

Hipospadias: Resultados y repercusiones psicológicas*

J.I. Santamaría Ossorio, S. Sanjuán Rodríguez

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Materno-Infantil, Badajoz

RESUMEN: Se estudian 20 adultos operados en la infancia de hipospadias mediante la técnica de Cloutier. Parámetros analizados: 1º) Datos clínicos.

En una escala de 0 a 10 puntos se realiza: 2º) Valoración por el paciente de sus genitales; 3º) Valoración de la actividad sexual por el paciente; 4º) Exploración de los genitales por el cirujano.

5º) Aspectos y repercusiones psicológicas.

Resultados: 1º) Se han realizado 68 intervenciones por 19 fístulas, 2 meatotomías, 6 preputioplastias.

2º) Tamaño pene: 7,15; glande: 7,50; calibre meato uretral: 8,90; escroto: 8,95; prepucio: 5. Valoración final media: 7,75.

3º) Edad media 1ª masturbación: 13,5 años; edad media 1ª relación sexual: 18 años; grado satisfacción relaciones sexuales: 8,45.

4º) Longitud media pene: 8,45; perímetro pene: 8 cm; chorro miccional: 8; glande: 7,80; escroto: 9; prepucio: 5; valoración media: 7,42.

5º) Miedo antes de la intervención, miedo y angustia ante las relaciones sexuales: 100%. Carácter retraído, complejos y timidez: 70%.

Conclusiones. Los resultados anatómicos, estéticos y funcionales han sido muy buenos a pesar del alto índice de complicaciones. Existe una gran aproximación en la valoración de los pacientes y cirujanos. En algunos casos puede ser conveniente apoyo psicológico.

PALABRAS CLAVE: Hipospadias; Alteraciones psicosexuales; Evolución a largo plazo.

HYPOSPADIAS: RESULTS AND PSYCHOLOGICAL ALTERATIONS

ABSTRACT: Twenty adults who had undergone operations in their childhood for hypospadias using Cloutier's technique, were studied.

The parameters analyzed were 1) clinical data.

On a scale 0 to 10, the following aspects were considered: 2) patient's evaluation of their genitals; 3) patient's evaluation of their sexual activity; 4) exploration of patient's genitals by the surgeon; 5) psychological aspects and repercussions.

Results: 1) 68 operations were carried on 19 fistules, 2 meatotomies, 6 preputioplasties.

2) Penis sizes: 7.15; glans: 7.5; urethral meatus caliber: 8.9; scrotum: 8.95; prepuce: 5. Average final evaluation: 7.75.

Correspondencia: Dr. José Ignacio Santamaría Ossorio, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Materno-Infantil, Avda. Damián Téllez Lafuente s/n, 06010 Badajoz.

**Este trabajo ha sido presentado en el XXXVIII Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica. Lanzarote.*

Recibido: Junio 2000.

Aceptado: Agosto 2000

3) Average age first masturbation: 13.5 years; average age first sexual relation: 18 years; degree of satisfaction in sexual relations: 8.45.

4) Average penis length: 8.45; penis perimeter: 8 cm; micturition flow: 8; glans: 7.8; scrotum: 9; prepuce: 5; average evaluation: 7.42.

5) Fear before operation, fear and anxiety before sexual relations 100%; withdrawn character, complexes and shyness: 70%

Conclusions. Anatomical, aesthetic and functional results were very good in spite of the high degree of complications. Patient's and the surgeon's evaluation were very similar. In some cases, psychological support may be necessary.

KEY WORDS: Hypospadias; Psychosexual alterations; Long-term evolution.

INTRODUCCIÓN

El hipospadias es una malformación urogenital congénita que puede influir en la formación de la identidad sexual y la personalidad de los pacientes⁽¹⁻¹⁰⁾, si su corrección quirúrgica no se realiza antes del inicio de la etapa escolar⁽¹¹⁻²²⁾.

La mayoría de los trabajos^(2, 21) valoran los resultados inmediatos; sin embargo, son muy pocos los que analizan cuál es la evolución tardía, así como si aparecen complicaciones en el momento de la pubertad y en la edad adulta, y las posibles repercusiones psíquicas y sociales.

Además, muy pocas veces se logra saber cuál es el grado de satisfacción estética y funcional por el paciente, y cuál es el grado de satisfacción por el cirujano que realizó la intervención.

Otro problema que existe es que, en general, debido a la edad en que son operados los niños, no se les explica o no sabemos explicarles qué tipo de anomalías presentan y por qué es necesario que sean intervenidos, por lo que la mayoría de estos pacientes la única información que pueden recibir procede de los padres. Existen autores⁽¹⁵⁾ que consideran que las dificultades afectivas y de imagen corporal parecen deberse más a la actitud de los padres que al problema físico propiamente dicho.

Con el fin de intentar responder a estas cuestiones hemos realizado un seguimiento a adultos intervenidos de hipospa-

Tabla I Valoración media que los pacientes hacen del aspecto anatómico-estético de sus genitales

Tamaño del pene: 7,15
Glande: 7,50
Localización meato uretral: 8,50
Calibre meato uretral: 8,90
Prepucio: 5,00
Escroto: 8,95
Valoración final media o grado de satisfacción: 7,5

días, valorando los resultados anatómicos, estéticos y funcionales, así como las posibles repercusiones psicológicas. También hemos comparado el grado de satisfacción del paciente con el de los cirujanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos analizado, mediante un cuestionario y una exploración, a 20 pacientes, mayores de 18 años (rango: 18 a 27 años), intervenidos de hipospadias peneano, mediante la técnica de Cloutier (extirpación de la chorda, injerto libre de mucosa de prepucio y uretroplastia) en dos tiempos. El cuestionario consta de cinco apartados:

1. **Historia clínica:** número de intervenciones y complicaciones inmediatas.
2. **Valoración del pene por el paciente,** en una escala de 0 a 10 puntos, referente al grado de satisfacción de sus genitales en función de la existencia o no de incurvación, forma y tamaño del pene, ubicación del meato uretral, calidad y dirección del chorro, existencia de cicatrices, conformidad con la forma del glande o el prepucio residual.
3. **Valoración de la actividad sexual por el paciente,** en una escala de 0 a 10 puntos: edad de inicio de las actividades sexuales, frecuencia y grado de satisfacción de las mismas.
4. **Exploración de los genitales por el cirujano,** en una escala de 0 a 10 puntos, aspecto del pene, longitud-perímetro, aspecto y localización del meato uretral, del glande, prepucio y escroto.
5. **Aspectos y repercusiones psicológicas,** tales como miedos preoperatorios, traumas hospitalarios, inhibiciones o complejos en la relación social o con el sexo contrario, alteraciones de conducta, carácter o personalidad y afectación en el rendimiento escolar.

RESULTADOS

1. **Historias clínicas:** las edades de la primera intervención oscilan entre 3 y 9 años, media: 5,6 años. Sobre 40 intervenciones teóricas, hemos realizado un total de 68 por 19

Tabla II Valoración de la actividad sexual

Edad media de la 1ª masturbación: 13,5 años
Edad media de la 1ª relación sexual: 18 años
Grado de satisfacción en las relaciones sexuales: 8,45

Tabla III Valoración de los genitales por el cirujano

Longitud media del pene, en estado flácido, medido desde la raíz hasta el ápex del glande: 8,45 cm
Perímetro del pene, medido en la mitad del mismo: 8 cm
Localización del meato uretral: 7,45
Calibre y dirección del chorro miccional: 8
Glande: 7,80
Escroto: 9
Prepucio: 5
Valoración media por parte del cirujano: 7,42

fístulas en 9 pacientes (40%), una plastia para corrección de incurvación persistente, 2 estenosis precisando meatotomía y 6 prepucioplastias. La estancia media hospitalaria fue de 25,8 días.

2. **Valoración media que los pacientes hacen del aspecto anatómico-estético de sus genitales** (Tabla I).
3. En la **valoración de la actividad sexual** (Tabla II).
4. **Exploración objetiva por el cirujano de los genitales** (Tabla III).
5. **Aspectos y repercusiones psicológicas:**

El 100% de los pacientes manifestó haber padecido algún tipo de miedo antes de la intervención; 19 pacientes guardan un recuerdo desagradable del período postoperatorio: temor por la manipulación de las sondas, al dolor, tener las manos atadas durante los primeros días, pesadillas o terrores nocturnos.

Respecto a las repercusiones psicológicas, aun cuando no hemos realizado ningún test específico; sin embargo, durante la entrevista personal, hemos encontrado: inhibiciones, complejos, carácter y timidez, miedo a desnudarse en público o a que les vieran sus genitales, en 14 casos.

Temor, angustia, ansiedad o dudas, antes del inicio de las relaciones sexuales: 100% de los encuestados. Alteraciones de conducta o caracteriales: 2 casos. Alteración en el rendimiento escolar por la pérdida del curso: 4 casos. En la actualidad, 18 pacientes consideran sus relaciones sociales normales.

DISCUSIÓN

Los hipospadias son malformaciones urológicas muy conocidas por los cirujanos pediátricos. Sin embargo, no exis-

te unanimidad con respecto a la técnica quirúrgica^(2, 21). Los resultados obtenidos dependen del tipo de hipospadias, tipo de técnica utilizada, edad en el momento de la intervención, etc.

También se ha observado que pueden presentar trastornos psicológicos y con el fin de solucionar parcialmente esta anomalía, la edad en el momento de la intervención ha ido descendiendo a lo largo de los años.

Sin embargo, llama la atención que en la mayoría de los trabajos revisados, los pacientes han presentado algún tipo de alteraciones psicológicas en relación con el grupo control.

1. Historias clínicas: número de intervenciones y complicaciones

En nuestros resultados, al igual que la mayoría de los autores^(2, 21), la complicación más frecuentemente observada es la fístula uretral, apareciendo en el 40% de los casos. Este porcentaje ha disminuido actualmente aproximadamente el 5-10%, cifras similares a las observadas en la literatura^(2, 21).

También hemos tenido un caso de persistencia de incurvación peneana, secundaria a la persistencia de la chorda. Esta complicación se ha observado también por Svensson y cols.⁽¹⁸⁾, y si no se corrige puede originar dificultad por la erección, así como para las relaciones sexuales.

2. Valoración del pene por el paciente

El grado de satisfacción del aspecto estético del pene varía según los trabajos consultados, oscilando desde una satisfacción del 100%⁽¹⁰⁾ hasta un 25-72% de insatisfacción.

En nuestros resultados hemos observado como la mayoría de los adultos realizan una valoración muy positiva, para los diferentes parámetros analizados, con una valoración global media de 7,75. Sin embargo, la puntuación más baja observada ha correspondido al aspecto del *prepucio: ausencia o forma irregular*. Esta alteración es la más frecuentemente observada⁽⁹⁻¹¹⁾, originando que los pacientes tengan la *sensación de tener un pene más pequeño*.

Otros motivos observados de insatisfacción han sido: un 38% de los adultos se quejaban de tener pene flácido demasiado pequeño, disminuyendo este porcentaje al 17% cuando el pene estaba en erección⁽⁹⁾; persistencia de fístula uretral^(12, 18), no observada por nosotros; incurvación ventral o lateral del pene, tanto en reposo como durante la erección, lo cual dificultaba las relaciones sexuales⁽¹⁸⁾; chorro miccional muy fino, secundario a estenosis del meato uretral; ausencia de un chorro único durante la micción, observándose^(11, 12) con frecuencia que muchos de estos pacientes orinan en spray o regadera, como consecuencia de que el meato uretral no presenta unos bordes nítidos, lo cual lleva a algunos adultos a orinar sentados; forma aplanada del glande^(3, 11); meato uretral no situado en la punta del glande^(3, 10).

Todo lo anterior origina que estos pacientes tengan una valoración negativa sobre la apariencia del pene, evitando desnudarse delante de los amigos y en sitios públicos.

Como consecuencia de las alteraciones observadas, existen adultos que han solicitado^(3, 7) una nueva intervención quirúrgica con el fin de mejorar el aspecto estético del pene, llegando hasta un 43-55% en las series de Mureau y cols.^(9, 10, 13). Sin embargo, ninguno de nuestros pacientes nos planteó someterse a un nuevo tratamiento quirúrgico.

3. Valoración de la actividad sexual por el paciente

Hemos comprobado que solamente han respondido 15 pacientes (75%), mientras que el resto del cuestionario fue contestado en el 100% de los casos.

La edad en la primera masturbación y relaciones sexuales es más tardía que en el grupo control observado por diferentes autores^(1, 5, 6, 9, 18), aunque estos parámetros son difíciles de analizar, ya que el comportamiento sexual no es igual en todas las épocas ni en todos los países, etc.

No obstante, si bien no se han observado diferencias significativas, sí se ha comprobado^(12, 13) como estos adultos suelen tener novia y relaciones sexuales más tardíamente, además de una vida sexual menos activa⁽¹⁸⁾.

En nuestra serie hemos observado como nuestros adultos están muy satisfechos en sus relaciones sexuales; sin embargo, algunos autores han comprobado: dolor durante la erección o durante el coito⁽¹¹⁾, bien como consecuencia de las cicatrices o a incurvaciones residuales^(3, 10) y disfunción eréctil⁽¹²⁾.

4. Valoración por el cirujano

En la revisión bibliográfica realizada hemos observado que existen muy pocos trabajos^(1, 3) en los que los cirujanos valoren el aspecto estético del pene.

En nuestra serie consideramos que nuestros pacientes presentan un pene con un aspecto aceptable, siendo nuestro grado de satisfacción alto, valorándolo en 7,42. El parámetro menos valorado corresponde a la ausencia o forma del prepucio, coincidiendo con la valoración de nuestros pacientes y de las diferentes series analizadas^(3, 6-8).

Estos resultados son difíciles de comparar con otros trabajos^(1, 3), pues los parámetros analizados, así como las escalas de valoración son variables.

5. Aspectos y repercusiones psicológicas

Al igual que en nuestro trabajo, la mayoría de las publicaciones han observado^(1, 16-18, 20) que un número importante de estos adultos suelen presentar trastornos psicosexuales y de adaptación social.

Si bien no hemos realizado ningún estudio psicológico, es llamativo que la mayoría de los adultos son conscientes de las repercusiones psicológicas negativas del hipospadias y la intervención. Así, hemos comprobado cómo la mayoría tienen un recuerdo negativo de la intervención y de su estancia hospitalaria; también han manifestado *miedo a desnudarse en público, miedo a orinar en sitios públicos*, incluso en pacientes que estaban satisfechos del aspecto estético de su pene.

Al igual que^(1, 3-6, 8) también hemos comprobado que estos pacientes presentan una mayor incidencia de *miedo a tener relaciones sexuales*, siendo la fecha de inicio más tardía que la población normal.

En los estudios realizados por Berg y cols.⁽⁴⁻⁶⁾ comprobaron, además, que estos adultos son más neuróticos que el grupo control, suelen tener *menor confianza*, más ansiedad, *menor adaptación social*; así como *más tímidos y aislados*, siendo más frecuente *depresión, ansiedad y enuresis*^(1, 3-6, 8).

También se ha observado que estos pacientes tienen miedo de que el tipo de anomalías *sea transmitida a su descendencia*⁽³⁾.

Todos estos trastornos psíquicos pueden estar motivados porque hasta un 20% de los adultos consultados presentan una visión negativa de su propia imagen, sobre todo de los genitales⁽⁴⁻⁶⁾; así, en los estudios psicológicos realizados por Kumar y Harris⁽³⁾ comprobaron cómo los adultos consultados consideran anormal el tamaño y la apariencia del pene.

Si bien la mayoría de los trabajos están realizados en adultos, Mureau y cols.⁽⁹⁾ realizan un estudio de *adolescentes*, observando que un gran porcentaje presentan los mismos problemas.

Por todas las anomalías referidas anteriormente, existen autores como Beretta y cols.⁽¹⁾, que consideran que los niños nacidos con hipospadias presentan un alto riesgo psicológico, pudiendo éste disminuir si se realiza una buena información^(1, 14).

Una vez acabada la encuesta, hemos observado, al igual que Mureau y cols.⁽¹⁰⁾, cómo la mayoría de los adultos tenían un gran interés sobre este tipo de anomalías: herencia y posible infertilidad; para muchos pacientes eran la primera vez que hablaban del tema y de su sexualidad.

Con el fin de prevenir los trastornos psicológicos, la Academia Americana de Pediatría, Sección de Urología, recomienda que la mayoría de los hipospadias sean corregidos en una sola intervención, evitando la hospitalización y sólo reservarla para los casos muy severos⁽¹⁷⁾, también aconsejan evitar la separación padres-hijo y practicar la fecha de intervención entre los 6 y 12 meses de edad^(17, 22) o incluso más jóvenes⁽²⁾.

CONCLUSIONES

1. Los resultados anatómicos, estéticos y funcionales han sido muy buenos, a pesar del alto índice de complicaciones.
2. Existe una gran aproximación en la estimación y grado de satisfacción alcanzado por los pacientes y el cirujano.
3. La intervención quirúrgica debe realizarse en edad temprana con el fin de evitar las repercusiones psíquicas en la adolescencia.
4. En algunos casos puede ser conveniente un apoyo psicológico. Como solución a estos trastornos psicológicos, creemos que sería útil realizar una acción profiláctica, revisando a estos niños durante la pubertad por un equipo constituido

por un psicólogo y un cirujano infantil con el fin de estudiar a estos pacientes, explicarles todas las dudas al respecto, y corregir las anomalías observadas.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a todos los adultos que han colaborado en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beretta G, Mazzucchelli S, Zanollo A, Negri L, Catanzaro F. Ipospadias: comportamiento sessuale in maschi adulti sottoposti a trattamento chirurgico correttivo in età pediatrica. *Min Urol Nefr* 1986;**38**:17-20.
2. Roth DR. Hypospadias. En: Edmond T, González y Stuart B, Bauer (eds). *Pediatric Urology Practice*. Lippincott Williams-Wilkins. Philadelphia/Baltimore, 1999; págs. 487-497.
3. Kumar MVK, Harris DL. A long-term review of hypospadias repaired by split preputial flap technique (Harris). *Br J Plast Surg* 1994;**47**:236-240.
4. Berg R, Berg G. Penile malformation, gender identity and sexual orientation. *Acta Psychiatr Scand* 1983;**68**:154-166.
5. Berg R, Berg G, Edman J, Svensson J, Aström G. Androgens and personality in normal men and men operated for hypospadias in childhood. *Acta Psychiatr Scand* 1983;**68**:167-177.
6. Berg R, Berg G, Svensson J. Penile malformation and mental health. A controlled psychiatric study of men operated for hypospadias in childhood. *Acta Psychiatr Scand* 1982;**66**:398-416.
7. Sandberg DE, Meyer-Bahlburg HFL, Yager TJ, Hensle TW, Levitt SB, Kogan SJ, Reda EF. Gender development in boys born with hypospadias. *Psychoneuroendocrinology* 1995;**20**:693-709.
8. Sandberg DE, Meyer-Bahlburg HFL, Aranoff GS, Sconzo JM, Hensle TW. Boys with hypospadias: a survey of behavioral difficulties. *J Pediatr Psychol* 1989;**14**:491-514.
9. Mureau MAM, Froukje ME, Slijper FM, Nijman RN, Van der Meulen JC, Verhulst FC, Koos Slob A. Psychosexual adjustment and adolescents after different types of hypospadias surgery: a norm-related study. *J Urol* 1995;**154**:1902-1907.
10. Mureau MAM, Froukje ME, Slijper FM, Van der Meulen JC, Verhulst FC, Koos Slob A. Psychosexual adjustment of men who underwent hypospadias repair: a norm-related study. *J Urol* 1995;**154**:1351-1355.
11. Aho MO, Tammela OKT, Tammela TLJ. Aspects of adult satisfaction with the result of surgery for hypospadias performed in childhood. *Eur Urol* 1997;**32**:218-222.
12. Miller MAV, Grant DB. Severe hypospadias with genital ambiguity: adult outcome after staged hypospadias repair. *J Urol* 1997;**80**:485-488.
13. Mureau MAM, Slijper FME, Koos Slob A, Verhulst FC. Psychosocial functioning of children, adolescent, and adults following hypospadias surgery: a comparative study. *J Pediatr Psychol* 1997;**22**:371-387.
14. Cracco A, Dettin C, Cordaro S, Angriman A, Donadio P, Belloli

- G. Rilevazioni psicologiche su soggetti adulti operati in età pediatrica di ipospadia. *Med Surg Ped* 1989;**11**:447-450.
15. Benedet MJ, Martin P, De las Heras G, Hernández S, Zaragoza D. Estudio psicológico comparativo de niños hipospádicos y de niños que presentan dermatitis atópica. *Rev Esp Pediatr* 1985;**41**:65-71.
 16. Schultz JR, Klykylo WM, Wacksma J. El momento de la corrección electiva del hipospadias en los niños. *Pediatrics (ed esp)* 1983;**15**:239.
 17. American Academy of Pediatrics. Section Urology. Timing of elective surgery on the genitalia of male children with particular references to the risks, benefits, and psychological effects of surgery and anaesthesia. *Pediatrics* 1996;**97**:590-594.
 18. Svensson J, Berg R, Berg G. Operated hypospadias: late follow-up. Social, sexual and psychological adaptation. *J Pediatr Surg* 1981;**16**:134-145.
 19. Eberle J, Uberreiter S, Radmayr C, Janetschek G, Marberger H, Bartsch G. Posterior hypospadias: long-term follow-up after reconstructive surgery in the male direction. *J Urol* 1993;**150**:1474-1477.
 20. Bandhauer K. Hypospadias in adulthood. *Z Kinderchir* 1987;**42**:142-145.
 21. Duckett J, Baskin LS. Hypospadias. En: *Pediatric Surgery*. 5th ed. Edit. por James A. O'Neill Jr et al. St. Louis/Baltimore/Boston: Mosby-Year Boock, Inc. 1998; págs. 1761-1781.
 22. Hägglöf. Psychological reaction by children of various ages to hospital care and invasive procedures. *Acta Paediatr Suppl* 1999;**431**:72-78.