



PRINCIPALES PATOLOGIAS

Antecedentes, Diagnóstico y Tratamiento.

FIMOSIS

ANTECEDENTES:

Al final del primer año de vida, la retracción de prepucio más allá del surco glandular es posible en solo el 50% de los niños; incrementando a aproximadamente el 89% a la edad de 3 años. La incidencia de fimosis es de 8% en niños de 6 a 7 años de edad y de 1% en edades de 16 a 18 años (1). La fimosis puede ser primaria (fisiológica) cuando no hay signos de cicatrización, o secundaria a cicatrización (patológica) como en la balanitis serosa obliterante. La fimosis se debe distinguir de la aglutinación normal del prepucio en el glande, el cual es un fenómeno fisiológico (2).

La parafimosis debe ser tratada como una urgencia: la retracción de un prepucio demasiado estrecho más allá del glande o del pene dentro del sulcus glandular, puede contraer en meato y ocasionar edema. Esto interfiere con la circulación distalmente desde el anillo contraído y tiene como riesgo la necrosis consecutiva.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de Fimosis y Parafimosis se realiza mediante exploración física. Si el prepucio no se retrae o solo se retrae parcialmente o muestra un anillo contraído estrechando el glande del pene, existe una desproporción entre la extensión del prepucio y el diámetro del glande. Además del prepucio estrecho puede haber sinequias entre la superficie interna del prepucio y el epitelio del glande y/o un frenillo corto. Un frenillo corto ocasiona una desviación ventral del glande una vez que el prepucio se retrae. Si la punta permanece estrecha y las sinequias son separadas, entonces el espacio se llena de orina durante la micción causando que el prepucio forme un globo.

La parafimosis se caracteriza por retracción del prepucio con un anillo fibroso localizado a nivel del sulcus, el cual evita que el prepucio regrese a su lugar cubriendo el glande.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la fimosis en los niños es dependiente de las preferencias paternas y puede ser una plastía o circuncisión radical después de completar el segundo años de vida. La plastía tiene como objetivo realizar una circunferencia extensa del prepucio con retracción total, mientras conserva la piel prepucial (insición dorsal, circuncisión parcial). De cualquier forma, este procedimiento trae consigo un potencial de recurrencia de la fimosis. En el mismo procedimiento las sinequias son liberadas y en presencia de un frenillo corto es corregido mediante frenilectomía. Se agrega meatoplastía si es necesaria.

Una indicación absoluta para la circuncisión es la fimosis secundaria. Las indicaciones para circuncisión en fimosis primaria son balanopostitis recurrentes e infecciones del tracto urinario



recurrentes en pacientes con anomalías del tracto urinario (3, 6). Únicamente la formación de un globo de prepucio durante la micción no es una indicación estricta para la circuncisión.

La circuncisión neonatal rutinaria para prevenir el carcinoma de pene no está indicada.

Las contraindicaciones para la circuncisión son coagulopatías, una infección aguda local y anomalías congénitas en el pene, particularmente el hipospadias o pene incluido, porque el prepucio puede requerirse para un procedimiento de reconstrucción (7, 8).

La circuncisión infantil tiene una morbilidad apreciable y puede no estar recomendada sin una razón médica (9-12). El manejo conservador es una opción en la fimosis primaria, un corticoide en ungüento o crema (0.05% a 0.1%) puede ser administrado dos veces al día por un periodo de 20 a 30 días (13-16). Este manejo no tiene efectos colaterales y las concentraciones en sangre de cortisol no fueron significativamente diferentes comparadas con el grupo no tratado de pacientes (17).

El manejo de la parafimosis consiste en compresión manual del tejido edematoso con el subsecuente intento de retraer el prepucio estrecho por encima del glande. La inyección de hialuronidasa por debajo de la banda estrecha puede ayudar a su liberación (18). Si esta maniobra falla, se requerirá de una insición dorsal del anillo estrecho. Dependiendo de los hallazgos locales una circuncisión se realiza ya sea inmediatamente o en una segunda sesión.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gairdner D. The fate of the foreskin: a study of circumcision. *Br Med J* 1949;4642:1433-1437.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15408299&query_hl=9&itool=pubmed_docsum
2. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child* 1968;43:200-203.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=5689532&query_hl=11&itool=pubmed_docsum
3. Wiswell TE. The prepuce, urinary tract infections, and the consequences. *Pediatrics* 2000;105:860-862.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10742334&query_hl=14&itool=pubmed_docsum
4. Hiraoka M, Tsukahara H, Ohshima Y, Mayumi M. Meatus tightly covered by the prepuce is associated with urinary tract infection. *Pediatr Int* 2002;44:658-662.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12421265&query_hl=16&itool=pubmed_docsum
5. To T, Agha M, Dick PT, Feldman W. Cohort study on circumcision of newborn boys and subsequent risk of urinary tract infection. *Lancet* 1998;352:1813-1816.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9851381&query_hl=19&itool=pubmed_docsum
6. Herndon CDA, McKenna PH, Kolon TF, Gonzales ET, Baker LA, Docimo SG. A multicenter outcomes analysis of patients with neonatal reflux presenting with prenatal hydronephrosis. *J Urol* 1999;162:1203-1208.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10458467&query_hl=21&itool=pubmed_docsum
7. Thompson HC, King LR, Knox E, Korones SB. Report of the ad hoc task force on circumcision. *Pediatrics* 1975;56:610-611.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=1174384&query_hl=23&itool=pubmed_docsum
8. American Academy of Pediatrics. Report of the Task Force on Circumcision. *Pediatrics* 1989;84:388-391. Erratum in: *Pediatrics* 1989;84:761.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=2664697&query_hl=25&itool=pubmed_docsum
9. Griffiths DM, Atwell JD, Freeman NV. A prospective study of the indications and morbidity of circumcision in children. *Eur Urol* 1985;11:184-187.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=4029234&query_hl=28&itool=pubmed_docsum
10. Christakis DA, Harvey E, Zerr DM, Feudtner C, Wright JA, Connell FA. A trade-off analysis of routine newborn circumcision. *Pediatrics* 2000;105:246-249.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10617731&query_hl=30&itool=pubmed_docsum



- Ross JH. Circumcision: Pro and con. In: Elder JS, ed. *Pediatric urology for the general urologist*. New York: Igaku-Shoin, 1996, pp. 49-56.
11. Hutcheson JC. Male neonatal circumcision: indications, controversies and complications. *Urol Clin N Amer* 2004;314:461-467.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15313055&query_hl=4&itool=pubmed_docsum.
 13. Monsour MA, Rabinovitch HH, Dean GE. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids. *J Urol* 1999;162:1162-1164.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10458456&query_hl=35&itool=pubmed_docsum
 14. Chu CC, Chen KC, Diau GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. *J Urol* 1999;162:861-863.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10458396&query_hl=38&itool=pubmed_docsum
 - Meulen PH, Delaere KP. A conservative treatment of phimosis on boys. *Eur Urol* 2001;40:196-199; discussion 200.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10458396&query_hl=38&itool=pubmed_docsum
 15. Elmore JM, Baker LA, Snodgrass WT. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis in boys younger than 3 years. *J Urol* 2002;168:1746-1747; discussion 1747.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12352350&query_hl=43&itool=pubmed_docsum
 16. Golubovic Z, Milanovic D, Vukadinovic V, Rakic I, Perovic S. The conservative treatment of phimosis in boys. *Br J Urol* 1996;78:786-788.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=8976781&query_hl=32&itool=pubmed_docsum
 17. DeVries CR, Miller AK, Packer MG. Reduction of paraphimosis with hyaluronidase (see comments). *Urology* 1996;48:464-465.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=8804504&query_hl=50&itool=pubmed_docsum