

Fimosis: ¿prepucioplastia o circuncisión?

C. Corona, A. Cañizo, J. Cerda, M. Fanjul, N. Carrera, A. Tardáguila, M. Zornoza, A. Parente, J.M. Angulo, E. De Tomás, E. Molina, D. Peláez, M.A. García Casillas, S. Rivas, R. Romero, M.C. Marín

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

RESUMEN

Objetivos. La fimosis es una de las patologías más frecuentes en la consulta del cirujano pediátrico. El propósito de este estudio es comparar las dos opciones quirúrgicas más extendidas en nuestro medio: prepucioplastia y circuncisión.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de 1.698 pacientes tratados quirúrgicamente en nuestro servicio por presentar fimosis desde 2003 a 2009. Se analizan edad, tiempo quirúrgico y anestésico, técnica quirúrgica y complicaciones. Se realiza un estudio transversal descriptivo mediante encuesta telefónica a padres y pacientes mayores de 16 años en cuanto a dolor postoperatorio, satisfacción estética y funcional. Se considera estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados. En un 76,6% de los casos ($n=1.300$) se realizó prepucioplastia y en el otro 23,4% ($n= 398$) circuncisión. La media de edad fue de 7,15 y la media de seguimiento 42,3 meses. El tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en la circuncisión ($p < 0,0001$). Hubo un 3% ($n= 51$) de reintervenciones, sin diferencias entre los grupos. Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la reestenosis postoperatoria, aunque la incidencia de sangrado sí fue mayor en la circuncisión (1,7%; $p=0,03$). No encontramos diferencias significativas en cuanto a la apreciación paterna del dolor postoperatorio o la satisfacción estética y funcional entre las dos técnicas quirúrgicas.

Conclusiones. No hallamos diferencias en cuanto a la satisfacción subjetiva entre grupos. Aunque sí existen diferencias a nivel de sangrado postoperatorio, la incidencia global es muy baja. En nuestra experiencia ambas técnicas son válidas y seguras, por lo que la elección debe quedar a criterio del cirujano y de los padres.

PALABRAS CLAVE: Fimosis; Prepucioplastia; Circuncisión.

PHIMOSIS: ¿DORSAL SLIT OR CIRCUMCISION?

ABSTRACT

Introduction. Phimosis is perhaps one of the most frequent consultation on pediatric surgery clinics through the world. The aim of this study is to compare the two procedures more frequently performed in our hospital: dorsal slit and circumcision.

Correspondencia: Dra. C. Corona. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón. C/ O'Donnell, 48-50. 28009 Madrid. E-mail: ccorona.hgugm@salud.madrid.org

Recibido: Mayo 2010

Aceptado: Abril 2011

Patients and methods: Retrospective study of 1698 patients who were admitted for elective surgical treatment of phimosis between 2003 and 2009. We analyzed age, surgical and anesthetic times, surgical technique and complications. We also did transversal descriptive study through telephonic survey on parents and patients older than 16 years old.

Results: There was 76.6% of dorsal slit ($n=1300$) and 23.4% ($n= 398$) of circumcisions. Mean age was 7.15 years y mean time of follow up was 42.3 months. Surgical time was significantly higher in circumcision ($p < 0.0001$). There were 3% ($n= 51$) of reoperations, no differences between groups. We didn't find differences in postoperative stenosis, but bleeding was more frequent in circumcision group (1.7%; $p=0.03$). There were no differences on parental appreciation of postoperative pain, or functional and esthetic satisfaction between groups.

Conclusions: We didn't find differences on subjective satisfaction between groups. Even if there are differences in postoperative bleeding, global incidence is very low. In our experience both techniques are valid and safe, so surgeon and parents must jointly make the decision.

KEY WORDS: Phimosis; Dorsal slit; Circumcision.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fimosis es una de las patologías más frecuentes en la consulta del cirujano pediátrico, un problema frecuentemente infraestimado y cuyo tratamiento es fuente de numerosos transtornos en padres y niños.

Se estima que un 1 a 5% de los varones presentan a lo largo de su vida fimosis patológica^(1,2). Entendemos como fimosis patológica aquella subsidiaria de algún tipo de intervención facultativa, diferenciándola de la fimosis fisiológica, que afecta más del 90% de los recién nacidos⁽⁷⁾ y que se resuelve sin tratamiento en los primeros 3 años de vida.

Existen numerosas opciones de tratamiento para la fimosis patológica, desde el tratamiento conservador con corticoides tópicos⁽⁹⁾, a múltiples y variadas técnicas quirúrgicas, entre las que destaca la circuncisión, probablemente la cirugía más antigua y más frecuentemente indicada en varones de todo el mundo. A pesar de que la circuncisión es mundialmente aceptada como la terapia definitiva para la fimosis, existen alternativas consideradas menos agresivas, que se basan en la con-

servación de la piel prepucial, y que englobamos en el término prepucioplastia (ventral, dorsal, plastia V-Y, dilatación con balón...)⁽⁴⁾.

El objetivo de este estudio es comparar las dos opciones más extendidas en nuestro medio, la circuncisión (C) y la prepucioplastia (P). Para el propósito de este estudio, consideramos prepucioplastia únicamente a la plastia dorsal de la piel prepucial descrita por Duhamel, de incisión longitudinal y sutura transversal, que es la más habitualmente realizada en nuestro servicio⁽⁴⁾.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo de 1698 pacientes tratados quirúrgicamente en nuestro servicio por presentar fimosis desde 2003 a 2009.

Todos los pacientes, salvo aquellos que asociaron otros procedimientos más complejos fueron programados para ingreso en Hospital de Día dentro del circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria. En todos los pacientes se realizó bien a circuncisión quirúrgica reglada con extirpación completa o parcial del prepucio o bien a prepucioplastia, según la técnica previamente descrita. La decisión de la técnica quirúrgica a emplear fue realizada por el cirujano responsable conjuntamente con la familia en la consulta, según los estándares de nuestro servicio: se prefiere Duhamel en aquellas fimosis, cicatriciales o no, que son leves-moderadas a expensas de un anillo estenótico corto, y en las que el tratamiento conservador con corticoides tópicos ha fracasado; y circuncisión en el resto, ofreciéndola como primera posibilidad en mielomeningocele, fimosis puntiforme, balanitis xerótica y siempre que, teniendo el niño fimosis patológica, los padres expresaran su preferencia cultural por la circuncisión.

Se realiza una revisión de las historias clínicas para realizar un estudio comparativo entre las dos técnicas quirúrgicas según la edad, tiempo quirúrgico y anestésico y complicaciones.

Asimismo se realiza un estudio transversal descriptivo mediante un total de 100 encuestas telefónicas en una muestra aleatoria y estadísticamente representativa de padres y pacientes mayores de 16 años. La encuesta consistió en 10 preguntas, con graduación del dolor, la satisfacción estética y funcional en escalas nominales del 1 al 10. Igualmente se cuestionó a los padres sobre la satisfacción global y la información recibida.

Tabla I

	<i>Prepucioplastia</i>	<i>Circuncisión</i>
Edad intervención (años)	7,58	5,18
Tiempo de seguimiento (meses)	44,84	34,03

Los datos fueron analizados mediante el programa informático SPSS 17.0, considerándose estadísticamente significativo $p < 0,05$.

RESULTADOS

El número total de pacientes estudiados fue de 1.698, en un 76,6% de los casos ($n=1.300$) se realizó prepucioplastia y en el otro 23,4% ($n=398$) circuncisión. La media de edad fue de 7,15 y la media de seguimiento 42,3 meses. En el análisis por grupos encontramos que la edad de los pacientes en el momento de la intervención fue mayor en el grupo en el que se realizó prepucioplastia ($P=7,58$, $C=5,18$, $p < 0,003$). Igualmente, el tiempo de seguimiento también fue mayor en el grupo de prepucioplastia ($P=44,84$, $C=34,03$, $p < 0,001$) (Tabla I).

Para el análisis de tiempos quirúrgicos, se estudiaron únicamente los pacientes que en los no se añadió otro procedimiento simultáneo a la corrección de la fimosis. Encontramos que tanto en la prepucioplastia como en la circuncisión, el tiempo anestésico fue significativamente mayor que el quirúrgico (T quirúrgico medio 11:35 min, T anestésico medio 21:40 min, $p > 0,0001$) a expensas fundamentalmente del tiempo preanestésico. En el análisis por grupos, encontramos que tanto el tiempo quirúrgico como el anestésico fueron significativamente mayores en la circuncisión ($p < 0,0001$) (Tabla II).

Hubo un 3% ($n=52$) de reintervenciones. El tiempo medio hasta la reintervención fue de 15,81 meses. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo hasta la reintervención entre los dos grupos, aunque sí una tendencia a la reoperación más tardía en la prepucioplastia ($P=18,24$, $C=7,24$, $p > 0,05$).

Las causas de reintervención fueron 2: restenosis y sangrado (Fig. 5). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la incidencia de reintervención entre los pacientes sometidos a prepucioplastia con respecto a los sometidos a circuncisión. Tampoco encontramos dife-

Tabla II

	<i>Técnica quirúrgica</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
Tiempo quirúrgico	Prepucioplastia	971	0:10:13.841	0:04:33.576
	Circuncisión	340	0:15:27.706	0:07:44.146
Tiempo anestésico	Prepucioplastia	971	0:20:32.379	0:07:19.066
	Circuncisión	339	0:24:56.283	0:09:08.160

Tabla III

		Causa de reintervención		
		Sangrado	Reestenosis	Total
Técnica quirúrgica	Prepucioplastia	8	31	38
	Circuncisión	7	6	13
Total		14	37	52

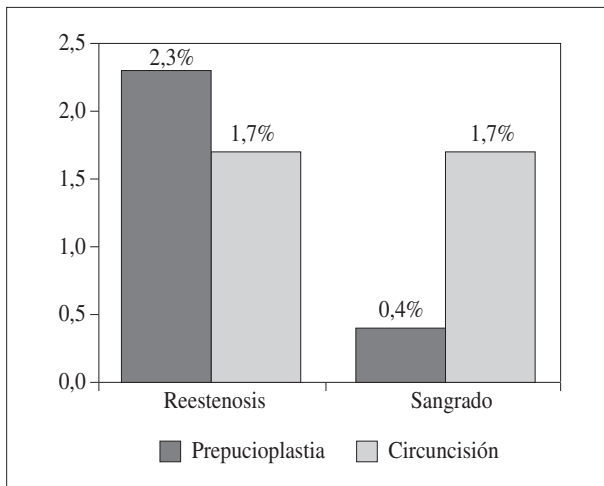


Figura 1. Causas de reintervención.

rencias estadísticamente significativas en cuanto a la reestenosis, aunque la incidencia de sangrado sí fue significativamente mayor en la circuncisión (1,7%; $p=0,03$) (Tabla III, Fig. 1).

Realizamos también un análisis de las cirugías realizadas y las complicaciones a lo largo de los años incluidos en el estudio, observando que en los últimos años se han realizado significativamente menos prepucioplastias en relación a las circuncisiones (Figs. 2 y 3).

En cuanto al estudio descriptivo con encuesta telefónica, se realizaron en total 100 encuestas en una muestra aleatoria de pacientes incluidos en el estudio. No encontramos diferencias significativas en cuanto a la apreciación paterna del dolor postoperatorio o la satisfacción estética y funcional entre las dos técnicas quirúrgicas (Fig. 4). Más de un 90% de los encuestados se manifestaron globalmente satisfechos con el resultado de la intervención y con la información recibida al respecto de la misma.

CONCLUSIONES

La fimosis es probablemente una de las patologías a las que más frecuentemente se enfrenta el cirujano pediátrico durante toda su vida profesional. Sin embargo, quizá por la aparente falta de complejidad de la corrección quirúrgica, en ocasiones no se le presta la atención debida. Y es que la cirugía de la fimosis y sus consecuencias producen mucho malestar en

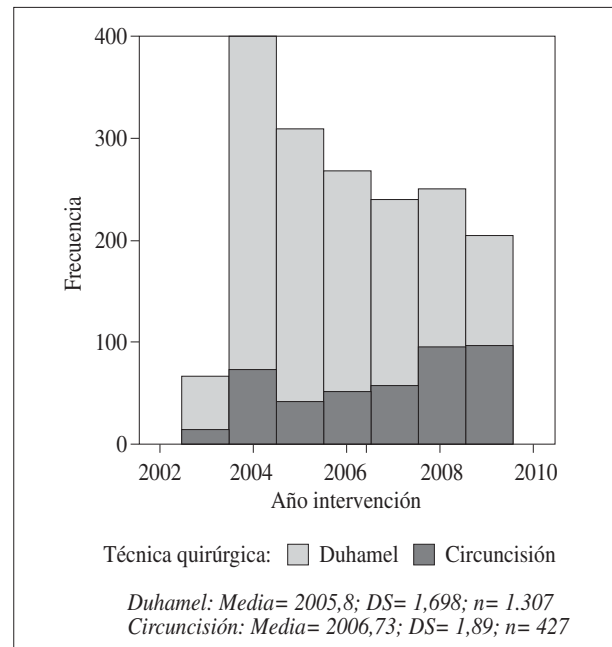


Figura 2. Técnica quirúrgica.

padres y niños. Creemos que la indicación quirúrgica adecuada es la base de un final feliz en el tratamiento de la fimosis.

Es por ello que consideramos importante destacar que no todas las fimosis patológicas y por supuesto ninguna de las fisiológicas precisan tratamiento quirúrgico. De forma lógica, y tal como observamos en nuestros resultados, desde la introducción en nuestra práctica diaria del tratamiento tópico con corticoides se ha reducido significativamente el número de intervenciones, sobre todo a expensas de las prepucioplastias, que es el tratamiento elegido para las fimosis más leves y que son las que mejor se resuelven con el tratamiento tópico^(4,10).

Sin embargo, cuando está correctamente indicada, tanto la prepucioplastia como la circuncisión son técnicas seguras, con una incidencia reducida de complicaciones. Según sugieren nuestros resultados, ninguna de las dos opciones es superior en cuanto a la incidencia de complicaciones susceptibles de reoperación. Tal y como cabe suponer, la incidencia de reestenosis es mayor en las prepucioplastias, aunque también hemos observado casos en las circuncisiones, la mayoría correspondientes a circuncisiones parciales. Observamos en los resultados que la reintervención por reestenosis se produce de media después de un año y medio de la intervención, lo que puede introducir

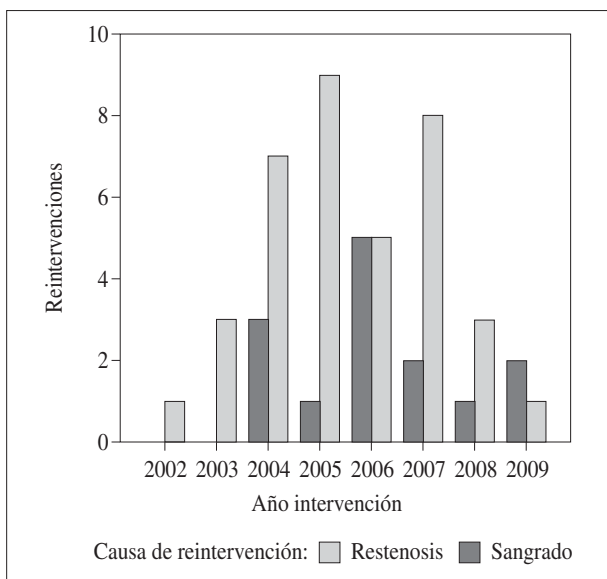


Figura 3. Causa de reintervención.



Figura 5. Reestenosis tras prepucioplastia.

un sesgo en este estudio, sobretodo en cuanto a los datos de los pacientes con menos tiempo de seguimiento. Sin embargo, más del 90% de los pacientes intervenidos por sangrado se operaron en las 24 horas siguientes a la primera cirugía.

No están registradas en este estudio las complicaciones menores, en forma, por ejemplo, de adherencias balano prepuciales que precisan liberación en consulta, o de malestar y dolor persistente por la exposición permanente del glande tras la circuncisión. Del mismo modo, no todo el mundo valora de la misma forma el resultado estético de la prepucioplastia y la circuncisión, bien por razones religiosas o culturales. Es por ello que decidimos realizar una encuesta a padres y pacientes mayores de 16 años, para conocer la satisfacción y apreciación real estética y funcional tras la cirugía. No observamos diferencias en cuanto al dolor, la satisfacción estética o funcional entre ambas técnicas.

Podemos concluir que, asentada correctamente la indicación quirúrgica, ambas opciones son seguras y adecuadas para

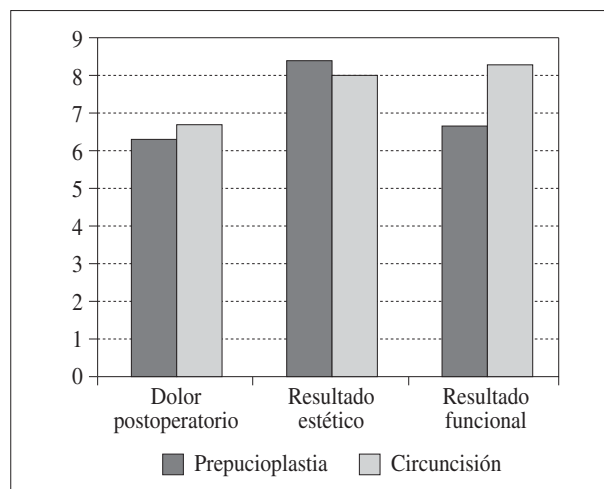


Figura 4. Encuesta de satisfacción.

el tratamiento de la fimosis, y la elección de la técnica debe realizarse según las preferencias del cirujano de forma conjunta con los padres y el propio paciente, que deben ser correctamente informados de las características y consecuencias de cada técnica quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- McGregor TB, Pike JG, Leonard MP. Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimotic foreskin. *Can Fam Physician*. 2007; 53(3): 445-8.
- Lundquist ST, Stack LB. Diseases of the foreskin, penis, and urethra. *Emerg Med Clin North Am*. 2001; 19(3): 529-46.
- Kessler CS, Bauml J. Non-traumatic urologic emergencies in men: a clinical review. *West J Emerg Med*. 2009; 10(4): 281-7.
- Nobre YD, Freitas RG, Felizardo MJ, Ortiz V, Macedo A Jr. To circ or not to circ: clinical and pharmaco-economic outcomes of a prospective trial of topical steroid versus primary circumcision. *Int Braz J Urol*. 2010; 36(1): 75-85.
- Brendler CB. Evaluation of the urologic patient. En: Walsh PC, et al, eds. *Campbell's Urology*. 7th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1997. p. 1-142.
- Elder JS. Congenital anomalies of the genitalia. En: Walsh PC, et al, eds. *Campbell's Urology*. 7th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1997.
- Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. *Br Med J*. 1949; 2(4642): 1433-7.
- Imamura E, ALIA. Phimosis of infants and young children in Japan. *Acta Paediatr Jpn*. 1997; 39(4): 403-5.
- Monsour MA, Rabinovitch HH, Dean GE. Medical management of phimosis in children: our experience with topical steroids. *J Urol*. 1999; 162(3 Pt 2): 1162-4.
- O'Donnell, JA II. Phimosis and paraphimosis. In: Barkin RM, et al, eds. *Pediatric Emergency Medicine*. 2nd ed. St Louis, MO: Mosby; 1997. p. 1152-3.
- Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child*. 1968; 43(228): 200-3.