

## Dificultades y controversias en el manejo del prepucio en la infancia y adolescencia

*Dres. Eduardo Ruiz\*, Juan Moldes\*, Francisco de Badiola\* y Juan Carlos Puigdevall\**

Un punto muy frecuente de controversia en la consulta periódica al médico pediatra es la dificultad en la retracción del prepucio en distintos momentos del desarrollo, lo que ha llevado a una disparidad de criterio muy importante en el manejo de este problema, pocas veces basado en un conocimiento científico del tema.

Con el objeto de aportar elementos que sirvan a la decisión médica, mostramos en esta breve revisión el criterio de nuestro Servicio en relación a este problema, el cual estará muy relacionado con la edad del paciente, los antecedentes y los hallazgos del examen físico. Intentaremos separar lo normal de lo patológico en relación con las distintas edades y aclarar las indicaciones de cirugía sobre la base de nuestra experiencia práctica y el apoyo bibliográfico que existe sobre el tema.

### El recién nacido y el lactante

Un diálogo frecuente en el consultorio es el del pediatra y la mamá preocupada porque no le corre el prepucio a su bebé y a quien la abuela y la vecina le "aconsejan", que le retraiga el prepucio cuando lo baña para "evitar" que haya que operarlo "cuando sea grande", agregando algún ejemplo con nombre y apellido que, "por no hacerlo, debió ser operado cuando tenía nueve años", por ejemplo y el comentario negativo: "sufrió muchísimo".

Este preconcepto muy arraigado en la tradición oral de nuestra población lleva implícitos varios errores conceptuales, siendo el primero el desconocimiento general de la anatomía, fisiología y desarrollo normal del prepucio.<sup>1</sup> Sólo un muy pequeño porcentaje de recién nacidos y lactantes retraen el prepucio y no tienen adherida la mucosa

prepucial al glande, pudiendo este proceso de separación extenderse hasta la pubertad en algunos casos.<sup>2,3</sup> Nuestro consejo, en especial en esta etapa de la vida, es no intervenir en este proceso normal, ya que las retracciones forzadas pueden producir lesiones del anillo prepucial con cicatrización posterior y fimosis secundaria. Un punto de discusión son los niños que presentan un episodio de infección urinaria en el primer o segundo mes de vida; este episodio suele ser severo y requiere, en la mayoría de los casos, internación.

Del estudio ulterior de la vía urinaria se desprenden dos grupos de pacientes: los que tienen una patología orgánica de base (reflujo, obstrucción, duplicación) y los que tienen una vía urinaria normal. En el primer caso (poco frecuente) sólo se debe resolver el trastorno prepucial si es causa de infección urinaria o bacteriuria crónica de difícil evaluación y causa de confusión, en especial, en los pacientes con reflujo vesicoureteral en profilaxis antibiótica permanente. En caso de requerir cirugía, las opciones son la circuncisión o la plástica prepucial que mantiene el aspecto preoperatorio del pene pero permitiendo la retracción e higiene local.<sup>4</sup> Este tipo de cirugía es, inclusive, realizable en hipospadias distales.<sup>5</sup> En el segundo caso (muy frecuente) el episodio original será probablemente el único que tendrá en su vida, ya que la infección urinaria depende de la contaminación de la orina a partir de la uretra y el prepucio colonizados, lo que explicaría la menor tasa de este tipo de infección urinaria neonatal en niños circuncidados<sup>6,7</sup> y también, probablemente, sea secundaria a una situación inmunológica transitoria especial del árbol urinario del primer y segundo mes de vida. Otra consulta frecuente es la apa-

\* Servicio de Urología  
Pediátrica.  
Departamento  
de Pediatría.  
Hospital Italiano de  
Buenos Aires.

rición de tumoraciones blanquecinas bajo el prepucio que corresponden a esmegma, o acúmulo de la descamación de la piel (no hay glándulas sebáceas a este nivel). Es muy raro que estas lesiones se infecten y se evacúen en forma espontánea cuando el prepucio se va despegando, favoreciendo inclusive el despegamiento entre el glande y la mucosa prepucial.<sup>1</sup>

### El niño sin pañales y el prepúber

Sólo se debe adoptar una conducta activa en casos de balanopostitis a repetición o frecuentes. En esos casos, el prepucio se inflama, se pone rojo y edematizado, arde al orinar y puede supurar. En niños más grandes, con dificultad manifiesta para orinar, se debe consultar al cirujano por la posibilidad de un liquen asociado. El “globo” prepucial que a veces se observa en el momento de la micción generalmente se resuelve espontáneamente con el tiempo o responde a una pequeña dilatación manual traccionando del anillo prepucial. Es muy inusual que un niño entre dos y seis años realice retracciones en forma espontánea, ya que no sólo le producen dolor sino que son parte de los miedos propios de toda la etapa de identificación sexual.

De resolución quirúrgica es la fimosis real o verdadera, pero ésta sólo se hace claramente visible en niños mayores de seis o siete años. Al intentar exponer el glande presentan un anillo rígido o cicatrizal en el prepucio.<sup>8</sup> También hay un tipo de fimosis adquirida que suele verse a partir de los siete u ocho años y en la que el orificio del prepucio está formado por un anillo blanco nacarado, rígido, friable, muy característico. Es provocada por una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y mucosas a nivel genital que provoca un tipo de lesión indistinguible del liquen escleroatrófico, conocida como balanitis xerótica obliterante (BXO) y que compromete no sólo al prepucio, tal como se ve en las *Fotografías 1-A* y *1-B*, sino también al glande y al meato uretral, produciendo un aspecto característico. El tratamiento es siempre quirúrgico aunque también pueden usarse pomadas y ungüentos en forma tópica para mejorar el pronóstico definitivo de la lesión.<sup>9,10</sup>

### Pubertad y adolescencia

Esta etapa tiene como característica la aparición de otro tipo de fimosis: los anillos prepuciales que impiden la retracción durante la erección. En general, estos anillos que no producían molestias en la infancia, son inelásticos y el crecimiento del

FOTOGRAFIA 1-A *Prepucio*



*Aspecto característico del prepucio fimótico con anillo blanquecino en la BXO.*

FOTOGRAFIA 1-B *Glande*



*Compromiso del glande y del meato uretral con severa estenosis secundaria a BXO.*

glande y de los cuerpos cavernosos con los cambios puberales hace que se dificulte la actividad sexual. Este tipo de fimosis es siempre quirúrgico y su solución es relativamente simple, ya que sólo suelen requerir una sección de este anillo o una plástica prepucial.<sup>4,11</sup> En este sentido, se debe explicar claramente al paciente y su familia las opciones quirúrgicas ya que hay descritas alteraciones psicológicas relacionadas con la circuncisión involuntaria.<sup>12</sup>

El comienzo de la pubertad marca también la aparición de las secreciones de la próstata, vesículas seminales y glándulas uretrales de Littre, lo que implica la necesidad de una higiene adecuada y periódica. Todo tipo de dificultad en la retracción del prepucio debe resolverse en esta etapa de la vida. El mantenimiento de la fimosis en la etapa pospuberal ha sido mencionado como factor predisponente del cáncer de pene en la adultez. Por esta razón es muy importante que en el examen físico de todo joven se efectúe un examen de sus genitales y un interrogatorio dirigido a este tipo de dificultades, a veces subvaloradas.<sup>13,14</sup> La BXO es también una patología de esta etapa de la vida y la adolescencia y requiere una cirugía con resección de la mucosa del prepucio (siempre patológica), confirmación histopatológica y la utilización posoperatoria de pomadas o ungüentos con antibióticos locales, corticoides y, eventualmente, testosterona.<sup>9</sup> Es también interesante destacar que la circuncisión no tiene efecto profiláctico sobre la infección con virus de HIV como surge de un gran estudio epidemiológico en EE.UU. sobre los efectos profilácticos de la circuncisión y su relación con la sexualidad.<sup>15,16</sup>

### Conclusiones

Dada la disparidad de criterios sobre el tema, queremos definir con estos conceptos nuestra posición con respeto al prepucio (sano y patológico) del niño y plantear conductas terapéuticas:

- 1) Las adherencias prepuciales asintomáticas o el prepucio con meato puntiforme son parte normal del desarrollo y no deben ser manipulados por el médico, ni por los padres.
- 2) La infección urinaria del primer o segundo mes de vida, sin patología uro-

- lógica subyacente, raramente se repite en otra época de la infancia, por lo que no está indicada la cirugía del prepucio.
- 3) En casos de balanopostitis a repetición, infecciones urinarias o bacteriurias de difícil manejo, en especial asociadas a reflujo vesicoureteral, se debe considerar la resolución de la estrechez prepucial.
- 4) Sólo se deben indicar retracciones a los niños mayores de seis o siete años que no tengan miedo de manipular sus genitales, como parte de su higiene habitual.
- 5) Tener siempre presente que al niño le cuesta aceptar procedimientos invasivos cuando no tiene una enfermedad: esto ocurre en las adherencias asintomáticas y la fimosis fisiológica.
- 6) Un niño debe tener resuelta su patología del prepucio y ser capaz de higienizarse el glande con el comienzo de la pubertad.
- 7) Existen cirugías alternativas a la circuncisión con el objeto de mantener una anatomía acorde al deseo personal del niño y en relación con el medio donde se desarrolla.
- 8) La fimosis por balanitis xerótica es siempre quirúrgica y además requiere de la utilización de cremas locales en el posoperatorio para evitar estrechez de la uretra distal y para mejorar el aspecto del glande.

En conclusión, son muy pocas las situaciones en las que se debe manipular o intervenir en el prepucio del niño, en especial durante los primeros años de vida. Debemos saber que estas maniobras de retracción forzada no lo benefician, no previenen el desarrollo de patología futura y además potencian el riesgo de provocarla. Una consulta con el cirujano o urólogo pediatra en las situaciones dudosas o cuando hay infección urinaria o balanopostitis son, junto con el diálogo fluido entre el pediatra de cabecera y el especialista, las mejores opciones para evitar situaciones confusas, opiniones contrapuestas y, en algunos casos, cirugías sin una clara indicación médica. ■

### BIBLIOGRAFIA

1. Cold CJ, Taylor R. The prepuce. Br J Urol 1999; 83, Suppl.1: 34-44.

2. Oster J. Further fate of the foreskin. *Arch Dis Child* 1968; 43: 200-203.
3. Kayaba H, Tamura H, Kitajima S, Fujiwara Y, Kato T, Kata T. Analysis of shape and retractibility of the prepuce in 603 Japanese boys. *J Urol* 1996; 156: 1813-1815.
4. Cukow PM, Rix G, Mouriquad DE. Preputial plasty: a good alternative to circumcision. *J Ped Surg* 1994; 29: 561-563.
5. Ruiz E, Sosa A, Moldes J, Puigdevall JC, de Badiola FIP. Snodgrass hypospadias repair without circumcision. *Pediatrics* 1999; 104: 846.
6. Wiswell TE, Smith FR, Bass JW. Decreased incidence of urinary tract infection in circumcised male infants. *Pediatrics* 1985; 75: 902-906.
7. Ginsberg CM, Mc Cracken GH Jr. Urinary tract infection in young infants. *Pediatrics* 1982; 69:409-413.
8. Bartholomew TH, Mc Iver B. Other disorders of the penis and scrotum. En: Gonzalez E, Bauer S. *Pediatric Urology Practice*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
9. Kiss A, Csontai A, Pirot L, Nyirady P, Merksz M, Kiraly L. The response of balanitis xerotica obliterans to local steroid application compared with placebo in children. *J Urol* 2001; 165: 219-220.
10. Das S, Tununguntla HS. Balanitis xerotica obliterans-a review. *World J Urol* 2000; 18: 382-387.
11. Minninberg DT. Circumcision. En: O'Donnell, Koff S. *Pediatric Urology*. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Butterworth Heinemann 197.
12. Goldman R. The psychological impact of circumcision. *Br J Urol* 1999; Suppl 1: 93-102.
13. Von Krogh DJ, Horenblas S, Meijer CJ. Etiology of squamous carcinoma of the penis. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2000; 205: 189-193.
14. Sánchez Merino JM, Parra Muntaner L, Jiménez Rodríguez M, Valerdiz Casasola S, Monsalve Rodríguez M, García Alonso J. Carcinoma epidermoide de pene. *Arch Esp Urol* 2000; 53: 799-508.
15. Weiss GN. Prophylactic neonatal surgery and infectious diseases. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16: 727-734.
16. Laumann EO, Masi CM, Zuckerman EW. Circumcision in the United States: prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. *JAMA* 1997; 277: 1052-1057.