

Policlínico Universitario Jimmy Hirzell.

FÍMOSIS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. 2008. PHYMOSIC. BIBLIOGRAPHIC REVISION.2008.

Guillermo Martínez Ginarte¹; Electra Guerra Domínguez²; Juan José Milanes Pérez³

Introducción

La **fimosis** (del griego *phimos* φῖμός) es una condición de los anexos cutáneos del pene que altera la mecánica de este órgano. La fimosis se debe a la estenosis del orificio prepucial que impide la retracción completa del prepucio para dejar el glande descubierto, activamente durante la flacidez del pene, o pasivamente durante la erección.

O aún más simple, la fimosis es la estrechez del prepucio, vale decir, el glande no se puede descubrir. Lo normal es que el glande pueda descubrirse para poder asearlo en estado flácido y para tener relaciones sexuales placenteras.

El prepucio se desarrolla como una pequeña capa de epitelio que rodea el glande, a partir de la duodécima semana de gestación. Para el momento del nacimiento, oculta completamente al glande y está adherido fuertemente a su epitelio. En el transcurso de los primeros cuatro a cinco años de edad, se produce la separación gradual del prepucio, mediante las erecciones intermitentes y la acumulación de células de descamación, las cuales no deben ser confundidas como esmegma.

Si no se puede retraer completamente el prepucio hasta detrás del glande, entonces habría fimosis. No todos los prepucios se retraen automáticamente al experimentar una erección del

S.⁽¹⁾

pene. Si se puede hacerlo manualmente, no se tiene fimosis

El criterio de que el prepucio al cubrir el glande favorece las infecciones urinarias y en la vida adulta acarrea diversos problemas, como son la predisposición a las infecciones venéreas, el cáncer del pene por la acumulación de esmegma, así como dificultades en el normal desarrollo de las relaciones sexuales han sido, durante muchos años, los argumentos para indicar profilácticamente la circuncisión o la dilatación forzada en los niños pequeños.^(2,3) Sin embargo, en los últimos años este criterio ha comenzado a tener opiniones opuestas.^(4,5)

Desde hace muchos años nos pareció exagerada la indicación de la circuncisión en todos los recién nacidos, lo que era un criterio difundido sobre todo en los ginecobstetras de entonces en Cuba. En una investigación realizada, ésta mostró que el 80 % de los niños pequeños podía ser sometido a la dilatación forzada del prepucio acompañado posteriormente del aseo diario del

glande, lo que considerábamos apropiado en aquel momento.^(6,7)

¹ Especialista de Primer Grado en Urología, Asistente.

² Especialista de Primer Grado en Pediatría, MSc. Atención Integral al Niño, Asistente.

³ Licenciado Matemática Computación, Instructor.

Desarrollo

La fimosis es bastante frecuente, sobre todo en niños, antes de la adolescencia. Se estima que sólo menos del 2% de los adolescentes de 17 años padecen fimosis. En el 95% de los recién nacidos es difícil la retracción prepucial. A los 6 meses sólo el 20% de los prepucios son retráctiles, al año el 50% son retráctiles y a los 3 años el 90% son retráctiles.

Suele tener varios grados, desde una estrechez dolorosa durante la erección que deja descubrir el glande, hasta una estenosis puntiforme que dificulta hasta la micción.

Se ha hecho una clasificación de la fimosis en 3 categorías:

Fimosis Puntiforme: aquella en la que el orificio prepucial es de un diámetro mínimo, apenas apreciable, con la piel circundante de aspecto y grosor normales.

- ⌚ Fimosis cicatricial o anular no retraible: aquella en que la piel que rodea el orificio prepucial está indurada o engrosada, habitualmente por balanopostitis previas.
- ⌚ Fimosis anular: aquellos casos que no puedan incluirse en ninguno de los dos grupos anteriores, estando el prepucio estrechado en mayor o menor medida y por alguna circunstancia existan complicaciones o fracaso para la retracción.

Se cree que la causa de la fimosis es congénita, pero también puede ser debida a retracciones forzadas del prepucio de los bebés durante su higiene por los padres, que crea anillos fibrosos en

el prepucio y adherencias balanoprepuciales. ⁽¹⁾

El enfoque de los niños con fimosis, entendida como el estrechamiento del prepucio que no permite descubrir el glande, ha sido motivo de debate en los últimos años, habiéndose producido diversos cambios en el manejo terapéutico clínico. Si bien la tendencia a largo plazo de la fimosis es a su resolución espontánea, solo el 1-2 % de los adolescentes de 17 años mantienen la fimosis, existen motivos para plantearse un punto de corte etáreo a la de edad de los 3 años, momento en el que la mayoría de los que la van a solucionar espontáneamente ya la habrán resuelto, bien solos o con ayuda terapéutica mediante retracciones suaves, no forzadas combinadas o no con tratamiento tópico con corticoides. Antes de los 3 años no procede realizar retracciones y solo se debe de mantener la higiene apropiada de la zona, evitando asimismo las irritaciones del área del pañal. Es dicha edad (3-4 años) también adecuada desde el punto de vista de la facilidad para realizar una corrección quirúrgica si procede con las menores repercusiones psicológicas y el postoperatorio más favorable.

No existe consenso para apoyar el intento de prevención de una posible infección de orina sobre la base de una corrección neonatal de la fimosis. Aunque en diversos estudios el riesgo relativo de desarrollar una infección de orina en los niños no circuncidados es mayor, de 4 a 10 veces más, especialmente en el primer año de vida, el riesgo absoluto de desarrollar una infección de orina en estas edades es bajo, del 1% y por ello la magnitud del efecto protector sería baja. No es ajeno a todo ello el que la intervención puede tener sus complicaciones. Por

otra parte las retracciones forzadas del prepucio pueden conducir al desarrollo de dolor, inflamación, postitis con edema y signos inflamatorios prepuciales por entrada de gérmenes a través de las fisuras producidas, e incluso fimosis cicatricial que obligaría al tratamiento quirúrgico primario.

Por lo tanto, salvo que tengamos motivos antes de los 3 años, como infecciones de orina que pensemos que puedan estar favorecidas por dicha fimosis y/o balanitis de repetición (2 procesos), se debería de esperar hasta después de los 3 años para proceder a un intento terapéutico con Corticoides tópicos (betametasona al 0.05% o clobetasona) durante un periodo máximo de uno a dos meses, tiempo durante el cual se adiestrará a la familia para que realice asimismo retracciones progresivas del prepucio, siempre suaves y no forzadas, sin producir dolor ni fisuras. Con este enfoque se obtiene una reducción de riesgo relativo de fimosis del 54 al 94 % siendo necesarios tratar de 2 a 4 niños durante uno a dos meses, para obtener el efecto deseado. (Nivel de evidencia Ib) En caso de fallo terapéutico se derivará al cirujano infantil para valorar

tratamiento quirúrgico antes de los 4 años. ^(8,9)

En los adultos las causas de fimosis suelen ser variadas, la balanopostitis crónica o recidivante, sobre todo en diabéticos, balanitis xerótica obliterante y traumatismos (directos, actos sexuales

violentos, manipulaciones urológicas). ⁽¹⁾

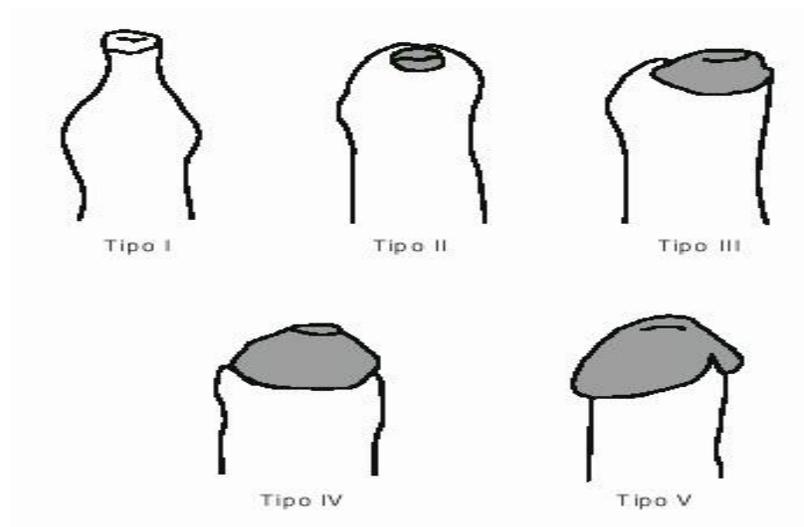
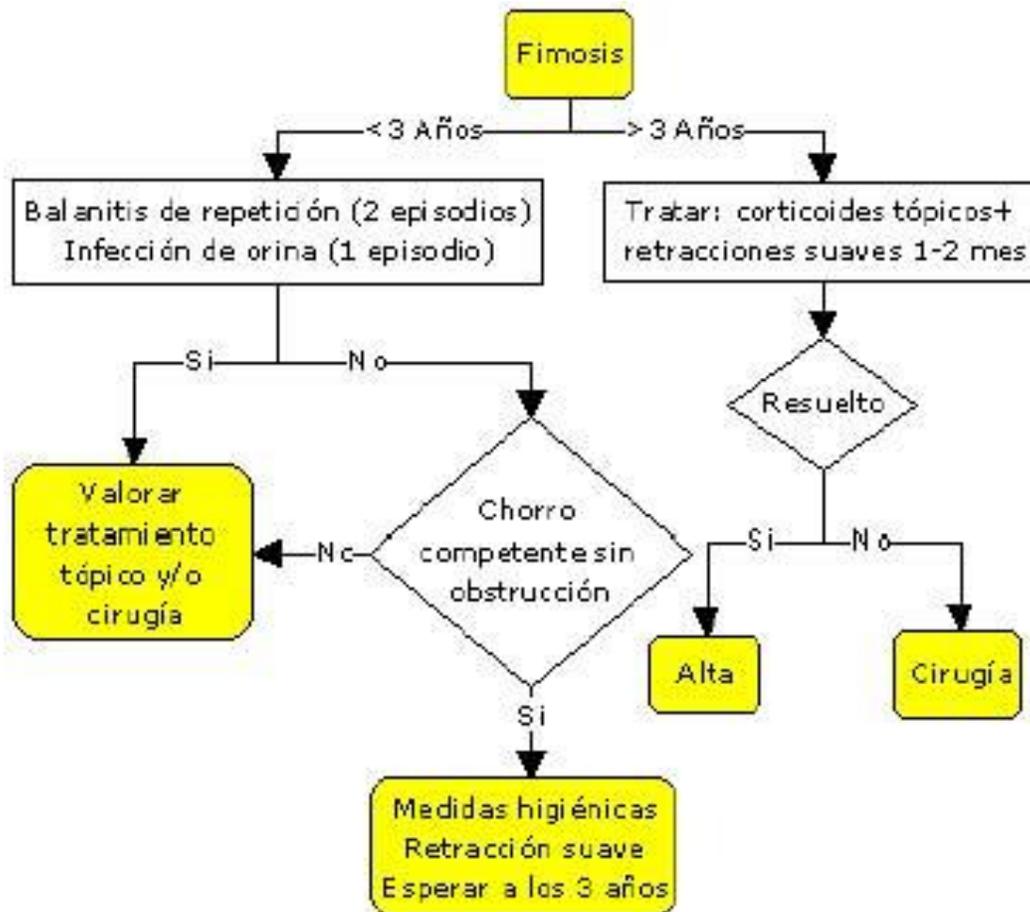


Tabla. Tipos de prepucio según edad.

II	III	IV	V	I						
Rango de edades					No.	No.	No.	No.	No.	
					-1<	3	197	3	2	
						14	9	15	17	13
						5	4	10	11	14
						3	2	4	10	29
						0	2	3	8	56
					Total	53	26	39	49	114

Multimed 2009; (2) 13

DIAGRAMA DEL MANEJO (9)



Tratamiento

La circuncisión a menudo se realiza en niños sanos por razones culturales o religiosas. En los Estados Unidos, la circuncisión de los recién nacidos generalmente se hace antes de su salida del hospital. Sin embargo, los niños judíos son circuncidados cuando tienen 8 días de nacidos.

En otras partes del mundo, incluyendo Europa, Asia, Centro y Suramérica, la circuncisión es poco común entre la población general.

Las ventajas de la circuncisión se han debatido. Las opiniones con respecto a la necesidad de practicar la circuncisión en niños sanos varían entre los médicos y algunos de ellos le dan gran valor al hecho de tener un prepucio intacto, porque por ejemplo permite una respuesta sexual más natural durante la vida adulta.

En lugar de recomendar la circuncisión rutinaria en niños sanos, muchos médicos permiten que los padres tomen la decisión después de exponerles las ventajas y desventajas de este procedimiento.

No existen fundamentos médicos obligatorios para realizar este procedimiento en niños varones sanos, aunque algunos niños padecen una afección que requiere la circuncisión.

En 1999, la *American Academy of Pediatrics* (Academia Estadounidense de Pediatría)

revisó su declaración sobre la política con relación a la circuncisión y dicha política es apoyada por la *American Medical Association* (Asociación Médica Estadounidense). A continuación se presenta un resumen de esta política:

"La evidencia científica existente demuestra los beneficios médicos potenciales de la circuncisión de los niños varones recién nacidos; sin embargo, estos datos no son suficientes para recomendar la circuncisión neonatal de rutina. En circunstancias en las cuales haya beneficios y riesgos potenciales, aún si el procedimiento no es esencial para el bienestar actual del niño, los padres deben determinar lo que consideren mejor para su hijo. Para que los padres de todos los niños varones tomen una decisión con conocimiento de causa, se les debe suministrar información precisa e imparcial y se les debe dar la oportunidad de discutir su decisión. En caso de decidirse la práctica de la circuncisión, se deben administrar los procedimientos analgésicos del caso."^(10,11)

Las fimosis pueden corregirse quirúrgicamente mediante 2 técnicas: la clásica o circuncisión (eliminar toda la piel del prepucio dejando el glande expuesto al roce) o la más actual o prepucioplastia de Duhamel (dilatación del segmento estrecho que impide retraer la piel). La elección de una u otra técnica dependerá de las características personales de cada niño aunque, en general, el postoperatorio de la circuncisión es más molesto y el resultado menos estético que cuando realizamos una prepucioplastia; sin embargo en los casos de infecciones locales o infecciones urinarias de repetición es más recomendable la primera.

Esta intervención no está indicada antes del año de edad (para minimizar el riesgo anestésico) salvo en niños con infecciones de repetición o en los casos de indicación por motivos culturales (como ocurre por ejemplo en la población judía en que es tradición circuncidar a los recién nacidos como parte de un ritual religioso). Dado que la incidencia de balanitis es significativamente mayor a partir de los 3 años, y por el bajo riesgo de las técnicas empleadas, no es conveniente esperar a la aparición de infecciones para solventar la presencia de una fimosis.

Generalmente se realiza con anestesia local y sedación para garantizar la colaboración del enfermo. En adolescentes colaboradores puede realizarse con anestesia local únicamente.⁽⁸⁾

La circuncisión es la intervención quirúrgica más común en Estados Unidos. En la sociedad norteamericana el debate sigue centrado en la conveniencia o no de la circuncisión neonatal profiláctica. Este debate no existe en Europa, donde los niños son intervenidos habitualmente por presentar síntomas o por motivos religioso-culturales.

La primera opción del tratamiento es el medicamentoso. La pomada esteroidea está indicada en todo tipo de fimosis, síntomas y a cualquier edad con una tasa de éxito superior al 80 %. Cuando el tratamiento tópico falla se realizará la circuncisión o la plastia dorsal prepucial, dependiendo de la edad o sintomatología del paciente. En resumen, las indicaciones terapéuticas de la circuncisión son la fimosis fisiológica sintomática y la fimosis patológica que no responden al tratamiento tópico

⁽¹²⁾

esteroideo.

Cuba, con el objetivo de evaluar el desarrollo del prepucio y su retractilidad se estudiaron 500 niños con edades entre 0 y 16 años en 3 hospitales pediátricos de La Habana, desde

agosto del 2000 hasta julio del 2001. Se evaluó en todos los pacientes el grado de retractilidad del prepucio sobre la base de la clasificación de Kayaba. Se observó en 59,6 % de los lactantes el prepucio tipo I (no retráctil) mientras que el tipo V (completamente retráctil) en 3,8 %. En los adolescentes el prepucio tipo I no se apreció, mientras que el tipo V se encontró en 81,1 %.

Se halló que 132 niños que habían sido dilatados forzosamente éstos tenían adherencias balanoprepuciales al momento del examen. La circuncisión fue necesaria en 11 niños (2,2 %). La separación incompleta del prepucio y el glande es normal y común en recién nacidos, con progresos de la separación espontánea hasta la adolescencia, la que es total en la mayoría de los niños, por lo que se concluyó que la circuncisión tiene muy poca indicación en la infancia, al igual que la dilatación forzada del prepucio.⁽¹³⁾

La circuncisión, según varios estudios, reduce a la mitad el riesgo de ser infectado por el VIH, sin embargo, no parece otorgar beneficios cuando las relaciones sexuales son entre hombres. Esta conclusión resulta de un amplio análisis de varias investigaciones realizadas anteriormente que no muestran de manera concluyente que la circuncisión disminuye el riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otras infecciones sexualmente transmisibles en los homosexuales, explican los autores del estudio, divulgado en el *Journal of the American Medical Association (JAMA)* del 8 de octubre de este año.

Estudios clínicos realizados en África han probado que la circuncisión reduce de 50 a 60% el riesgo de transmisión del VIH de la mujer al hombre, un hallazgo que ha llevado a hablar de "una vacuna quirúrgica", un método económico y sin riesgos para proteger a los hombres del sida. Estos estudios llevan a pensar también que la circuncisión podría proteger a los hombres heterosexuales contra otras infecciones venéreas como la sífilis. Pero se desconocía si la circuncisión tenía efectos benéficos sobre hombres que tuvieran relaciones homosexuales. El Dr. Gregorio Millett de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) realizó un metanálisis de 15 estudios que examinaban el vínculo entre circuncisión y tasa de infección del VIH y otras enfermedades sexualmente transmisibles. Estos estudios se refirieron a 53 567 hombres, de los cuales el 52% estaba circuncidado. Los investigadores concluyeron que el riesgo de infectarse con VIH era apenas más bajo en los circuncidados pero esta diferencia era estadísticamente insignificante.⁽¹⁴⁻²¹⁾

Multimed 2009; 13(2)

Referencias Bibliográficas

1. Hutchinson J. On the influence of circumcision in preventing syphilis. *Med Times Gazette*. 1855; 32:542-543.
2. Wolbarst AL. Circumcision in infancy: A prophylactic and sanitary measure. *Am Med* 1926; 32:23-29.
3. Warren JP. NORM UK and the medical case against circumcision. In: Denniston GC, Milos MF, eds. *Sexual Mutilation-A Human Tragedy*. Chapt 7. New York: Plenum Press, 1997:96-98.
4. Dewan PA, Tieu HC, Chieng ES. Phimosis: is circumcision necessary? *J Paediatr Child Health* 1996; 32:285-289.

5. 5. Morales JC. Usos y abusos de la circuncisión. Rev Cubana Pediatr 1963; 2:31-33.
6. 6. Kayaba H, Tamura H, Kitajima S, Fujiwara Y, Kato T, Kato T et al. Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 japanese boys. J Urol 1996;156:1813-1815
7. 7. Fimosis en niños y adolescentes. Página principal. Información general T. generales Espec. médicas Espec. Pediátricas. ... www.saludinfantil.com/fimosis.htm - 10k - www.saludinfantil.com. Visitado octubre/2007.
- .8. Hernia inguinale en la infancia y Fimosis. TERAMEDIX infectología, psicoprofilaxis, congresos, bibliografía médica, cirugía pediátrica, hipertensión pulmonar , hernia, fimosis, quemados, neonatología ...
www.cirpedal.com.ar/hernia.htm - 15k visitada en octubre/2008.
8. 9. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002998.htm>. [pagina actualizada el 11/2/2007](#) Revisada el 7 de octubre/2008.
9. 10. Phimosis An Pediatr (Barc) 2004; 60: 487 – 487.
10. 11. <http://www.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=12952> visitado septiembre-2008
11. 12. <http://www.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=23139>. visitado septiembre-2008
12. 13. <http://jama.ama-assn.org/> (revisado octubre 7/2008)
13. 14. www.pediatraldia.com visitada en octubre/2008
- .15. <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=index-html&issn=1549-1676> .(visitado octubre-2008)
14. 16. <http://www.who.int/es/index.html>(visitado octubre-2008)
15. 17. <http://www.unaids.org/> (visitado octubre-2008)
16. 18. <http://www.iasociety.org/> (visitado octubre-2008)
17. 19. <http://www.aids2008.org/es/> visitado octubre-2008)