

Tipos de Retracción de Prepucio en Niños en el Hospital Belén de Trujillo - Perú.

Types of Foreskin Retraction in Children in Hospital Belen of Trujillo- Peru.

José Miguel Alfaro Zelada¹, Segundo José Alfaro Ríos², Herminia Lázaro Rodríguez³.

RESUMEN

Introducción: El prepucio es la parte de la piel que recubre el glande. Al nacer, el recién nacido tiene un prepucio estrecho, adherente y largo, con punta angosta que sobrepasa el extremo distal del glande.

Objetivos: Determinar los tipos de retracción del prepucio según la edad en niños menores de 15 años.

Materiales y métodos: Se realizó el examen clínico a 360 niños divididos en 9 grupos de 40 cada uno. Fueron atendidos en el Departamento de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo. Se evaluó el grado de retracción del prepucio aplicando la clasificación de Kayaba, según grupo etario.

Resultados: Muestran que los tipos de retracción del prepucio I y II son más frecuentes en recién nacidos (45% y 52.5%) y niños menores de 6 meses (35% y 32.5%), el tipo V no se encuentra en menores de 6 meses (0% en ambos grupos). En los niños de 11 a 15 años predomina el tipo V (75%) y no se encuentran los tipos I y II (0%).

Conclusiones: A mayor edad aumenta la retracción del prepucio. Los tipos de retracción del prepucio I y II predominan en los recién nacidos y niños menores de 1 año de edad y los tipos IV y V predominan en los niños entre 11 y 15 años.

Palabras Claves: Retracción del prepucio, tipos.

SUMMARY

Introduction: The foreskin is the part of the skin covering the glans. At birth, the male newborn has a narrow, adherent and long foreskin, with narrow tip exceeds the distal end of the glans.

Objetives: Determine the types of foreskin retraction according to in children under 15 years.

Methods: It was performed a clinical examination of 360 children divided into 9 groups of 40 each. Children were treated at the Department of Pediatrics in Hospital Belen in Trujillo. The degree of retraction foreskin was evaluated using the classification ok Kayaba, by age group.

Results: They show that foreskin retraction types I and II are more common in newborns (45% and 52.5%) and children younger than 6 months (35% and 32.5%), type V does not exist in children under 6 months (0% in both groups). In children between 11 and 15 years, type V predominates (75%) and are not the types I and II (0%).

Conclusions: The older increases to retract the foreskin. Foreskin retraction types I and II predominate in newborn and children under 1 year old and types IV and V in children between 11 and 15 years old.

Keywords: Foreskin retraction, types.

INTRODUCCIÓN

El prepucio es la parte de la piel que recubre el glande. Al nacer, el recién nacido tiene un prepucio estrecho, adherente y largo con punta angosta que sobrepasa el extremo distal del glande y que en el 96% no se puede retraer, dificultando su observación⁽¹⁾.

La dificultad para retraer el prepucio se llama fimosis, en el recién nacido es fisiológica y se debe a adherencias congénitas entre el prepucio y el glande, que en realidad son remanentes de

tejido que normalmente sirven de puente entre estas dos regiones anatómicas. En el 90% de los casos estas adherencias habrán desaparecido lo suficiente hacia los 3 años para permitir la retracción del prepucio^(2, 3, 4).

El normal crecimiento y desarrollo del prepucio ha sido mal entendido por la comunidad médica y el público. Morales⁽⁵⁾, sostiene que la dilatación forzada así como la circuncisión tienen pocas indicaciones durante la niñez debido a que la

1. Médico - Cirujano, Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo - Perú.

Correo electrónico: jmiguel_alfazel@hotmail.com

2. Médico - Pediatra. Profesor de la Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo - Perú.

Correo electrónico: sj_alfaro@hotmail.com

3. Médico - Pediatra. Médico Asistente del Hospital Belén. Profesora de la Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo - Perú.

Correo electrónico: herminialr@yahoo.es

Recibido: 31 de Agosto del 2013.

Aceptado: 7 de Abril del 2014.

Trabajo presentado en la XVI Jornada Nacional de "Pediatría Javier Medina Tello", Trujillo - Perú.

separación incompleta del prepucio y glande es normal y común entre recién nacidos, progresando hacia la adolescencia hasta la separación espontánea, siendo completa en la mayoría de estos niños. González⁽⁶⁾, Wang y col⁽⁷⁾, también observaron que la retracción del prepucio se completa progresivamente hasta la adolescencia siendo innecesaria la circuncisión.

La Academia Americana de Pediatría señala que la circuncisión en recién nacidos tiene beneficios y ventajas médicas potenciales así como también desventajas y riesgos. Las ventajas médicas incluyen prevención de infecciones de vías urinarias, balanopostitis, adherencias patológicas y cáncer de pene. Las desventajas médicas incluyen dolor, requerimiento de anestesia y posibles contraindicaciones⁽⁸⁾, dentro de las que se consideran las anomalías congénitas del meato urinario (hipospadias y epispadias), trastornos de la coagulación⁽⁹⁾ y complicaciones, siendo las más frecuentes hemorragia, infecciones, dolor y estrés psicológico^(8, 10). Entre 1979 y 2003, el porcentaje de niños circuncidados en los hospitales de los EE.UU. permaneció relativamente constante entre el 56 y 65%⁽¹¹⁾.

En diferentes partes del mundo, algunos médicos reciben escasa formación sobre el desarrollo fisiológico del prepucio; así ellos, erróneamente diagnostican fimosis a una condición normal de desarrollo del prepucio⁽¹²⁾.

Por lo expuesto, la retracción del prepucio sobre el glande se realiza espontáneamente como un proceso fisiológico no sujeto a maniobras forzadas; sin embargo, en consultorios externos, muchas madres refieren haber manipulado el pene de sus hijos para forzar la retracción del prepucio sobre el glande como indicación por parte de algún personal de salud.

El objetivo del presente estudio es determinar los tipos de retracción prepucial según la edad en niños menores de 15 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación de tipo descriptivo, corte transversal, se realizó en el Departamento de Pediatría del Hospital Belén de Trujillo el año 2009.

La muestra está constituida por 360 niños, divididos en 9 grupos de 40 niños cada uno y que corresponden a: recién nacidos, 1 mes a menores

de 6 meses; 6 meses a menores de 1 año; 1 año; 2 años; 3 a 4 años; 5 a 7 años; 8 a 10 años y de 11 años a menores de 15 años, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: recién nacidos a término, no tener tratamiento tópico con corticoides, no presentar malformaciones congénitas, no asistir al servicio por traumatismo de zona genital, no tener antecedentes de retracción manual forzada del prepucio y desear participar en la investigación.

El tipo de retracción prepucial se determinó según la clasificación de Kayaba⁽¹³⁾ (Figura 1) que considera:

Tipo I: No retracción del prepucio, glande no observable.

Tipo II: Retracción permite únicamente exposición del meato uretral.

Tipo III: Con exposición del glande hasta la parte media.

Tipo IV: Exposición del glande por sobre el surco balano prepucial.

Tipo V: Fácil exposición del glande en su totalidad.

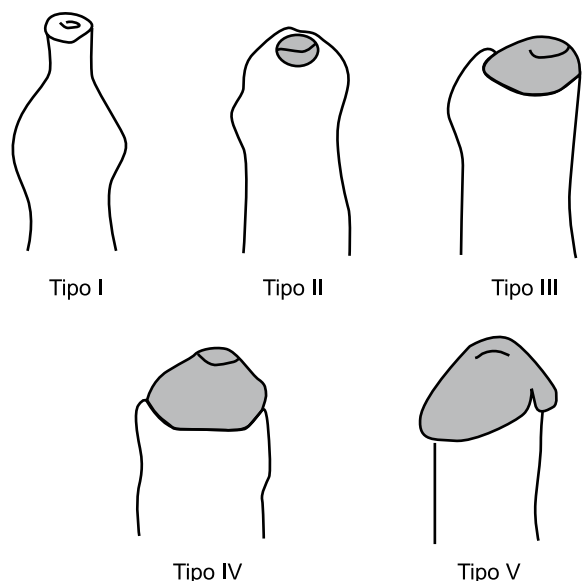


Figura 1: Tipos de Retracción del Prepucio. Clasificación de Kayaba.

Los datos fueron obtenidos mediante el examen clínico de los niños atendidos diariamente en los servicios de emergencia, consultorio externo de pediatría y neonatología, hospitalización de pediatría y alojamiento conjunto de neonatología del Hospital Belén de Trujillo.

RESULTADOS

El cuadro N° 1 muestra los diferentes tipos de retracción de prepucio y su distribución de acuerdo a los diferentes grupos etarios considerados en el estudio para niños menores de 15 años de edad atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

En el grupo de recién nacidos se observa que la retracción del prepucio tipo I es del 45%, el tipo II

52.5%, alcanzando ambos el 97.5%; el tipo III es 2.5% y los tipos IV y V 0%.

Además, a medida que avanza la edad, los tipos de retracción del prepucio I y II disminuyen en frecuencia y se incrementan los tipos IV y V en el grupo de niños de 11 a 15 años, en donde la retracción del prepucio tipo IV es 20% y el tipo V 75%, alcanzando ambos 95%, mientras que el tipo III es 5% y los tipos I y II 0%.

CUADRO N° 1. TIPOS DE RETRACCIÓN DEL PREPUCIO SEGÚN LA EDAD EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2009.

| GRUPO ETARIO | TIPOS DE RETRACCIÓN | | | | | | | | | |
|------------------------|---------------------|------|---------|------|----------|------|---------|------|--------|------|
| | TIPO I | | TIPO II | | TIPO III | | TIPO IV | | TIPO V | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Recién nacido | 18 | 45 | 21 | 52.5 | 1 | 2.5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 mes a < de 6 meses | 14 | 35 | 13 | 32.5 | 8 | 20 | 5 | 12.5 | 0 | 0 |
| 6 meses a < de 1 año | 7 | 17.5 | 8 | 20 | 16 | 40 | 9 | 22.5 | 0 | 0 |
| 1 año | 4 | 10 | 8 | 20 | 19 | 47.5 | 8 | 20 | 1 | 2.5 |
| 2 años | 2 | 5 | 5 | 12.5 | 17 | 42.5 | 14 | 35 | 2 | 5 |
| 3 a 4 años | 0 | 0 | 8 | 20 | 14 | 35 | 16 | 40 | 2 | 5 |
| 5 a 7 años | 4 | 10 | 0 | 0 | 10 | 25 | 16 | 40 | 10 | 25 |
| 8 a 10 años | 5 | 12.5 | 1 | 2.5 | 2 | 5 | 17 | 42.5 | 15 | 37.5 |
| 11 años a < de 15 años | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 8 | 20 | 30 | 75 |

DISCUSIÓN

El prepucio conforma la cobertura anatómica del glande. Elder⁽¹⁴⁾ sostiene que el prepucio aparece como un anillo de epidermis a las seis semanas de gestación, creciendo hasta el extremo del glande hasta las 16 semanas. La individualización del prepucio y el glande comienza a las 24 semanas de gestación y progresa hasta el nacimiento, sin llegar a ser completa en la gran mayoría de los recién nacidos.

Hay varias afirmaciones que explican la individualización balano prepucial. Las adherencias que unen la superficie interior del prepucio con el glande se desintegran de manera natural y provocan el desprendimiento del prepucio, separándolo del glande y permitiendo que el prepucio sea espontáneamente retráctil⁽¹²⁾.

Su separación incompleta es normal en neonatos e infantes^(15, 16) cambiando progresivamente hasta ser completa en la adolescencia⁽¹⁷⁾.

Soriano⁽¹⁸⁾ señala que existen dos fenómenos fisiológicos distintos que favorecen la separación del glande del prepucio. Uno es que la descamación de las células epiteliales y la secreción sebácea de la cubierta interna del prepucio se acumulan en el incipiente espacio prepucial, formando una sustancia blanca y cremosa denominada "smegma", cuyo acúmulo en muchos niños menores de 5 – 7 años es visible por transparencia a través de la piel prepucial. Este acúmulo permite que el espacio prepucial se agrande naturalmente y no debe ser considerado patológico ni confundido con un quiste sebáceo o con material purulento. El otro, constituido por el

crecimiento del prepucio, que en un comienzo es menor y retardado en relación al crecimiento del glande.

El niño en sus diferentes etapas (recién nacido, lactante, preescolar, escolar y adolescente), atraviesa por una serie de cambios. El extremo distal del prepucio se vuelve más ancho, parece hacerse más corto y el tronco del pene aumenta de tamaño. También contribuyen con la retracción del prepucio las erecciones del pene en el lactante y en el niño⁽¹⁹⁾, por lo que la circuncisión infantil de rutina realizada en un niño sano se considera ahora una intervención no terapéutica y médicamente innecesaria⁽²⁰⁾.

Si bien hay niños menores de 4 años en los que el prepucio puede ser completamente rebatido como se observa en nuestros resultados, en la gran mayoría de los niños existen adherencias balano prepucial en diferente grado; sin embargo, deberá esperarse para intentar la movilización prepucial porque ésta se va a realizar espontáneamente en la medida que el niño avanza en edad^(21, 22).

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten caracterizar la variación de los tipos de retracción del prepucio que se presentan desde el recién nacido hasta el niño menor de 15 años. No se observan prepucios completamente retráctiles tipo V en recién nacidos y niños menores de 1 año. Recién el 12.5% en niños de 1 a 4 años y 25% de niños de 5 a 7 años, presentan retracción del prepucio tipo V.

En relación a los niños entre los 11 y 15 años de edad, el 75% presentó retracción del prepucio tipo V. Este último resultado es inferior al obtenido por Soriano y col⁽¹⁸⁾ en Chile, quienes reportan prepucios completamente retráctiles tipo V en 95%, lo que puede ser explicado porque el trabajo de Soriano incluyó niños hasta los 18 años, mientras que en el nuestro fueron hasta los 15 años, reafirmando que a mayor edad del niño hay mayor retracción del prepucio. Por otro lado, Kayaba⁽¹³⁾ reportó retracción del prepucio tipo V de 0% en menores de 6 meses, 40% entre los 8 y 10 años y 62.9% entre 11 y 15 años en niños japoneses, resultados semejantes a los de nuestro estudio, lo que puede ser explicado por la similitud en las edades de los niños estudiados.

CONCLUSIONES

La retracción del prepucio aumenta a medida que aumenta la edad. Los tipos de retracción del prepucio I y II predominan en los recién nacidos y niños menores de 1 año de edad y los tipos IV y V predominan en los niños entre 11 y 15 años.

Se debe considerar que no hay suficiente motivo para que los padres y/o el personal de salud realicen o indiquen la independización del prepucio del glande, sino hasta que ésta se realice espontáneamente. Así se evitarán las complicaciones físicas y psicológicas por estas prácticas innecesarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoekelman RA, Friedman SB, Nelson NM, Seidel HM. Atención Primaria en Pediatría. 3º edición. Hart Court Brace Publishers International. España 1998: 1517.
2. Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, Behrman RE, Nelson: Tratado de Pediatría. 19º edición. Barcelona – España: Editorial ELSEVIER. España 2013: 1925.
3. Polin RA, Ditmar MF. Secretos de la pediatría. 3º edición. Ed. McGraw Hill Interamericana. México 2003: 492.
4. Cardona, David. Una alternativa en el manejo de la fimosis. Acta pediátr. Costarric vol. 13 n. 1 San José. Enero 1999; 13: 23 – 26.
5. Morales CJ, González FP, Morales AA, Cordiés JE, Guerra RM y Mora CB. Fimosis. ¿Son necesarias la circuncisión o dilatación forzada? Revista Cubana de Pediatría 2001; 73: 206 – 11.
6. González MI, Meza DM. Retractilidad del prepucio en niños. Paediatrica 2007; 9(1)
7. Wang M, Wang Z, Sun M, Jiang X, Hu T. Analysis of shape and retractability of the prepuce in 1015 chinese boys aged from 0 to 18 years old. Zhonghua Nan Ke Xue. March 2006; 12: 249 – 50.
8. American Academy of Pediatrics: Report of the Task Force on Circumcision. Pediatrics 1989; Aug 84(2): 388 – 391. Fe de erratasen: Pediatrics 1989; Nov; 84(5):761.
9. Gómez FA, Aransay BA, García VA, López DM. Patología urológica más frecuente en la infancia. Fimosis e hipospadias. Reflujo vesicoureteral. Pediatr Integral 2002; 6: 877 – 886.
10. Puig SC, García AO, Vall CO. Circuncisión infantil: revisión de la evidencia. An Pediatr. Barcelona 2003; 59: 448 – 53.
11. Child Trend Databank. Trends in circumcision among newborns. Disponible en <<http://www.childtrendsdatbank.org/indicators/85MaleCircumcision.cfm>>
12. Osborn LM, Metcalf TJ, Mariani EM. Hygienic care in uncircumcised infants. Pediatrics 1981; 67: 365 – 367.
13. Kayaba H., Tamura H., Kitajima S., Fujiwara Y., Kato T. and Kato T. Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys. Journal of Urology. November 1996; Vol. 156: 1813 – 1815. Printed in USA.
14. Elder JS. Congenital anomalies of the genitalis. In: Campbell's Urology 6º edition. Edited by PC. Walsh et al. Philadelphia; WB. Saunders C. 1992; 2, chapt 51: 1920 – 1938.
15. Ruiz E, Moldes J, de Badiola F, Puigdevall JC : Dificultades y controversias en el manejo del prepucio en la infancia y adolescencia . Arch Argent Pediatr 2001; 99(1): 81 – 84
16. Monsour M, Hyman H, Rabinovitch, Dean G: Medical Management of Phimosis in Children: our experience with topical steroids. J Urol 1999; 162:1162 – 1164.
17. Wai-Hung K, Becky S-KCh, Kwai-Fun H. Out come and recurrence in treatment of phimosis using topical betamethasone in children in Hong Kong. Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, Tseung Kwan O Hospital, Hong Kong SAR, China.
18. Soriano BH, O'Ryan GM, Torres PJ, Fanta NE, Muñoz MA y Soriano PH. Evolución natural del prepucio. Rev. Chil. Pediatr. 1987. 58(2): 154 – 156.
19. Esposito C, Centone A, Alicchio F et al. Topical steroids application versus circumcision in pediatric patients with phimosis. A prospective randomized placebo controlled clinical trial. World J Urol 2008;26:187 – 190.
20. College of Physicians and Surgeons of British Columbia Infant male circumcision. In: Resource manual for physicians. Vancouver, BC: College of Physicians and Surgeons of British Columbia, 2004.
21. Cold CJ, Taylor JR. The prepuce. Br J Urology, 1991; 83, Suppl. 1: 34 – 44.
22. Imamura E. Phimosis of infants and young children in Japan. Acta Paediatr Jpn 1997;39(4):403-5.