

Retractividad del prepucio en niños

RETRACTIBILITY OF THE FORESKIN IN CHILDREN

IVÁN GONZALES MEGO¹, MIGUEL MEZA DIAZ²

RESUMEN

Introducción: la separación incompleta entre el prepucio y el glande es normal y común en recién nacidos, con progresiva separación espontánea hasta la adolescencia. *Objetivo:* conocer el estado de retractoridad espontánea del prepucio en niños. *Metodología:* se estudiaron 404 niños entre cero y 17 años de edad, atendidos en el consultorio de Urología del Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima - Perú, durante noviembre y diciembre del año 2007. Se evaluó el grado de retractoridad del prepucio (clasificación de Kayaba) según grupo etáreo. *Resultados:* los niños menores de un año tuvieron prepucio tipo I y II en 80%, los grupos formados por niños entre uno y cinco años tuvieron prepucio tipo II y III en 74%, mientras que los de seis a once años tuvieron prepucio tipo III y IV en 74%. Los adolescentes tuvieron el prepucio tipo IV y V en 100%. Todos los menores de dos años tuvieron algún grado de adherencia. Se encontró anillo parafimótico en los grupos de uno a dos años, dos a cinco y seis a once años en un 11%. Los urólogos indicaron liberación de adherencias en 48% de los pacientes nuevos sin ninguna patología del pene. *Conclusión:* el grado de retractoridad del prepucio aumenta con la edad por lo que la liberación de adherencias tienen muy pocas indicaciones en la niñez.

Palabras clave: retractoridad de prepucio, anillo parafimótico, Kayaba.

ABSTRACT

Introduction: incomplete separation between the foreskin and the glans is common and normal in newborn children, with progressive spontaneous separation up to the adolescence. *Objective:* to determine spontaneous retractorability of the foreskin among uncircumcised children. *Methodology:* we studied 404 children between zero and 17 years old who were attended in the

department of urology of the Instituto Nacional de Salud del Niño in Lima - Perú, from November to December 2007 and we evaluated the degree of retractorability of the foreskin on the basis of Kayaba's classification for each age group. *Results:* children younger than one year old had type I and II foreskin in 80%, the group of one to five year old had type II and III foreskin in 74%, while the six to eleven year old group had type III and IV foreskin in 74%. Teenagers had type IV and V foreskin in 100%. All boys under two years had some degree of adherence. Paraphimotic ring was found in the groups between one to two years, two to five and six to eleven year old in 11%. The urologists indicated liberation of adherences in 48% of the new patients without any pathology of the penis. *Conclusions:* degree of retractorability of the foreskin increases with age, so the liberation of adherences has very few indications in childhood.

Key words: retractorability of the foreskin, paraphimotic ring, Kayaba.

INTRODUCCIÓN

El prepucio es la parte de la piel que recubre el glande. Aproximadamente en la octava semana de gestación la piel cubre completamente el cuerpo del pene formando así el prepucio, el cual está adherido a la superficie del glande. Inicialmente, no hay separación del epitelio escamoso entre el glande y el prepucio.

Esta adherencia persiste durante toda la gestación; de tal manera que el prepucio no puede ser retraído en los recién nacidos sin producir disrupción de las adherencias naturales y no es completamente retráctil hasta varios años después del nacimiento.

La separación de las capas epiteliales, que puede ser solamente parcial en el nacimiento, se produce como consecuencia de la secreción glandular y la descamación de tejido (esmegma), formando así el espacio prepucial y facilitando eventualmente la retracción.

¹ Médico Residente III año de Cirugía Pediátrica. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima-Perú. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima-Perú.

² Médico Urólogo Pediatra. Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima-Perú.

Esta acumulación es definida como “perlas de esmegma” y no requiere ningún tipo de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, realizado en noviembre y diciembre del 2007 en varones de cero a 17 años de edad atendidos como pacientes nuevos en el Servicio de Urología del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN). Se excluyeron pacientes antiguos, casos antes tratados de adherencias balano prepuciales, cirugías previas del pene y enfermedades concomitantes que comprometieron al pene o prepucio (hipospadias, epispadias, pene palmeado, fimosis patológica, balanopostitis), se examinaron y clasificaron de acuerdo a Kayaba (Figura 1), que considera 5 tipos:

- Tipo I: leve retracción sin que se vea el glande.
- Tipo II: exposición del meato uretral con retracción ligeramente mayor del prepucio.
- Tipo III (intermedio): con exposición del glande hasta la parte media de él.
- Tipo IV: exposición del glande hasta la corona.
- Tipo V: con exposición fácil de todo el glande, con inclusión del surco balano prepucial, sin las adherencias que siempre se encuentran en todos los tipos anteriores, hasta donde es posible llevar el prepucio.

Se distribuyó por grupos etáreos como menores de un año, entre uno y dos años, entre

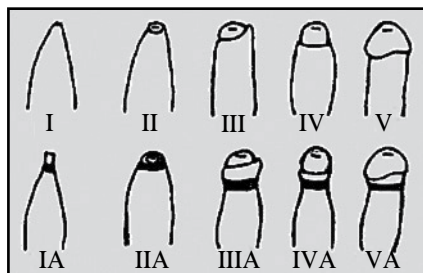


Figura 1. Clasificación de Kayaba y anillo parafimótico.

dos y cinco años, entre seis y once años y de doce a 17 años.

RESULTADOS

Se examinaron 404 niños, siendo incluidos en el estudio 350 (86,6%) y excluidos 54 (13,4%); de los excluidos, 42 fueron por ser pacientes tratados de adherencias balanoprepuciales en otra institución.

De los niños incluidos (Tabla 1), los menores de un año tuvieron prepucio tipo I y II en un 80%. Entre uno y menos de dos años de edad tuvieron prepucio tipo II y III en 74%. Entre dos y cinco años de edad tuvieron prepucio tipo II y III en 74%. De seis a once años tuvieron prepucio tipo III y IV en 74%. De 12 a 17 años tuvieron el prepucio tipo IV y V en 100 %.

Todos los menores de dos años tuvieron algún grado de adherencia, al no observarse el prepucio tipo V. Los adolescentes no presentaron adherencias en 62,5% y sólo presentaron el prepucio tipo IV en 37,5 %.

De los niños incluidos, el 11% tuvo anillo parafimótico; en el grupo de los niños de uno a dos años el 100% tuvieron prepucio tipo II y III, entre dos y cinco años el 82% prepucio tipo I, II y III, de seis a once años el 75% tuvieron prepucio tipo III. No se encontró anillo parafimótico en menores de un año ni en mayores de once.

De los pacientes excluidos por alguna patología del pene, evaluados por primera vez, el 3,3% presentó fimosis patológica, 0,6% hipospadias, 0,6% pene palmeado, 0,3% balanitis, 0,3% postitis.

De los pacientes excluidos, antes tratados de adherencias en otra institución, el 85,7% tuvieron algún grado de adherencias (I a IV), fimosis patológica 4,8% y anillo parafimótico 24%. La iniciativa de evaluar las adherencias observadas en el hogar son de la madre en 9,1% y del padre 3,4%. Los urólogos indicaron liberación de adherencias en el 48% de los pacientes nuevos, sin patología del pene. Otras patologías observadas fueron criptorquidia 10%, hidrocele 3,8%, testículo retráctil 3,3%, hernia inguinoescrotal 1,1% y quiste del glande 1,1%.

Tabla 1. Grado de reactividad del prepucio según la clasificación de Kayaba por grupo etáreo.

Grado	<1 año	1 - <2 años	2 - 5 años	6 - 11 años	12 - 17 años
I	10 (35,8%)	4 (6,5%)	2 (1,8%)	8 (5,9%)	
II	12 (42,9%)	30 (48,4%)	44 (40,0%)	8 (5,9%)	
III	2 (7,1%)	16 (25,8%)	38 (34,6%)	46 (34,4%)	
IV	4 (14,2%)	12 (19,3%)	22 (20,0%)	54 (40,3%)	6 (37,5%)
V			4 (3,6%)	18 (13,5%)	10 (62,5%)
Total	28	62	110	134	16

DISCUSIÓN

En aproximadamente el 90% de los niños no circuncidados, el prepucio llega a ser retráctil antes de la pubertad ^(1,2), siendo en este estudio 62,5%, pudiendo algunos permanecer fimótico hasta la pubertad. También se puede encontrar adherencias balanoprepuciales con acúmulo de esmegma en un pequeño número de estos niños no circuncidados durante la niñez y la adolescencia.

Sólo en un pequeño porcentaje de recién nacidos y lactantes es posible retraer el prepucio pues no tienen adherida la mucosa prepucial al glande; en algunos casos este proceso de separación puede extenderse hasta la pubertad ⁽¹⁾.

Teniendo en cuenta los aspectos del desarrollo del prepucio (Figura 2), se define como fimosis fisiológica, cuando el prepucio no ha completado la separación normal de los epitelios entre éste y el glande (adherencias balano prepuciales), que para algunos autores debe ocurrir antes de los tres a cinco años; se llama fimosis patológica aquella en que habiendo podido retraer con anterioridad el prepucio, no se puede volver a hacerlo, o no puede retraerse después de completada la pubertad ^(3,4).

Durante el examen clínico, especialmente en menores de dos años, las adherencias del prepucio son muy comunes y deben ser dejadas así, ya que su separación se producirá con el tiempo, intentar separarlas produce dolor, mayor adherencia entre las superficies y es traumática para el paciente, así como estresante para los padres. Cuando no se ha logrado la retracción completa del prepucio después de un tiempo recomendable de espera y observación (hasta la edad prepuberal) es recomendable la circuncisión, que consiste en cortar el prepucio de

manera circular, dejando expuesto completamente el glande, previo anestésico general ⁽⁵⁾.

En diferentes artículos donde se evalúa la reactividad del prepucio de manera aislada o relacionada a otros hallazgos concluyen que el grado de reactividad del prepucio aumenta con la edad ⁽⁶⁻⁸⁾ y toman como referencia la clasificación de Kayaba.

En este estudio, los niños que recibieron tratamiento previo presentaron nuevamente adherencias balano prepuciales, anillo parafimótico y fimosis patológica, hecho que revela su alta recidiva.

En el registro del servicio de urología del INSN, centro de referencia nacional, la liberación forzada de adherencias balano prepuciales (que consiste en retraer con fuerza y con los dedos o con una

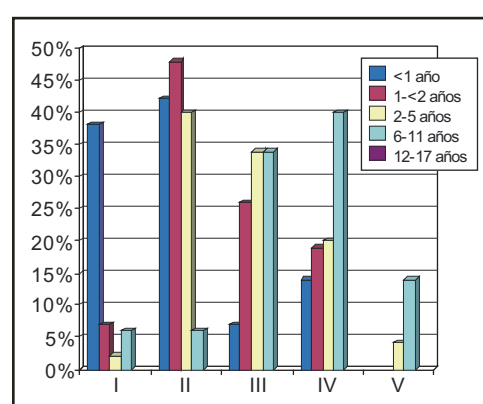


Figura 2. Desarrollo del prepucio por grupo etáreo según clasificación de Kayaba.

pinza el prepucio y dejar expuesto el glande, previo anestésico tópico) es indicada frecuentemente, hasta en 48% de los pacientes nuevos, a pesar de que el prepucio llega a ser retráctil a la edad prepuberal ^(1,2,9). Es necesario obtener mayor información nacional para afirmar o replantear las estrategias en el diagnóstico, prevención y tratamientos actuales.

CONCLUSIÓN

El grado de retractilidad del prepucio aumenta con la edad de manera espontánea, y los candidatos a liberación forzada de adherencias balanoprepuciales y circuncisión son pocos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kayaba H, Tamura H, Kitajima S, Fujiwara Y, Kato T, Kato T. Analysis of shape and retractibility of the prepuce in 603 Japanese boys. *J Urol* 1996;156:1813-5.
2. Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. *Br Med J*. 1949;2:1433-7.

3. Chu C, Chen K, Diao G. Topical steroid treatment of phimosis in boys. *J Urol*. 1999;162:861-3.
4. Elmore J, Baker L, Snodgrass W. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis in boys younger than 3 years. *J Urol*. 2002;168:1746-7.
5. Shankar K, Rickwood A. The incidence of phimosis in boys. *BJU Int*. 1999;84:101-2.
6. Dewan P, Tieu H, Chieng B. Phimosis: is circumcision necessary?. *J Paediatr Child Health*. 1996;32:285-9.
7. Morales J. Usos y abusos de la circuncisión. *Rev Cubana Pediatr*. 1963;2:31-3.
8. Samame C. Estado de retractilidad prepucial, factores asociados en niños de consultorio, Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú. Tesis UNMSM. Lima: 2001.
9. Taylor J, Lockwood A, Taylor A. The prepuce: specialized mucosa of the penis and its loss to circumcision. *Br J Urol*. 1996;77:291-5.

Correspondencia:

Dr. Iván Gonzales Mego

E-mail: medicogonzales@yahoo.es