

## CIRUGÍA PEDIÁTRICA

## FIMOSIS EN NIÑOS

Michelle Oconitrillo Chaves\*

## SUMMARY

**Phimosis is an inability to retract the foreskin and discover completely the glans. It is a physiological process during the first 3-4 years of life and which should prevent forced retractions because they can generate a pathological phimosis. Phimosis may present complications like urinary tract infections, balanitis or paraphimosis. The first line treatment is a short course of topical steroids, and only in selected cases the performing of circumcision is indicated.**

## INTRODUCCIÓN

El prepucio es la piel que recubre el glande y tiene como función proteger al meato uretral y al glande. La fimosis es la incapacidad para retraer manualmente el prepucio por detrás del surco balanoprepucial y por lo tanto, no es posible descubrir el glande.

La fimosis se categoriza en fisiológica y patológica:

- Fimosis fisiológica: Durante los primeros 3-4 años de vida la fimosis se considera fisiológica. Alrededor del 96% de los recién nacidos tienen un prepucio no retráctil, esto

ocurre por las adherencias naturales entre el glande y el prepucio. A los seis meses de edad solamente el 20% de los prepucios son retractiles, a los doce meses de edad el 50% son retractiles y a los tres años el 90% son retractiles<sup>8</sup>. Durante el desarrollo, las adherencias van desapareciendo por la presencia de esmegma (perlas blancas) y las erecciones intermitentes. Durante la infancia se produce una separación gradual del prepucio la cual se completa, en la mayoría de los casos, al llegar la adolescencia.

- Fimosis patológica:

\* Médico General.

Persistencia de dificultad para retraer el prepucio en un niño mayor de 4 años entre sus causas se encuentran las cicatrices distales del prepucio o fibrosis, ya sea por inflamación, trauma o infección. Otras causas son una pobre higiene, balanitis recurrente y balanitis xerótica obliterante.

Frecuentemente, la fimosis fisiológica y la fimosis patológica son confundidas entre sí. El médico debe reconocer la diferencia para evitar referencias innecesarias a pediatría con la consecuente ansiedad que genera en los padres y en los niños.

## CLÍNICA

La fimosis patológica puede presentar dolor, hematuria, globo prepucial, irritación en el glande y/o prepucio, balanitis recurrente, disuria, episodios frecuentes de infecciones urinarias y erecciones dolorosas<sup>10</sup>. Un prepucio fibroso es grueso, rígido y en algunas ocasiones blanquecino. En las adherencias balanoprepuciales la piel se retrae ante la ausencia de un anillo fimótico, pero no es posible descubrir completamente el glande debido a la adherencia.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la fimosis es clínico. No es necesario realizar

exámenes de laboratorio o estudios por imágenes. Durante el examen físico en niños mayores de tres años de edad, la fimosis se presenta al no poder retraer el prepucio en su totalidad. Es importante saber diferenciar entre la fimosis y las adherencias balanoprepuciales.

## COMPLICACIONES

- Infecciones urinarias recurrentes.
- Balanitis o balanopostitis recurrente: Inflamación del glande y el prepucio que por lo general ocurre debido a una pobre higiene, a pesar de tener una etiología multifactorial.
- Parafimosis: Condición de emergencia cuando el prepucio estrecho no regresa a su posición normal, generando un compromiso de flujo venoso, arterial y linfático que condiciona a edema del glande e imposibilita la retracción manual.
- Balanitis xerótica obliterante: Enfermedad dermatológica inflamatoria de etiología desconocida, es una estrechez prepucial después de haber tenido un prepucio normal y reductible, afecta tanto a niños como a adultos.

## TRATAMIENTO

Los esteroides tópicos deben ser

utilizados como primera línea para el tratamiento de la fimosis patológica en niños. A pesar de no contar con un mecanismo de acción totalmente definido, se cree que los esteroides tópicos actúan mediante un proceso antiinflamatorio local o mejorando la elasticidad mediante la síntesis de fibras elásticas y de colágeno<sup>6</sup>. Se utiliza un curso corto de esteroides tópicos, preferiblemente la betametasona al 0,05% dos veces al día por un período de dos a ocho semanas, realizando retracciones hasta el área del anillo fimótico durante un minuto. Los efectos adversos luego de la aplicación de esteroides son poco comunes. En la balanitis xerótica obliterante la respuesta a los esteroides tópicos es pobre<sup>10</sup>. La realización de una circuncisión esta limitada a infecciones urinarias recurrentes, cambios en el prepucio debido a traumas repetitivos, balanitis xerótica obliterante y/o creencias religiosas de los padres<sup>10</sup>. En el 2012 la Academia Americana de Pediatría (AAP) establece que en los recién nacidos de sexo masculino los beneficios de la circuncisión superan los riesgos, por lo tanto, el acceso a este procedimiento se justifica para las familias que opten por llevarlo a cabo<sup>8</sup>. Es importante lavar con agua y jabón el pene, cambios frecuentes del pañal para evitar irritación en los genitales y no

forzar retracciones del prepucio, ya que el realizar esta maniobra, puede provocar pequeñas lesiones o fibrosis que con el tiempo originarían una fimosis verdadera.

## RESUMEN

La fimosis es la incapacidad para retraer el prepucio y descubrir completamente el glande. Es un proceso fisiológico durante los primeros 3-4 años de vida y en el cual se deben evitar las retracciones forzadas, ya que pueden generar una fimosis patológica. La fimosis puede presentar complicaciones como infecciones del tracto urinario, balanitis o parafimosis. El tratamiento de primera línea es un ciclo corto de esteroides tópicos, y solamente en casos seleccionados se indica realizar una circuncisión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baquedano Droguett Paulina. Patología de genitales externos masculinos. En: Meneghello Pediatría, sexta edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana, 2013, p.1504-1503.
2. Castro Felipe, Raby Trinidad. Fimosis y Circuncisión. Rev Chil Pediatr 2010; 81(2):160-165.
3. Drake Tamsin, Rustom Jane, Davies Melissa. Phimosis in childhood. BMJ 2013;346:f3678.
4. Orsola Anna, Caffaratti, Garat Jose Maria. Conservative Treatment of Phimosis in Children using a topical steroid. Urology 56 (2), 2000.
5. Roth David R, Gonzales Edmond T. Disorders of renal development and Anomalies of the collecting system, bladder, penis, and scrotum. En: Oski's Pediatrics Principles & Practice, cuarta edición. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2006, p. 1830-1831.
6. Sookpotarom P, Asawutmangkul C, Srinithiwat B y cols. Is half strength of 0.05 % betamethasone valerate cream still effective in the treatment of phimosis in young children?. *Pediatr Surg Int* (2013) 29:393–396.
7. Srinath Reddy, Viral Jain, Manish Dubey, Pankaj Deshpande, Arbinder K Singal. Local steroid therapy as the first-line treatment for boys with symptomatic phimosis a long-term prospective study. *Acta Pædiatrica 2011 Foundation Acta Pædiatrica 2012* 101, pp. e130–e133.
8. Steadman Barbara, Ellswort Pamela. To Circ or Not to Circ: Indications, Risks, and Alternatives to Circumcision in the Pediatric Population with Phimosis. *Urologic Nursing/ June 2006 / Volume 26* Number 3.
9. Panait N, Mouriquand P. Prepucio estrecho en el niño. 2010 Elsevier Masson SAS.
10. Sukhbir Kaur Shahid. Phimosis in Children. *International Scholarly Research Network ISRN Urology* Volume 2012.
11. Wan Julian, Rew Karl. Common Penile Problems. *Prim Care Clin Office Pract* 37 (2010) 627–642.