de oito anos). Medicado com a associação amlodipina + olmesartan medoxomilo (5 mg + 20 mg/dia), pantoprazol (20 mg/dia) e bioflavonoides (1000 mg/dia). Não fumador. Nega comportamentos sexuais de risco e consumo de drogas de abuso. Nega alergias medicamentosas ou alimentares. É acompanhado pelo médico de família e encontra-se em estudo no Instituto Português de Oncologia do Porto por suspeita de tumor neuro-endócrino.

Em 12/setembro/2022 recorre a consulta aberta da sua unidade de saúde familiar por queixas de irritação peniana, tendo aplicado pomada (cujo nome não se recorda) com melhoria relativa. Após avaliação clínica foi diagnosticada uma balanite fúngica e não foi medicado.

Segue-se nova consulta aberta, a 27/outubro/2022, por manutenção das queixas penianas, descrevendo agora disfunção erétil com dor intensa e eritema peniano quando tem relações sexuais, tendo sido medicado com fluconazol 150 mg.

Por falência terapêutica e agravamento das queixas, a 27/dezembro/2022 recorre a uma consulta privada de medicina geral e familiar. Ao exame objetivo, o pénis apresentava rubor, edema, sensibilidade aumentada e

prepúcio com francos sinais inflamatórios, fissuras e rá-gadas que evoluíram para uma fimose, causando uma obstrução grave. Com o diagnóstico de balanite fúngica foi medicado com fluconazol 150 mg, dose única, e creme com dexametasona associada a clotrimazol (0,4 mg/g + 10 mg/g) aplicado duas vezes/dia, durante oito dias, para prevenção da fimose. A esposa também foi medicada com fluconazol 150 mg dose única. O doente teve consulta de reavaliação ao fim de oito dias com ligeira melhoria do quadro. Na revisão da história clínica, o utente continuava a negar antecedentes de DM e, nesse contexto, foi solicitado estudo analítico, que revelou uma glicemia em jejum de 498 mg/dl e HbA1C 12,2%. Iniciou de imediato, a 23/janeiro/2023, tratamento com dapagliflozina (10 mg/dia), associação metformina + sitagliptina (1000 mg + 50 mg, um comprimido antes do almoço e do jantar), insulina humana (isofânica) 10U antes do jantar, insulina humana (solúvel+isofânica) 12U em jejum e terbinafina 250 mg/dia, durante um mês, com boa adesão terapêutica, melhoria sintomática e diminuição da glicemia em jejum para 157 mg/dl com HbA1c de 11,5% em cerca de 30 dias.

Observou-se que o histórico laboratorial já apresentava valores elevados de glicemia em jejum, sendo que, de acordo com o doente, nunca lhe foi realizado o diagnóstico de DM.

Neste momento, o utente encontra-se bem, a DM está controlada e a fimose foi resolvida cirurgicamente.

COMENTÁRIO

A balanite recorrente pode ser o primeiro sinal clínico de DM tipo 2 oculta, pelo que deve ser um sinal de alarme para solicitar rastreio glicémico. O seu diagnóstico é clínico e na anamnese verifica-se frequentemente história de aparecimento de balanite após a relação sexual, sintomas como dor local, rubor, calor e edema da glande.^{4,7-9}

O diagnóstico da balanite, apesar de ser clínico, requer uma investigação sobre a sua etiologia, sendo pertinente solicitar o rastreio glicémico, tratar os fatores predisponentes e iniciar medidas não farmacológicas (Tabela 1) e farmacológicas.

Medicar empiricamente (Tabela 2) com os antifúngicos tópicos (clotrimazol 1% bid e miconazol 2% bid) que são a primeira linha, durante 10 dias.^{1,6,9,11} E, nas


TABELA 1. Recomendações para o tratamento não farmacológico da balanite fúngica
Educação sobre hábitos de higiene pessoal

- Realização da higiene da área genital (realizando a retração do prepúcio) com água e/ou sabonete neutro após as micções, dejeções e antes de se deitar
- Limpeza da área afetada com soro fisiológico, duas vezes por dia
- Evitar o uso de sabonetes, detergentes, perfumes, preservativos e outros produtos químicos (vaselina, espermicidas, entre outros) enquanto a inflamação estiver presente, devido ao risco de agravamento
- Secagem com compressas descartáveis ou toalha de uso único, evitando papel higiênico
- Usar roupas mais largas com o objetivo de evitar fricção, que pode agravar a inflamação
- Explicar ao utente a sua condição clínica, possíveis complicações e implicações para a sua saúde e a do seu parceiro

Em raras ocasiões, pode ser necessário a circuncisão em situações de balanite recorrente ou resistente.

TABELA 2. Recomendações para o tratamento farmacológico da balanite

Tratamento recomendado	Fármacos	Forma de administração
Creme cortisona com antifúngico	Creme clotrimazol 1% Creme miconazol 2%	Aplicar 2x dia, no mínimo 7 dias, até um máximo até 14 dias ou até resolução sintomática
	Tratamentos Alternativos	
Se resistência ou alergia aos imidazóis	Nistatina tópico 100,000 U/g	
Sintomas severos	Associar fluconazol 150 mg	Dose única
Se inflamação marcada	Imidazol tópico associado a hidrocortisona 1%	Aplicar 2x dia durante 7 dias até à resolução

NOTA: É importante o estudo do parceiro sexual e/ou tratamento empírico.

inflamações mais graves, associar fluconazol oral 150 mg/dia ou associar ao imidazol tópico a hidrocortisona 0,5% bid.^{1,6,9,11}

No entanto, alguns autores defendem que em indivíduos com DM deve-se utilizar o fluconazol oral, 200-400 mg/dia, durante 14 dias, devido à possibilidade de atingir altas concentrações na urina.⁵

Apesar de não ser uma infecção sexualmente transmissível, a evidência científica mais atual recomenda o estudo do parceiro sexual e/ou tratamento empírico, pela possibilidade de este ser portador assintomático e, assim, reduzir o reservatório intracanal dos microrganismos com o objetivo de interromper a perpetuação da infecção no parceiro que apresenta o fator de risco para a balanite, no caso da DM.^{1-2,8-9,13}

Vários estudos sugerem que a infecção por *C. albicans* associada à presença de DM aumenta a incidência de fimose.^{3,6,9} O aparecimento de fimose, para além de dificultar a micção, pode provocar disfunção erétil, quer pela dificuldade na ereção quer pela dor intensa que provoca, interferindo com a vida sexual.^{4,7}

Um fator limitante no presente caso foi a baixa/ausência da suspeição do diagnóstico de DM perante uma balanite resistente, o que condicionou um atraso no diagnóstico de cerca de três meses. Um período que acabou por se revelar demasiado prolongado, uma vez que permitiu o desenvolvimento de complicações como a fimose.

Na opinião dos autores, este atraso no diagnóstico, motivado pela baixa suspeição, foi fortemente favorecido pelo não seguimento da evolução da situação pelo



mesmo profissional nos cuidados de saúde primários (CSP), o que levou o doente a procurar o seu médico privado habitual de medicina geral e familiar. Pelo contrário, no privado, o facto de ter sido o mesmo médico a observar o utente pela primeira vez e, posteriormente, na recidiva foi o fator fundamental que deu consistência à suspeita diagnóstica, apesar de o doente ter sempre negado ter DM.

Uma vez diagnosticada DM, o utente foi medicado com iSGLT2 que, de acordo com a evidência científica mais atual, não foi a opção terapêutica mais consensual, dado que este apresentava uma infeção fúngica resistente à terapêutica convencional e os iSGLT2 apresentam o risco de desenvolvimento de infeções fúngicas genitourinárias devido à glicosúria causada pelos mesmos.¹² Analisando retrospectivamente, para além de uma infeção fúngica resistente, o utente não apresentava critérios (patologia cardiovascular e renal) para ser medicado com iSGLT2, mas apresentava critérios (obesidade) para a prescrição de um análogo do glucagon like peptide-1 (GLP1) com benefício adicional na perda de peso.¹² Apesar de a opção terapêutica não ter sido a melhor, a realidade é que assim que se conseguiu atingir o controlo glicémico a balanite foi resolvida, sem recidivas.

Este caso não é um caso inédito de atraso de diagnóstico, mas de partilha de uma situação que reflete o percurso de um doente com DM oculta e, por isso, serve de alerta para os profissionais de saúde, incentivando-os a estarem atentos aos sinais e sintomas da doença.

A abordagem holística do doente e a visão abrangente dos sintomas, associadas à progressão do raciocínio clínico em função da evolução, que é tão característico da especialidade de medicina geral e familiar, ao contrário do que seria espectável aconteceu em regime particular (uma vez que foi sempre o mesmo médico que observou o doente), dado que no setor público o seguimento foi dificultado, devido a dificuldades no acesso ao seu serviço de saúde (como as limitações de horário, o excesso de procura de serviços, entre outros). Para obstar esta situação, é fundamental que os registos clínicos sejam de qualidade e que o tempo adstrito a cada consulta permita a consulta adequada do processo clínico do doente, bem como a sua observação.

Em termos de conclusão, o reconhecimento das manifestações cutâneas da DM é fundamental, porque permite a orientação e o tratamento precoce, a pre-

venção dos efeitos da DM a longo prazo e favorece o prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wray AA, Velasquez J, Leslie SW, Khetarpal S. Balanitis [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020 [updated 2024 Aug 31]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537143/>
2. Morris BJ, Krieger JN. Penile inflammatory skin disorders and the preventive role of circumcision. *Int J Prev Med.* 2017;8:32.
3. Jegadish N, Fernandes SD, Narasimhan M, Ramachandran R. A descriptive study of the clinical and etiological profile of balanoposthitis. *J Family Med Prim Care.* 2021;10(6):2265-71.
4. Saoji V, Achliya A. Balanoposthitis as a cutaneous marker of diabetes mellitus in an apparently healthy male. *Our Dermatol Online.* 2015;6(2):289-91.
5. Talapko J, Meštrović T, Škrlec I. Growing importance of urogenital candidiasis in individuals with diabetes: a narrative review. *World J Diabetes.* 2022;13(10):809-21.
6. Unnikrishnan AG, Kalra S, Purandare V, Vasawala H. Genital infections with sodium glucose cotransporter-2 inhibitors: occurrence and management in patients with type 2 diabetes mellitus. *Indian J Endocrinol Metab.* 2018;22(6):837-42.
7. Huang YC, Huang YK, Chen CS, Shindel AW, Wu CF, Lin JH, et al. Phimosis with preputial fissures as a predictor of undiagnosed type 2 diabetes in adults. *Acta Derm Venereol.* 2016;96(3):377-80.
8. Nyirjesy P, Sobel JD. Genital mycotic infections in patients with diabetes. *Postgrad Med.* 2013;125(3):33-46.
9. Pandya I, Shinojia M, Vadukul D, Marfatia YS. Approach to balanitis/balanoposthitis: current guidelines. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 2014;35(2):155-7.
10. Hedayati MT, Tavakoli M, Zakavi F, Shokohi T, Mofarrar R, Ansari S, et al. In vitro antifungal susceptibility of Candida species isolated from diabetic patients. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2018;51(4):542-5.
11. Edwards SK, Bunker CB, van der Snoek EM, van der Meijden WI. 2022 European guideline for the management of balanoposthitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023;37(6):1104-17.
12. Engelhardt K, Ferguson M, Rosselli JL. Prevention and management of genital mycotic infections in the setting of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors. *Ann Pharmacother.* 2021;55(4):543-8.
13. Barrisford GW. Balanitis in adults. In: UpToDate [Internet]; 2024 [updated 2024 Apr 12; cited 2024 Aug 13]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/balanitis-in-adults>

CONTRIBUTO DOS AUTORES.

Conceptualização, MN e ASS; metodologia, MN e ASS; recursos, MN e ASS; redação do *draft* original, MN e ASS; revisão, validação e edição do texto final, MN e ASS; visualização, MN e ASS.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Márcia Novais

E-mail: anamorgas@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-3196-6445>

Recebido em 29-03-2024

Aceite para publicação em 02-12-2024



ABSTRACT

BALANITIS: A WAKE-UP CALL (CASE REPORT)

Introduction: Balanitis is an inflammation of the glans penis often caused by *C. albicans*. Its diagnosis is clinical and it can be recurrent or resistant to pharmacological therapy, which should lead us to suspect occult diabetes *mellitus*. This case poses a diagnostic challenge, as it is now possible to diagnose diabetes long before these skin changes occur.

Description: The case report is about a 59-year-old male patient who reported penile irritation, increased sensitivity, phimosis of the foreskin, erectile dysfunction with intense pain, and penile erythema when having sex. Once the diagnosis of balanitis had been made, the patient began multiple antifungal/antimicrobial treatments (fluconazole, dexamethasone, and clotrimazole combination cream) to which resistance was observed. Because of this, about three months after the onset of symptoms, the diagnostic hypothesis of occult diabetes was raised, and the diagnosis was confirmed by fasting blood glucose. He was started on insulin and terbinafine, with symptomatic improvement and a reduction in glycemic values.

Comment: When faced with a case of balanitis that is resistant to pharmacological treatment, it is essential to be highly suspicious of a possible diagnosis of occult diabetes, and to include it as a differential diagnosis, regardless of any screening previously carried out. Family doctors are in a privileged position to recognize balanitis as a cutaneous manifestation of diabetes to make a timely diagnosis and prevent possible complications.

Keywords: Balanitis; *Candida albicans*; Diabetes *mellitus* type 2; Case report.
