

## Fimosis

Sr. Editor:

He leído con sumo interés, el excelente artículo de Puig Solá y colaboradores "Circuncisión infantil: revisión de la evidencia" recientemente publicado<sup>1</sup>. Me gustaría aclarar algunos aspectos, relacionados con las indicaciones terapéuticas de la circuncisión.

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<sup>2</sup>. Este debate no existe en Europa, donde los niños son intervenidos habitualmente por presentar síntomas o por motivos religioso-culturales.

La fimosis se define como un estrechamiento congénito o adquirido de la abertura prepucial, caracterizado por un prepucio no retraíble sin adherencias. En el recién nacido, el prepucio no se retrae por las adherencias balanoprepuciales. Durante el desarrollo, las adherencias van desapareciendo por la presencia de esmegma (perlas blancas) y las erecciones intermitentes. A los 3-4 años de edad, el 80% de los niños pueden retraer el prepucio y a los 16 años únicamente el 1% no lo podrá hacer, por tener fimosis<sup>3</sup>. Se puede concluir que hasta los 16 años la fimosis es fisiológica y la actitud correcta es no hacer casi nada. La higiene diaria de los genitales con una suave retracción prepucial es suficiente. La retracciones forzadas del prepucio convierten la fimosis fisiológica en patológica (cicatrizal)<sup>4</sup>.

¿Qué síntomas aconsejan tratamiento en la fimosis fisiológica<sup>1,5-6</sup>?

1. La presencia de balanitis y/o balanopostitis de repetición.
2. Los niños con dificultad para la micción y abultamiento del prepucio por acumulación de orina; en la literatura anglosajona se conoce con el término de *ballooning*.
3. La existencia de un episodio de parafimosis por su fácil recurrencia.
4. Las infecciones urinarias<sup>7</sup>.
5. En pacientes asintomáticos con malformaciones urológicas (reflujo vesicoureteral, estenosis de la unión pieloureteral, etc.) como profilaxis contra las infecciones urinarias<sup>8</sup>.
6. La balanitis xerótica *obliterans*.
7. Niños con megaprepucio y reflujo vesicoureteral<sup>9</sup>.

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%<sup>4,8,10</sup>.

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 esteroideo.

**A. Villanueva, J. Jiménez e I. Eizaguirre**  
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Donostia.  
San Sebastián. España.

*Correspondencia:* Dr. A. Villanueva.  
Hospital Donostia.  
P.º del Dr. Beguiristain, s/n. 20014 Donostia.  
San Sebastián. España.  
Correo electrónico: avillanu@chdo.osakidetza.net

## BIBLIOGRAFÍA

1. Puig Solá C, García-Algar O, Vall Combeyes O. Circuncisión infantil: revisión de la evidencia. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:448-53.
2. Elder JS. Abnormalities of the genitalia in boys and their surgical management. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. *Campbell's Urology*. 8.ª ed. Philadelphia: Saunders, 2002; p. 2334-52.
3. Oster J. Further fate of the foreskin: Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child* 1968;43:200-3.
4. Garat JM. La fimosis. Manejo conservador del prepucio. La actualidad en medicina y cirugía. Madrid: Arán, 2000.
5. Langer JC, Coplen DC. Circuncisión y trastornos del pene. En: Glick PL, Irish MS, Pearl RH, Caty MG, editores. *Secretos de la Cirugía Pediátrica*. Ciudad?: McGraw-Hill, 2002; p. 227-30.
6. Ellis DG, Mann CM. Abnormalities of the urethra, penis and scrotum. En: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, editors. *Pediatric Surgery*. 5.ª ed. Ciudad?: Mosby, 1998; p. 1783-95.
7. Wiswell TE. The prepuce, urinary tract infections, and the consequences. *Pediatrics* 2000;106:860-2.
8. 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;168:1746-7.
9. Cascio S, Colhoun E, Puri P. Megaprepucio associated with vesicoureteric reflux. *Eur Urol* 2001;40:696-8.
10. Ashfield JE, Nickel KR, Siemens DR, MacNeily AE, Nickel JC. Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. *J Urol* 2002;169:1106-8.