

Universidad de Extremadura (España)

Comparación de dos tratamientos conservadores, alternativos a la circuncisión, para la resolución de la fimosis

Dr. Francisco Javier Barbancho Cisneros,¹ Lic. Francisco Tirado Altamirano,² Lic. Luis M. Hernández Neila³ y Lic. Emilio Macías Bravo⁴

RESUMEN

El presente trabajo tiene el objetivo de comparar la eficacia de dos tratamientos conservadores para la resolución de la fimosis, basados en medidas higiénicas y retracciones periódicas del prepucio con aplicaciones de una crema de esteroides tópicos y sin esta. Entre octubre de 1998 y febrero de 2000 se seleccionaron 27 niños menores de 14 años que presentaban fimosis y que recibieron un tratamiento basado en medidas higiénicas y retracciones periódicas del prepucio, más la aplicación de una crema de vaselina. Todos los pacientes pertenecían a una Consulta de Pediatría de Atención Primaria. Entre noviembre de 2000 y enero de 2002 se reclutaron otros 23 niños menores de 14 años, también afectados de fimosis. Todos ellos pertenecían a la mencionada consulta y recibieron el mismo tratamiento, salvo que la crema de vaselina se sustituyó por una de esteroides tópicos. El tratamiento en el grupo que recibió la aplicación de vaselina fue completado por 23 pacientes, de los cuales 6 resolvieron la fimosis, lo que supuso el 26 % de éxito. En el grupo que recibió la aplicación de esteroides tópicos, el tratamiento fue cumplimentado en 20 niños y se logró la resolución de la fimosis en 17 casos, cifra que arrojó el 85 % de éxito. Las retracciones periódicas del prepucio, unidas a la aplicación de una crema de esteroides es un tratamiento idóneo contra la fimosis. Su eficacia es 59 % mayor que la que se obtiene con la aplicación de una crema de vaselina. El tratamiento tópico con esteroides no presenta efectos secundarios y evita un alto número de intervenciones quirúrgicas. En los casos en que la fimosis no se resuelve, la circuncisión puede ser practicada sin menoscabo.

Palabras clave: Fimosis, retracciones, vaselina, crema de esteroides, circuncisión.

La fimosis, entendida como un estrechamiento de la abertura prepucial que imposibilita o dificulta al máximo el deslizamiento del prepucio sobre el glande, es frecuente en los niños

de 3 a 14 años, y su incidencia varía ampliamente, según los autores, entre el 0,6 y el 10 %.¹⁻⁴

El prepucio es un vestigio estructural que desde el nacimiento permanece adherido al glande. La retracción de este no es posible por existir una capa común de epitelio escamoso entre el glande y la cara interna del prepucio. Así, el prepucio cubre totalmente al glande durante el tiempo que el niño aún no ha comenzado a tener un control esfinteriano y es incontinente. La protección que ejerce el glande en este período es útil frente a las agresiones externas y reduce notablemente el contacto con los pañales y la ropa. Por regla general se produce una separación gradual a medida que se queratiniza el lecho epitelial que los une, lo que permite la paulatina adquisición de la retraibilidad. Las secreciones sebáceas (esmegma) actúan como coadyuvantes en la disección del espacio existente entre el prepucio y el glande.

La fimosis se considera fisiológica en los recién nacidos, en quienes la retracción del prepucio sobre el glande se logra solo en el 4 % aproximadamente.¹ Durante el primer año de vida aumenta hasta el 50 % y se eleva al 90 % en el tercer año. A partir de esta edad, si la fimosis no es tratada, se estabiliza hasta los 10-13 años, en la mayoría de los casos.^{1,3}

Los niños con fimosis pueden presentar una serie de problemas a corto y a largo plazo.^{1,5-7} Entre los primeros figuran el balonamiento prepucial, dificultades miccionales, retención de esmegma, infecciones urinarias, balanopostitis y dolor a la erección. Entre los segundos, la afectación renal, balanitis serosa obliterante y mayor riesgo de cáncer de pene. Para evitar las complicaciones y en correspondencia con la intensidad de estas, hasta hace pocos años se recomendaba frecuentemente la circuncisión en edades más o menos tempranas.

Con anterioridad a los 3 años de edad no se recomienda la circuncisión por considerarse la fimosis como fisiológica. Sin embargo, algunos niños menores de esta edad pueden presentar retenciones urinarias importantes o infecciones del tracto urinario. En estos pequeños sí puede contemplarse o indicarse el tratamiento quirúrgico.^{5,8}

Aunque hasta el momento la práctica de la circuncisión no ha sido excesivamente controversial, la intervención plantea algunos problemas que producen inquietud y preocupación en el niño y en sus padres. No se conoce con exactitud la incidencia de las complicaciones asociadas a la circuncisión. Las cifras aportadas por los distintos autores son muy diferentes, según se incluyan solo las más importantes, que oscilan entre el 0,2 y el 0,6 %, o también las menores que pueden alcanzar hasta el 35 % o más.⁹⁻¹¹ Además de las posibles complicaciones, la circuncisión es un tratamiento que en muchos casos precisa hospitalización^{12,13} y tiene un alto coste económico para el sistema sanitario.¹⁴

Por todo ello siempre se ha buscado soluciones no quirúrgicas que eviten la intervención. Tradicionalmente se han empleado medidas higiénicas y retracciones prepuciales, y en ocasiones, la aplicación de cremas inertes locales lubricantes,^{6,15,16} entre ellas la vaselina ha sido utilizada reiteradamente. En los últimos años se han propuesto, entre los tratamientos conservadores alternativos a la circuncisión, la aplicación de esteroides tópicos, los cuales han conseguido excelentes resultados.^{5,6,15,16}

En este trabajo presentamos nuestra experiencia en el tratamiento conservador de la fimosis, comparando dos grupos de niños atendidos con dos tipos de terapia conservadora basadas en medidas higiénicas y retracciones prepuciales en ambos casos, pero con la aplicación de una crema de vaselina en el primer grupo y otra de corticoides en el segundo.

MÉTODOS

Los tratamientos no se realizaron simultáneamente. Entre octubre de 1998 y febrero de 2000 se seleccionaron 27 niños menores de 14 años que presentaban fimosis. Todos pertenecían a una Consulta de Pediatría de Atención Primaria y recibieron un tratamiento conservador basado en medidas higiénicas y retracciones periódicas del prepucio con aplicación de una crema de vaselina. De los 27 niños se excluyeron a 4. Dos de ellos porque abandonaron el tratamiento y otros 2 por no seguir adecuadamente las instrucciones recibidas. Los 23 pacientes que siguieron el tratamiento tenían una edad media de 5,8 años (rango 3-13 años).

Desde noviembre de 2000 a enero de 2002 se seleccionaron otros 23 niños afectados de fimosis, menores de 14 y pertenecientes a la misma consulta. Recibieron el mismo tratamiento que los del primer grupo, salvo que la crema de vaselina se sustituyó por una de esteroides tópicos. De los 23 pacientes, 3 fueron excluidos. Dos de estos porque no volvieron a la consulta; el tercero se desestimó por no seguir adecuadamente las instrucciones recibidas. Los 20 que cumplieron el tratamiento tenían una edad media de 6,65 años (rango 3-13 años).

En ambos grupos la mayoría de los pacientes, 20 (74 %) de 27 del primero y 16 (69,5 %) de 23 del segundo, presentaban síntomas variables como consecuencia de la fimosis. Los más comunes en ambos grupos fueron la balanitis y la retención de esmegma (Fig. 1).

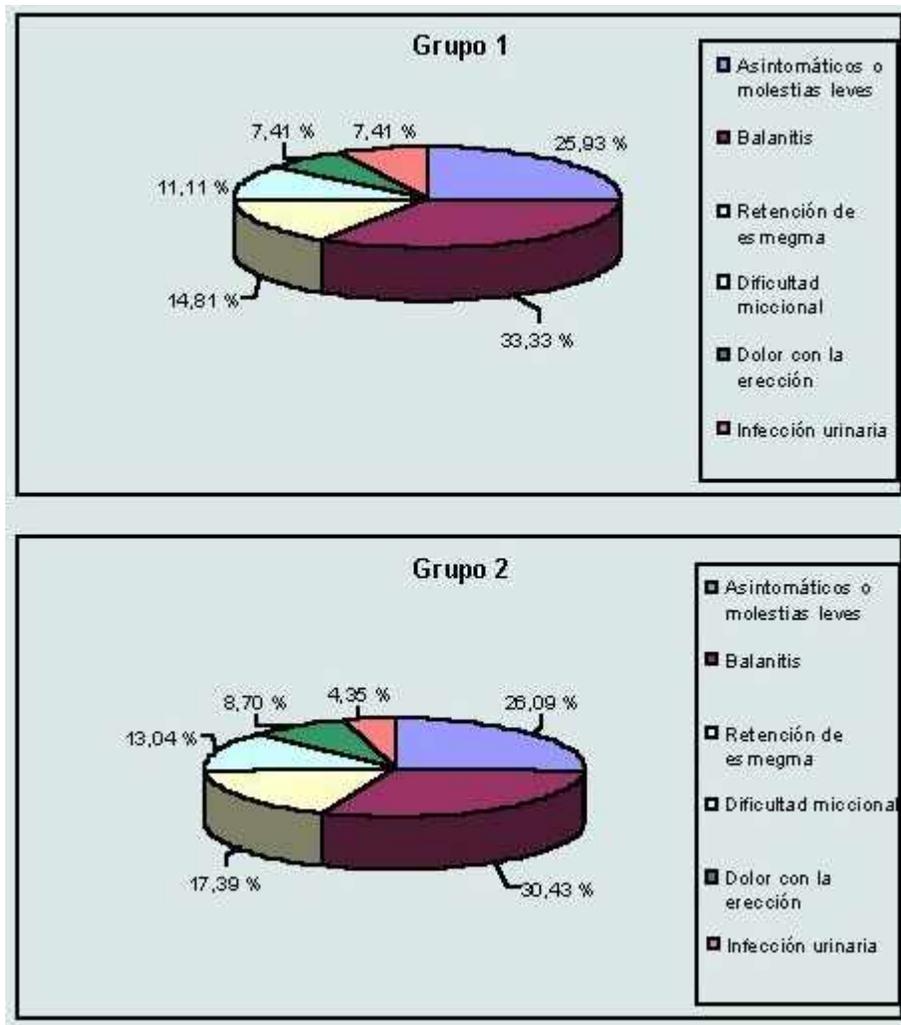


Figura 1. Síntomas asociados a la fimosis.

La duración del tratamiento fue diferente para los grupos. En el primero se prolongó durante varios meses (entre 2 y 9 meses). En el segundo el período fue mucho más corto: entre 4 y 6 semanas.

En los dos grupos, tanto los niños, cuando su edad lo permitía, como los padres fueron enseñados convenientemente sobre la manera adecuada de efectuar el tratamiento y se les proporcionó una hoja con explicaciones pormenorizadas y dibujos esquemáticos. Se les informó sobre las ventajas que podrían obtener con la terapéutica conservadora y se les aseguró que si no era exitosa serían enviados a la consulta de Urología para su valoración quirúrgica.

En los dos grupos, durante los primeros días del tratamiento se pretendía lograr una adecuada higiene del pene y que el niño se acostumbrara a la manipulación de este. Se

prescribieron lavados con agua de manzanilla o suero fisiológico, entre 3 y 7 días para el primer grupo y solo 3 días para el segundo.

A los niños del primer grupo, una vez completada la fase de higiene y de adaptación, se les comenzó a aplicar dos o tres veces al día una crema de vaselina sobre la parte distal del pene, sin efectuar ninguna manipulación, siguiendo las instrucciones de la hoja explicativa. A partir del inicio de la segunda semana se debían hacer retracciones suaves y progresivas del anillo prepucial sobre el glande. En ningún caso debían provocar dolor. Acabadas las retracciones, si se había logrado algún grado de deslizamiento del prepucio, éste se debía regresar a su posición original.

Los niños tenían que acudir a la consulta cada 6 semanas para evaluación y siempre que se hubiera logrado la resolución de la fimosis.

A los niños del segundo grupo, tras la fase inicial de 3 días, se les comenzó a aplicar desde el cuarto día una crema de valerato de betametasona al 0,05 % sobre la parte distal del pene, dos veces al día, siguiendo las instrucciones de la hoja explicativa.

A partir del inicio de la segunda semana se comenzaba a realizar retracciones suaves, progresivas e indoloras del anillo prepucial sobre el glande. Del mismo modo, acabadas las retracciones, el prepucio debía regresar a su posición original.

Si finalizada la cuarta semana de tratamiento la retracción era completa se suprimía la administración de la crema y solamente se continuaba con retracciones diarias, aprovechando el momento del baño o de la ducha y extremando la higiene de la zona. En caso de que completada la cuarta semana no se hubiera logrado la retracción completa, se mantenía la aplicación de la crema durante una o dos semanas más. Seguidamente se continuaba con las retracciones del prepucio en el baño o ducha y las medidas higiénicas solamente.

RESULTADOS

En el primer grupo, de los 23 pacientes que cumplieron el tratamiento, se consiguió resolver la fimosis en 6 casos, lo que supuso el 26 % de éxitos. En uno de los pacientes se obtuvo la resolución a las 6 semanas de tratamiento, en otro se logró a las 10. Los demás precisaron en todo caso más de 20 semanas. De los tratamientos considerados como fallidos, en 3 niños, de 7, 11 y 13 años respectivamente, se obtuvo una retracción parcial, pero insuficiente, del prepucio. El resto de los pacientes no obtuvo mejoría significativa. Todos ellos fueron remitidos al servicio de Urología para valoración quirúrgica.

En el segundo grupo, de los 20 niños que completaron la terapia, se logró resolver la fimosis en 17 casos, entre las 4 y 6 semanas, cifra que supuso el 85 % de eficacia (Fig. 2). De los tratamientos considerados como fallidos, en 2 casos, un niño de 8 años y otro de 12, solamente se obtuvo una retracción parcial del prepucio. En un caso, un paciente de 13

años, la retracción fue casi completa pero se quejaba de molestias durante la erección. Estos tres pacientes fueron igualmente enviados a consulta especializada para evaluación quirúrgica.

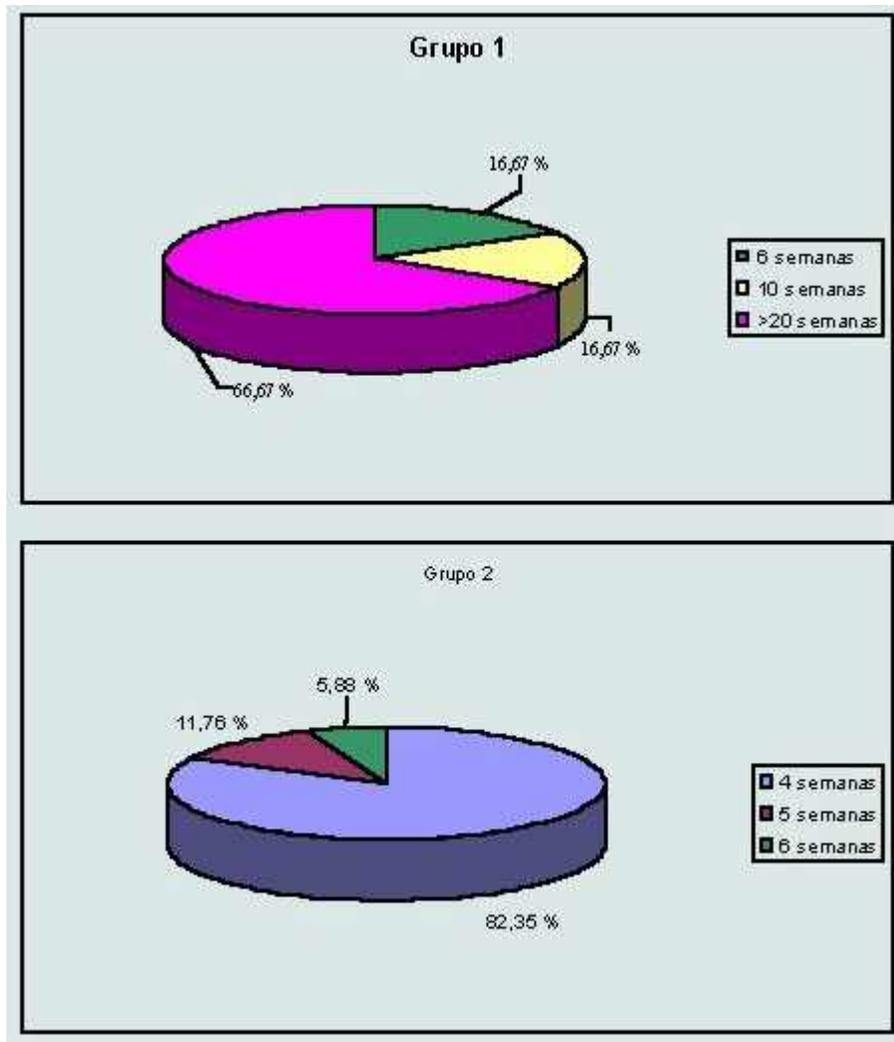


Figura 2. Tiempo de tratamiento para la resolución de la fimosis.

DISCUSIÓN

La fimosis es un problema muy común en la infancia y produce un alto número de intervenciones quirúrgicas¹² y de hospitalizaciones en nuestro país.¹³ La intervención más común de la fimosis es la circuncisión, procedimiento que habitualmente resuelve de forma satisfactoria la anomalía y que no suele complicarse de forma importante.¹⁷ No obstante, tiene algunos inconvenientes que deben mencionarse. En los niños pequeños para su realización es necesario el uso de anestesia general, circunstancia que supone un peligro potencial y la hospitalización. Además, la intervención no está exenta de ciertas

complicaciones precoces, como son dehiscencia de los bordes, lesión quirúrgica, hemorragia e infección (estas dos últimas, las más comunes) y también tardías entre las que cabe citar la eliminación inadecuada del prepucio, úlcera y estenosis del meato, adherencias del pene, quistes de inclusión y ocultamiento del pene. A pesar de ser una intervención de cirugía menor tiene costes económicos importantes, los cuales se disparan dado el alto número de procedimientos realizados cada año.^{12,13,18}

Por todo ello siempre se ha procurado encontrar métodos de tratamiento alternativos a la cirugía tradicional. El procedimiento conservador más extendido se ha fundamentado en la higiene y las retracciones del prepucio sobre el glande, con uso o no cremas inertes lubricantes de aplicación tópica es muy frecuente el empleo de vaselina o similares, pero los resultados son poco satisfactorios y frecuentemente se debe recurrir a la circuncisión. En nuestro trabajo, los resultados del grupo analizado que siguió este tipo de tratamiento se asemejan a los de los trabajos publicados con anterioridad.^{15,16}

Desde 1993 se han realizado varios estudios que han basado el tratamiento en el deslizamiento reiterado del prepucio sobre el glande mediante retracciones junto con la aplicación sobre la parte distal del pene de diversas cremas antiinflamatorias, formuladas mayoritariamente con diversos corticosteroides. El número de éxitos en todos los trabajos publicados que refieren el uso de esteroides tópicos unidos a las retracciones del prepucio es ciertamente importante. En la Tabla se exponen varios de los estudios más interesantes que se han publicado hasta la fecha.^{5,6,16,19-25}

Tabla. *Estudios sobre el tratamiento conservador de la fimosis*

Autores	N.º de casos	Tratamiento	% de éxitos
Jorgensen (1993)	54	Clobetasol/24 h	70
Wright (1994)	139	Betametasona/8 h	80
Lindhagen (1996)	27	Clobetasol/24 h	89
Atila (1997)	32	Diclofenaco/8 h	75
Chu (1999)	276	Betametasona	95
Pless (1999)	45	Betametasona	74
Monsour (1999)	25	Betametasona	67
Orsola (2000)	137	Betametasona	90
Ng (2001)	83	Triamcinolona	84
Klyver (2001)	55	Clobetasol	87

Debe destacarse que en todos los tratamientos, efectuados con corticoides tópicos en los distintos estudios, no se han observado efectos secundarios locales de importancia y que tampoco se han comunicado la existencia de efectos generales.

En nuestro trabajo el número de éxitos terapéuticos logrado está en la línea de los obtenidos por la mayoría de los autores y sus resultados son muy similares a los de un estudio realizado recientemente en nuestro país.²⁶ Es de destacar que tampoco hemos observado efectos secundarios dignos de mención y que el tratamiento fue muy bien aceptado por los

pacientes. Tanto los niños mayores como sus padres pusieron de manifiesto la sencillez y la comodidad del tratamiento.

Algunos trabajos se han ocupado de comparar la relación coste-eficacia entre el tratamiento conservador y los procedimientos quirúrgicos. Un estudio efectuado en los Estados Unidos por *Van Howe* ha demostrado que el tratamiento tópico de la fimosis con corticoides puede suponer un ahorro del 75 % en relación con lo que cuesta el procedimiento quirúrgico.¹⁴ Muy recientemente, en Francia, *Berdeu* ha obtenido resultados similares.¹⁷

Conclusiones

La fimosis es una alteración común en la infancia, que puede tratarse a partir de los tres años de edad por las frecuentes complicaciones que produce a corto y a largo plazo.

El tratamiento conservador basado en medidas higiénicas, retracciones indoloras y aplicación tópica de corticosteroides durante un período de 4 a 6 semanas consigue la resolución de la mayoría de los casos.

Es fundamental para consolidar el éxito de la resolución de la fimosis mantener las medidas higiénicas y seguir efectuando retracciones del prepucio sobre el glande tras la finalización del tratamiento tópico, con la crema de esteroides.

Los efectos secundarios tanto locales como generales del tratamiento conservador no son valorables.

El tratamiento local de la fimosis es mucho más económico que la circuncisión y representa un ahorro en torno al 75 %.

La circuncisión solamente se debería efectuar en los casos en que el tratamiento conservador haya fallado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child*. 1968; 43: 200-3.
2. Herzog LW, Alvarez SR. The frequency of foreskin problems in uncircumcised children. *Am J Dis Child*. 1986; 140: 255-6.
3. Imamura E. Phimosis of infants and young children in Japan. *Acta Paediatr Jpn*. 1997; 39: 403-5.
4. Shankar KR, Rickwood AM. The incidence of phimosis in boys. *BJU Int*. 1999; 84: 101-2.
5. Chu CC, Chen KC, Diao GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. *J Urol*. 1999; 162: 861-3.
6. Lindhagen T. Topical clobetasol propionate compared with placebo in the treatment of unrecratable foreskin. *Eur J Surg*. 1996; 162: 969-72.

7. Dagher R, Selzer ML, Lapidus J. Carcinoma of the penis and the anti-circumcision crusade. *J Urol.* 1973; 110: 79-80.
8. Matsuoka H, Kajiwara I, Tahara H, Oshima K. Phimosis as a pathogenetic factor in urinary tract infection and vesicoureteral reflux. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi.* 1994; 85: 953-7.
9. Nihui SD, Stock JA, Kaplan GW. Neonatal circumcision. *Urol Clin North AM.* 1995; 22: 57 -65.
10. Robson WLM, Leung AKC. The circumcision question *Postgrad Med.* 1992; 91: 237-44.
11. Kaplan GW. Complications of circumcision. *Urol Clin North AM.* 1983; 22: 543-9.
12. Vázquez RF, Ocaña JM. Análisis clínico-epidemiológico de 1 451 primeras consultas de cirugía pediátrica derivadas de Atención Primaria a un hospital de tercer nivel. *An Esp Pediatr.* 1998; 49: 129-34.
13. Sarriá SA. ¿Por qué se hospitalizan los niños en España? *An Esp Pediatr.* 1996; 45: 264-8.
14. Van Howe RS. Cost-effective treatment of phimosis. *Pediatrics.* 1998; 102 (4): E43.
15. Golubovic Z, Milanovic D, Vukadinovic V, Rakic I, Perovic S. The conservative treatment of phimosis in boys. *Br J Urol.* 1996; 78: 786-8.
16. Atilla MK, Dondaroz R, Odabas O, Ozturk H, Akin R, Gokcay E. A nonsurgical approach to the treatment of phimosis: local nonsteroidal anti-inflammatory ointment application. *J Urol.* 1997; 158: 196-7.
17. Aho MO, Tammela OK, Somppi EM, Tammela TL. Sexual and social life of men operated in childhood for hypospadias and phimosis. A comparative study. *Eur Urol.* 2000; 37: 95-100.
18. Berdeu D, Sauze L, Ha-Vinh P, Blum-Bolsgard C. Cost-effective analysis of treatments for phimosis: a comparison of surgical and medicinal approaches and their economic effect. *BJU Int.* 2001; 3: 239-44.
19. Jorgensen ET, Svensson A. Treatment of phimosis in boys, with a potent topical steroid (clobetasol propionate 0,05%) cream. *Acta Derm-Venereol Stock.* 1993; 73: 55-6.
20. Wright JE. The treatment of childhood phimosis with topical steroids. *Aust N Z J Surg.* 1994; 64: 327-8.
21. Pless TK, Spjeldnaes N, Jorgensen TM. Topical steroids in the treatment of phimosis in children. *Ugeskr Laeger.* 1999; 161: 6493-5.
22. Monsour MA, Rabinovitch HH, Dean GE. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids. *J Urol.* 1999 Sep;162(3 Pt 2):1162-4.
23. Orsola A, Caffaratti J, Garat JM. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroid. *Urology.* 2000; 56: 307-10.
24. Ng WT, Fan N, Wong CK, Leung SL, Yuen KS, Sze TS, Cheng PW. Treatment of childhood phimosis with a moderately potent topical steroid. *ANZ J Surg.* 2001; 71: 541-3.
25. Kliver H, Mortensen SO, Klarskov OP, Christiansen P. Treatment of phimosis with a steroid creme in boys. *Ugeskr Laeger.* 2001; 163: 922-4.
26. González Fernández M, Sousa Escadón MA, Parra Muntaber L, López Pacios JC. Esteroides tópicos en el tratamiento de la fimosis infantil. *Rev Pediatr Atención Primaria.* 2001; 3: 51-56.

Recibido: 28 de junio de 2005. Aprobado: 18 de julio de 2005.

Francisco J. Barbancho Cisneros. Centro Universitario de Plasencia. Universidad de Extremadura. Avenida Virgen del Puerto 2, Plasencia. España.

Correo electrónico: fbarbancho@unex.es

¹ Doctor en Medicina. Especialista en Pediatría y Profesor Asociado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura (España).

² Diplomado en Enfermería y Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura (España).

³ Diplomado en Enfermería y Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura (España).

⁴ Licenciado en Medicina y Cirugía.