

Fimosis

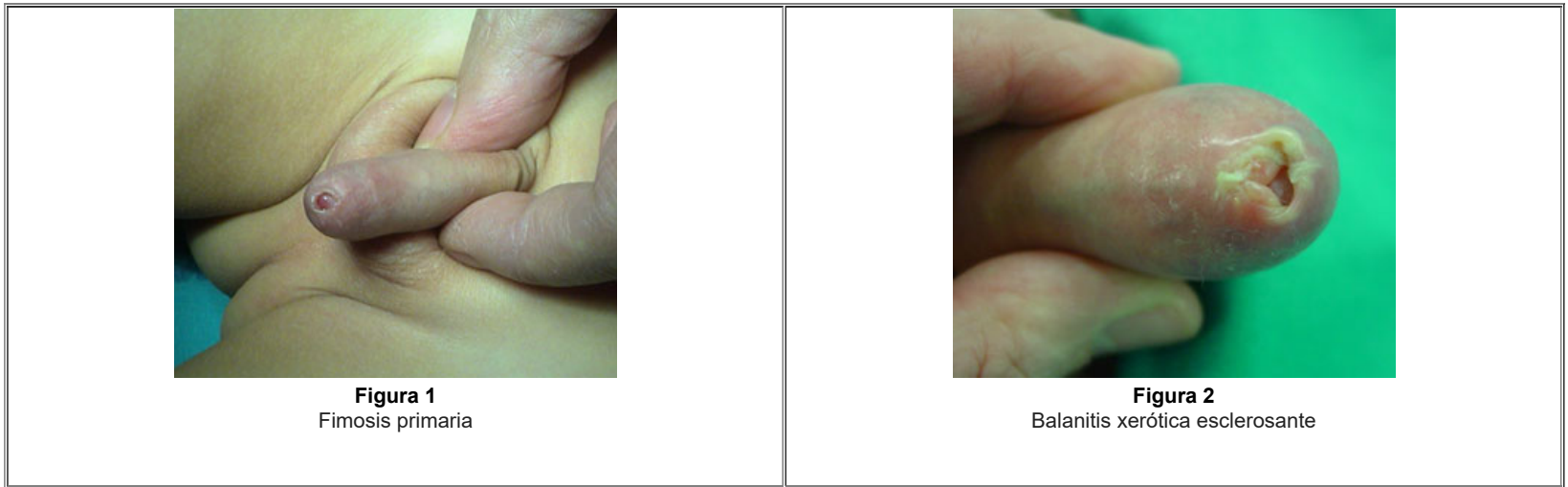
Fecha de la última revisión: 26/08/2016

Índice de contenidos

1. [Definición y conceptos](#)
2. [Algoritmo de manejo](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

Definición y conceptos

El diagnóstico de fimosis es clínico, se establece cuando el prepucio no es retraible total o parcialmente y se aprecia un anillo de estrechamiento, que se marca sobre la cabeza del glande. Podemos clasificarla en fimosis primaria o “fisiológica” en el recién nacido con orificio prepucial flexible sin signos de cicatrización (figura 1) y fimosis secundaria a cicatrización con fibrosis secundaria a las infecciones e inflamaciones, en este caso existe un prepucio claramente no retraible, secundario a dicha cicatrización y patológico, como en la balanitis xerótica obliterante (figura 2). También se debe de diferenciar de las adherencias balano-prepuciales. El abombamiento al orinar suele ser transitorio y forma parte del proceso de maduración en algunos niños (AAP, 2012).



La parafimosis es una complicación y se debe de considerar una emergencia, se suele producir cuando se retrae un prepucio demasiado estrecho más allá del glande, quedando atrapado más abajo del surco y provocando una posterior edematización del glande con riesgo de necrosis por la falta de perfusión (figura 3) si no se resuelve adecuadamente (ver guía: [Parafimosis](#)).



Figura 3
Parafimosis

Un frenillo corto, conlleva una incurvación ventral del glande una vez que se consigue retraer el prepucio.

El desarrollo del prepucio en el neonato es incompleto y la separación entre el prepucio y el glande ocurre a una edad variable. La retracción completa del prepucio, más atrás del surco posterior del glande, se consigue espontáneamente en el 50% de los niños al año de edad y llega al 89% a los tres años, de forma espontánea algunos niños logran dicha retracción sin un punto de corte definitivo hasta la adolescencia. De manera que se considera que la incidencia de fimosis es del 8% en niños de 6 a 7 años y en torno al 1% a los 16-18 años de edad. Forzar en el lactante la retracción del prepucio, es motivo frecuente de fisuras prepuciales y cicatrices secundarias que pueden ser causa frecuente de fimosis secundaria.

La tendencia a largo plazo de la fimosis primaria es su resolución espontánea, en el 89% de los casos ésta se logra en los primeros 3 años de vida (Tekgul S, 2015).

Si a partir de esta edad persiste la fimosis, se puede intentar un tratamiento conservador con corticoides tópicos (Moreno G, 2014) y en caso de fallo terapéutico valorar la derivación al cirujano infantil. Cuando está indicada la cirugía, es aconsejable realizarla a partir de los 3-4 años, ya que a esta edad es cuando resulta más conveniente desde el punto de vista del impacto psicológico y presenta un postoperatorio más favorable. No está indicada la circuncisión rutinaria neonatal (AAP, 2012; Tekgul S, 2015; Sorokan TS, 2015). El saco prepucial puede favorecer el crecimiento de gérmenes uropatógenos que colonizan la uretra. Se ha observado en un reciente metanálisis (Skaikh N, 2008) que la prevalencia de infección de orina en varones menores de 3 meses es diez veces más frecuente que en varones no circuncidados, no obstante se ha estimado que se necesitaría realizar 100 operaciones profilácticas de fimosis para prevenir una infección de orina en un niño normal, lo que no estaría justificado. El beneficio de una intervención profiláctica de fimosis, sería mayor en niños con infecciones de orina y patologías asociadas que pueden conllevar más riesgo, como anomalías estructurales urológicas (reflujo vesicoureteral de alto grado o uropatía obstructiva)(Ball P, 2008; Simforoosh N, 2012; Tekgul S, 2015).

Existe una evidencia parcial de que en poblaciones subsaharianas la circuncisión disminuye la transmisión del VIH en parejas heterosexuales (Siegfried N, 2009). No está claro si estos datos son aplicables a poblaciones de países desarrollados en donde la prevalencia de VIH es menor y las vías de transmisión incluyen alta prevalencia de uso de drogas IV y relaciones del mismo sexo (Sorokan TS, 2015).

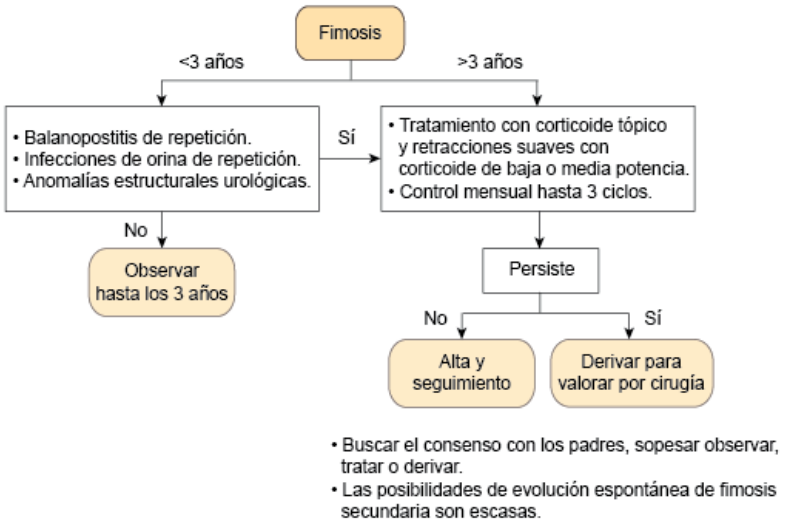
Se consideran indicación de circuncisión una fimosis secundaria que no responda al tratamiento con corticoides tópicos, una fimosis primaria ante balanopostitis recurrente (figura 4) y los casos de infecciones urinarias de repetición en pacientes con anomalías estructurales urológicas (Tekgul S, 2015; Sorokan TS, 2015).



Figura 4
Balanopostitis

Entre las contraindicaciones para la cirugía, están las hipospadias, ya que el prepucio puede ser necesario para una reconstrucción, las infecciones agudas y los trastornos de coagulación no estables.

Algoritmo de manejo



Algoritmo de manejo de la fimosis

¿Cómo se trata?

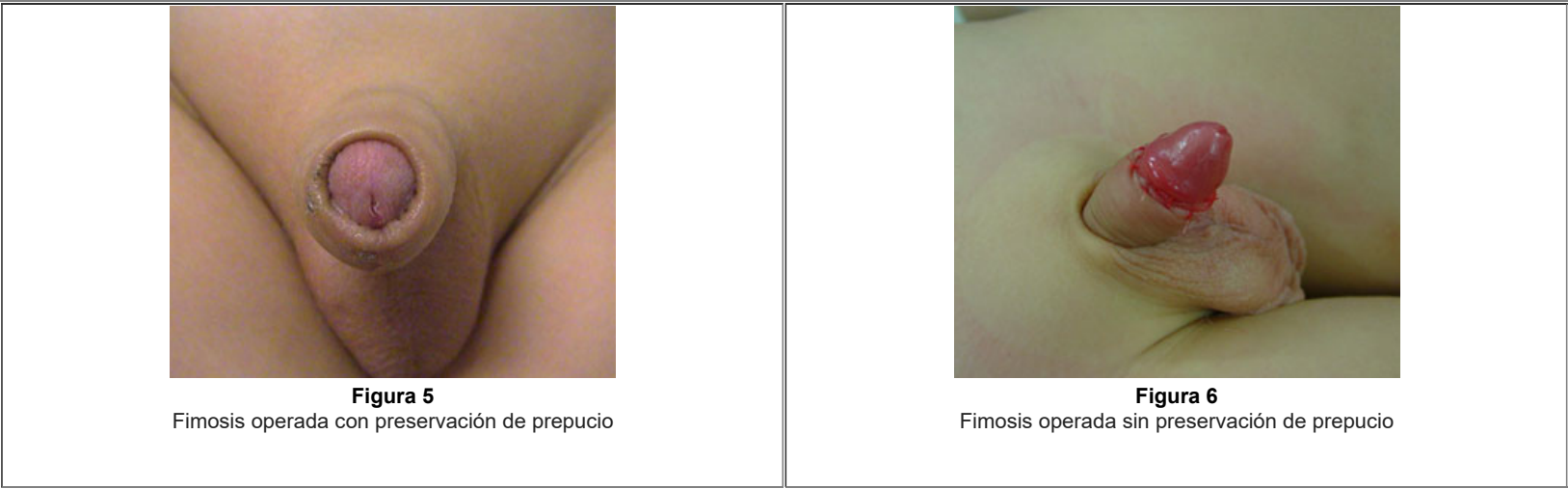
Es de especial importancia desde la perspectiva de la prevención primaria, educar a ambos padres en los cuidados e higiene del varón no circuncidado, lo que disminuiría el número de fimosis patológicas. Los expertos aconsejan en el recién nacido, los cuidados normales del resto del cuerpo, usando jabones no irritantes y seguros y el cambio frecuente de pañales para prevenir la dermatitis del pañal, usando cremas de efecto barrera. Están contraindicadas y deben evitarse las retracciones forzadas del prepucio que podrían causar sangrados y desgarros con la subsiguiente fibrosis y fimosis secundaria. Según la diferenciación entre el prepucio y el glande se va produciendo y el prepucio permite una retracción espontánea, se debe de limpiar y secar en el baño, llevando después de la limpieza la posición del prepucio hacia adelante para cubrir de nuevo el glande y evitar un episodio de parafimosis. Cuando el niño se hace mayor, se le debe de instruir en los cuidados indicados (Wilcox D, 2016).

Dada la evolución espontánea a la resolución y las alternativas de tratamiento tanto médico como quirúrgico, se debe de buscar el mayor acuerdo posible con la familia sobre las alternativas terapéuticas.

En los últimos años se ha reafirmado la terapéutica con corticoides tópicos (Moreno G, 2014) como la primera medida cuando se decide corregir una fimosis, combinada con la retracción suave y progresiva del prepucio ya que han demostrado ser seguros (Pileggi FO, 2010) y efectivos. Existen trabajos en los que se ha demostrado que los corticoides de baja ([hidrocortisona butirato 0,1%](#)) y media potencia (butirato de clobetasona) son igualmente resolutivos que los de alta potencia (betametasona 0,5%) (Lee JW, 2006). En 3 de cada 4 niños el tratamiento combinado es resolutivo y no se han descrito efectos secundarios con los corticoides independientemente de su potencia. En caso de una mala respuesta al mes, se puede repetir el tratamiento hasta 3 veces, nunca más de tres meses en total y con un intervalo entre cada tratamiento de 15 días (Orejón de Luna G, 2007). Las retracciones no se deben de realizar antes de los 3 años de forma rutinaria y se debe de instruir adecuadamente a los padres cómo realizarlas, lo ideal es hacerlas dos o tres veces al día, de forma suave y progresiva sin forzar pero manteniendo el prepucio en situación de estiramiento varios minutos, comenzando con las retracciones a partir de la primera semana, en la que sólo se administrará el corticoide.

La balanitis xerótica obliterante, liquen escleroso o escleroatrófico, es una enfermedad inflamatoria crónica que habitualmente afecta al prepucio y a la mucosa del glande, pero puede afectar también al meato urinario y a la uretra distal. Puede presentarse como una fimosis secundaria o cicatricial. Si la afectación está limitada al prepucio, la resección completa del mismo suele ser curativa, en otros casos es posible la aparición de una estenosis del meato urinario e incluso de un fragmento más o menor largo de la uretra peneana. Al tratarse de una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, puede evolucionar a lo largo de toda la vida del paciente. Muchos casos responden al tratamiento tópico prolongado con esteroides, en casos refractarios se ha utilizado tratamiento con [tacrolimus](#) (Manguera A, 2013; Celis S, 2014; Castagnetti M, 2015).

La intervención quirúrgica de la fimosis, llamada postectomía o circuncisión, conlleva un moderado riesgo de complicaciones, en algunas series hasta en un 2% de los casos, siendo las más frecuentes: sangrado, infección local, resultado estético insatisfactorio y lesiones iatrogénicas, muy excepcionalmente se han descrito sepsis, meningitis y fascitis necrotizante (ESPU, 2013). No está indicada de forma rutinaria en los recién nacidos, ni posteriormente para prevenir el cáncer de pene ni enfermedades de transmisión sexual en el contexto del mundo desarrollado. La indicación por motivos culturales es discutible desde el punto de vista ético. La cirugía puede realizarse con preservación de parte del prepucio (figura 5) o con resección radical del prepucio (figura 6). El cirujano debe de consensuar con la familia la mejor de las opciones en cada caso concreto (Cuckow PM, 2010), así como la edad ideal según la indicación y el tipo de situación clínica y las respuestas previas a tratamientos.



Bibliografía

- American Academy of Pediatrics Task Force on Circumcision. Circumcision policy statement. Pediatrics. 2012;130(3):585-6. PubMed [PMID: 22926180](#). [Texto completo](#)
- Ball P, Dalton J. Clinical guidelines for phimosis. Staffordshire: NORM-UK; 2008 [consultado 7-4-2016]. [Texto completo](#)
- Castagnetti M, Leonard M, Guerra L, Esposito C, Cimador M. Benign penile skin anomalies in children: a primer for pediatricians. World J Pediatr. 2015;11(4):316-23. PubMed [PMID: 25754752](#)
- Celis S, Reed F, Murphy F, Admas S, Gillick J, Abdelhafeez A, et al. Balanitis xerotica obliterans in children and adolescents: A literature review and clinical series. J Pediatr Urol. 2014;10(1):34-9. PubMed [PMID: 24295833](#).
- Cuckow PM. Foreskin. En: Gearhart JP, Rink RC, Mouriquand PDE, editors. Pediatric urology. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 519-25.
- European Society for Paediatric Urology, 2013. Pediatric urology Web book. Phimosis and Circumcision. Chapter 19, p. 317-21. Disponible en: [www.espu.org](#)
- Lee JW, Cho SJ, Park EA, Lee SJ. Topical hydrocortisone and physiotherapy for nonretractile physiologic phimosis in infants. Pediatr Nephrol. 2006;21(8):1127-30. PubMed [PMID: 16791612](#)
- Manguera A, Osman N, Chapple C. Recent advances in understanding urethral lichen sclerosis. F1000Res. 2016 Jan 22;5. pii: F1000 Faculty Rev-96. PubMed [PMID: 26918163](#). [Texto completo](#)
- Moreno G, Corbalan K, Peñaloza B, Pantoja T. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(9):CD008973. PubMed [PMID: 25180668](#). [Texto completo](#)
- Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. En la fimosis es aconsejable el tratamiento con corticoides tópicos antes de plantearse una opción quirúrgica. Evid Pediatr. 2007;3(3):82. [Texto completo](#)
- Pileggi FO, Martinelli CE Jr, Tazima MF, Daneluzzi JC, Vicente YA. Is suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis significant during clinical treatment of phimosis? J Urol. 2010;183(6):2327-31. PubMed [PMID: 20400146](#)
- Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmik J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (82):CD003362. PubMed [PMID: 19370585](#)
- Simforoosh N, Tabibi A, Khalili SA, Soltani MH, Afjei A, Aalami F, et al. Neonatal circumcision reduces the incidence of asymptomatic urinary tract infection: A large prospective study with long term follow up using plastibell. J Pediatr Urol. 2012;8(3):320-3. PubMed [PMID: 21115400](#)
- Skaikh N, Morone NE, Bost JE, Farrell MH. Prevalence of urinary tract infection in childhood: A meta-analysis. Pediatr Infect Dis J. 2008;27(4):302-8. PubMed [PMID: 18316994](#)
- Sorokan TS, Finlay JC, Jefferies AL; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee, Infectious Diseases and Immunization Committee. Newborn male circumcision. Paediatr Child Health. 2015;20(6):311-20. PubMed [PMID: 26435672](#). [Texto completo](#)
- Tekgul S, Dogan H, Erdem E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman J, et al. Guidelines on Paediatric urology. European Society for Paediatric Urology; 2015. [Texto completo](#)
- Wilcox D. En: Baskin L, Drutz J, Kim M, editors. Care of the uncircumcised penis. UpToDate. [Texto completo](#)
- Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. Br J Surg. 1993;80(10):1231-6. PubMed [PMID: 8242285](#)

Más en la red

- Drake T, Rustom J, Davies M. Phimosis in childhood. BMJ. 2013 Jun 20;346:f3678. Erratum in: BMJ. 2013;347:f5632. PubMed [PMID: 23788454](#)
- Tekgul S, Dogan H, Erdem E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman J, et al. Guidelines on Paediatric urology. European Society for Paediatric Urology; 2015. [Texto completo](#)

Autores

- Adolfo Bautista Casasnovas Cirujano Infantil (1)
- Luis Bamonde Rodríguez Médico Especialista en Pediatría (2)

(1) Jefe de Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela (A Coruña). España.
(2) Jefe de Servicio EAP O Grove. O Grove (Pontevedra). España.

Autor de las imágenes: Adolfo Bautista Casasnovas.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

