

Gómez-Ozuna, Darinel; Jiménez-Balderas, Ernesto A.
Edema genital secundario a manipulación del prepucio en un recién nacido
Salud en Tabasco, Vol. 15, Núm. 1, enero-abril, 2009, pp. 845-848
Secretaría de Salud
México

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=48712088005>



Salud en Tabasco
ISSN (Versión impresa): 1405-2091
revista@saludtab.gob.mx,
imbio_c@imbiomed.com.mx
Secretaría de Salud
México

¿Cómo citar?

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista

Edema genital secundario a manipulación del prepucio en un recién nacido

Darinel Gómez-Ozuna,⁽¹⁾ Ernesto A. Jiménez-Balderas⁽²⁾

pediatra@yahoo.com

RESUMEN

Introducción. El Prepucio es una estructura de los genitales externos presente en hombres al nacimiento el prepucio sigue adherido al glande en la mayoría de los casos, y se despega durante la infancia. Esta separación se produce por diversos mecanismos y su resolución ocurre idealmente con cuidados higiénicos y aplicación de cremas inertes en su extremo distal (fisioterapia prepucial), donde el uso de estas permite una dilatación gradual, no cicatrizal. **Objetivo.** Presentar una complicación por maniobras de retracción forzada al prepucio en un recién nacido y revisar la utilidad de las cremas con esteroide en el manejo de la fimosis, cuando las medidas de fisioterapia prepucial no son suficientes como una alternativa de solución que pueda evitar procedimientos quirúrgicos. **Caso clínico.** Se presenta el caso clínico de un recién nacido que desarrollo edema de pene, escroto y región inguinal, secundario a manipulación forzada del prepucio. El manejo del mismo con esteroide tópico, sediluvios así como su evolución y remisión. **Discusión.** Los cuidados del prepucio y los procedimientos para liberarlo están descritos ampliamente en la literatura. Los esteroides tópicos aunados a una fisioterapia prepucial consiguen un éxito medio superior al 85%. Queda una brecha en la investigación puesto que no se encontraron estudios serios que comparen la eficacia entre los esteroides usados. En este caso la liberación temprana del prepucio sin el uso de esteroides tópicos e información completa, llevaron a desarrollar una complicación. El empleo de esteroide tópico y la fisioterapia prepucial permitió la resolución del problema.

Palabras claves: *fimosis, circuncisión, esteroides tópicos.*

SUMMARY

Introduction. The prepuce is an structure of the external genitals, present in men and women, at birth, the foreskin is fully attached to the penis, In time, the foreskin separates and can be retracted (pulled back). In the first 3 years it is discovered between the 80-90% and in 99% of the cases he is reserved to the 16 years. This separation takes place by diverse mechanisms and it's resolution ideally happens with hygienic cares and application of inert creams in it's distal end (foreskin physiotherapy), where the use of these, it allows a gradual expansion, noncicatrizal. **Objective.** To present a complication by maneuvers of retraction forced to prepuce in new born and review the utility of creams with steroid in the treatment of the phimosis, that is the impossibility to discover prepuce over the glans penis, when the measures of foreskin physiotherapy are not sufficient and like a solution alternative avoiding surgical procedures. **Clinical case.** One appears new born that development edema of penis, escroto and ,secondary region, to manipulation forced of prepuce. The treatment with topical steroid, seat baths, as well their evolution and remission. **Discussion.** The cares of prepuce and the procedures to release it are described, the combined topical steroids to a foreskin physiotherapy obtain superior medium exit to 85%. It is a breach in the investigation, we did not find studies that compare the effectiveness between used steroids. In this case the early liberation without the topical steroid use and complete information to the parents, took to develop a complication. The topical steroid use and foreskin physiotherapy allowed the resolution of the problem. **Keywords:** *phimosis, circuncision, steroid topical.*

⁽¹⁾ Colegio de Pediatras del Estado de Chiapas A.C.

⁽²⁾ Colegio de Pediatras del Estado de Tabasco A.C.

INTRODUCCIÓN

El prepucio es una estructura común de los genitales externos presente en hombres.^{1,2} Comienza a formarse en la octava semana de gestación y termina en la decimosexta semana cubriendo el glande.^{3,4} Al nacimiento el prepucio sigue adherido al glande en la mayoría de los casos y se despegga progresivamente durante la infancia.^{3,4} Se han hecho numerosos estudios³⁻⁵ de la cronología de la retracción prepucial. Encontrando que al nacimiento sólo es posible retraer entre el 0 y el 4% de los casos; al año, el 50%; a los 2 años, el 75%; a los 3 años, el 80-90%; a los 4 años, el 91%; a los 5-6 años, el 92%, y en el 99% de los casos está retraído a los 16 años.³⁻⁶ Esta separación progresiva se produce por diversos mecanismos, entre ellos la formación de “perlas de esmegma” y las erecciones.^{3,4} Se considera entonces que la fimosis, que es la incapacidad de retraer el prepucio completamente sobre el glande. Es una situación fisiológica durante los 3-4 primeros años de vida.³⁻⁵ Y su resolución ocurre con cuidados higiénicos y aplicación de cremas inerte o con esteroide en su extremo distal, donde el uso de estas permite una dilatación gradual no cicatrizal, como ocurriría en las maniobras forzadas y que termina llevando a una fimosis secundaria a manipulación con lesiones radiales del prepucio y fibrosis secundaria.³⁻⁷

Opciones de tratamiento en la fimosis

Existe acuerdo en que la fimosis fisiológica no requiere tratamiento médico o quirúrgico por debajo de los 3-4 años³⁻⁷ en cambio la fimosis patológica sí lo necesita en el momento en que esta se presente, incluso antes de los 3 años.⁷⁻⁹ Se disponen para esto diversas modalidades terapéuticas: a) Procedimientos quirúrgicos: circuncisión, sinequiotomía y prepucioplastia. b) Procedimientos médicos: Aplicación tópica de esteroides en crema y fisioterapia prepucial.

Procedimiento quirúrgico (circuncisión)

Las indicaciones médicas de la circuncisión pueden ser profilácticas y terapéuticas y escapan a los fines de esta revisión, pero recordaremos que las complicaciones de la circuncisión varían de 0,2 al 35% si se consideran las complicaciones menores.^{10,13} La incidencia de estenosis de meato es entre el 3 y el 11%.¹⁰ La de hemorragia, entre el 1 y el 7%,¹¹⁻¹³ y la de meatitis, entre el 8 y el 31%.¹³ Pudiendo llegar a ocasionar necrosis del glande, fístulas uretrales, gangrena de Fournier y también hay que considerar las potenciales complicaciones anestésicas.^{3, 9,12} En este punto cabe destacar y puntualizar los grandes esfuerzos hechos por el Dr. Andrés Straffon Osorno gran defensor y con

múltiples publicaciones sobre la defensa del prepucio y la sinequiotomía del mismo para evitar la circuncisión.^{14,15} Manejo médicos (Esteroides tópicos combinados con fisioterapia prepucial)

La liberación del prepucio combinando el desarrollo normal^{1-7,12} con “fisioterapia prepucial” es de gran importancia en el tratamiento de la fimosis fisiológica.³⁻¹² Respecto a la “fisioterapia prepucial” se han empleado medidas higiénicas y retracciones prepuciales gentiles sin generar lesiones radiales también llamada coronitis radial, que debido a la tracción del prepucio sobre el glande se generan y llevan a cicatrización fibrosa y a fimosis patológica por una manipulación forzada y temprana.^{3, 4, 6-9,12} A esta manipulación gentil e higiénica se le agrega la aplicación de cremas inertes locales que lubrican el prepucio. Entre ellas la más utilizada es la vaselina. Aunque la higiene y la fisioterapia prepucial^{3, 4, 7-9,12} son esenciales para conseguir y mantener la curación no es siempre suficiente. Dado que depende de la habilidad de los padres, para lograr la tasa de éxitos del tratamiento farmacológico, como se ha demostrado en los estudios que compararon el tratamiento con esteroide versus higiene y fisioterapia prepucial.^{3, 4, 12} También se han reportado investigaciones con el uso tópico de cremas con diclofenaco,¹² o estrógenos.¹² Sin embargo, la literatura es más amplia y contundente sobre el uso de esteroides.^{12, 16} Hay revisiones al respecto, una se publicó en el año 2003¹⁷ donde los autores revisaron 13 artículos con un total de 1.121 niños con fimosis tratada con diversos esteroides. En la mayoría la dosis fue de 2 aplicaciones diarias, durante 4-8 semanas. El éxito medio (EM) fue del 75%, sin diferencias significativas entre unos fármacos y otros. El otro publicado en 2006¹² donde se revisaron 26 trabajos publicados entre los años 1993 y 2005. Sobre un total de 1.774 niños, con una edad media aproximada de 5 años, se consiguió un EM del 85%. La dosis media utilizada fue de 2 aplicaciones al día durante 4-8 semanas. No se encontró respecto a la utilidad de los esteroides diferencias importantes entre los mismos. Sin embargo, no hubo estudios comparativos entre ellos lo que abre una brecha para futuros estudios.¹² No se encontraron efectos adversos, excepto un caso de ginecomastia en un niño tratado con estrógeno equino.¹² Para la aplicación de los esteroides tópicos se sugiere aplicar una capa fina por toda la piel del prepucio y en el glande que vaya quedando descubierto, dos veces al día durante 7 días. Durante la primera semana se deben evitar maniobras de retracción o de ejercicios por parte de los padres, y a partir de la segunda semana la crema se aplicara sólo una vez al día y posterior a ello se procederá a realizar suaves retracciones prepuciales, no dolorosas, sin intentar descubrir completamente el glande desde un principio.^{12, 16} La duración del tratamiento varía de acuerdo a la verificación de la retracción total del prepucio y con facilidad durante unos

días que generalmente se logra al cabo de 2 a 4 semanas.^{12,16} Si esto no sucediese, se cree que un plazo razonable para dar por fallido el tratamiento es a partir de las 4 a 6 semanas. En cuanto a las recidivas, algunos trabajos hacen referencia a la evolución a medio plazo,¹² después del tratamiento. La prevalencia media de estas fue del 6% (rango, 3-7%).¹² Con betametasona y con clobetasol (los más frecuentemente utilizados) fue del 7%.¹² Para prevenirlas es muy importante instruir al niño y a sus padres y cuidadores en una higiene prepucial adecuada, retrayendo el prepucio cada vez que orine y lavando diariamente el interior y el exterior del mismo.^{3,4,5} Se trata de mantener una “fisioterapia prepucial”¹² durante toda la vida, igual que cualquier niño que no hubiera precisado tratamiento de la fimosis. Las recidivas pueden volver a tratarse con esteroides tópicos,¹² insistiendo en la colaboración de padres e hijo en su fisioterapia prepucial e higiene diaria.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Masculino de un mes de vida producto de un embarazo gemelar normo evolutivo, Gesta 1 con interrupción del embarazo de la madre en la semana 36 por cesárea electiva. Dentro de su control de rutina, su médico decidió hacer liberación manual del prepucio aparentemente sin manejo adicional. Recibió tres consultas de seguimiento y manejo con ibuprofeno y trimetropin con sulfametoxazol y dado que cinco días después la evolución no fue satisfactoria requirieron de una segunda opinión, encontrando unicamente a la exploración edema de toda el área inguino escrotal y pene como se muestran en las figuras 1 y 2. No se encontró secreción y aparentemente tampoco dolor. Se trató de manera ambulatoria mediante sediluvios, (agua tibia exclusivamente), aseo gentil con retracción suave del prepucio y esteroide tópico cada 12 horas. Se suspendió el ibuprofeno y el trimetropin con sulfametoxazol. Citas cada 5 días mostrando franca mejoría (figura 3). Al alta del paciente

FIGURA 1. Edema del prepucio en el recién nacido.



FIGURA 2. Edema del escroto y prepucio del recién nacido.



FIGURA 3. Pene y escroto al alta del paciente, nótese que ya no existe edema.



se dio además educación a ambos padres sobre el cuidado por los riesgos inherentes futuros así como los cuidados con crema inerte en este caso con vaselina y aseo de la zona genital.

DISCUSIÓN

Los cuidados de un prepucio sano y los procedimientos para liberarlo en casos seleccionados están hoy en día muy bien estudiado,^{3-5, 7,9, 12, 16,17} así como también los criterios en cuanto a la edad.^{3-5,7-9, 12, 15,16} Los esteroides tópicos aunados a una fisioterapia prepucial.^{3-5, 12-17}

En este caso la liberación temprana y sin el uso de esteroides tópicos, ni la debida instrucción a los padres sobre la higiene y el manejo de prepucio llevaron a que se desarrollara el edema que se observa en las figuras 1-3, y el empleo de esteroide tópico y la fisioterapia prepucial fue lo que permitió la resolución del problema.

CONCLUSIÓN

El presente caso ilustra una complicación frecuente de la manipulación del prepucio de los recién nacidos, se hacen consideraciones al manejo sobre todo de tipo médico sugiriendo el empleo de esteroides tópicos que adelgazan el epitelio prepucial y permiten una corrección indolora y sin problemas.

Se hace hincapié en que la fisioterapia prepucial y la educación de los padres son la consideración inicial más efectiva permitiendo el desarrollo normal del prepucio, evitando fimosis, patología por lesión radial y otras complicaciones.

No se encontraron en la búsqueda bibliográfica realizada, estudios comparativos entre los diferentes esteroides de acción tópica, tampoco hay diferencia significativa en el porcentaje de éxito sugerimos iniciar con los de potencia media y de estos el más estudiado es la betametasona.

Queda una brecha abierta en este estudio, y sería necesario hacer estudios comparativos entre los diferentes esteroides así como un seguimiento prospectivo para evaluar recidivas y el manejo.

REFERENCIAS

- Harrison RM, Lewis RW. The male reproductive tract and its fluids. In Dukelow WR, Erwin J, eds. *Reproduction and Development in Comparative Primate Biology*. Vol 3. New York: Liss, 1986; 108-109.
- Soliman AH. A comparative study of the female genital system of Mammalia. [MD Thesis]. Cairo, Egypt: Department of Anatomy, Cairo University 1956.
- Orsola A, Caffaratti J, Garat JM. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroid. *Urology* 2000;56:307-310.
- Orsola A, Caffaratti J, Garat JM. Tractament conservador de la fimosiamb corticoesteroides tópics en nens. *Pediatr Catalana* 1998;58:41-43.
- Ashield JE, Nickel KR, Siemens DR, MacNeily A, Nickel JC. Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. *J Urol* 2003;169:1106-1108.
- Jorgensen ET, Svensson A. The treatment of phimosis in boys, wit a potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05%) cream. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1993;73:55-56.
- Golubovic Z, Milanovic D, Vukadinovic V, Rakic I, Perovic S. The conservative treatment of phimosis in boys. *Br J Urol* 1996;78:186-188.
- Dewan PA, Tieu HC, Chieng BS. Phimosis: is circumcision necessary? *J Paediatr Child Health* 1996;32:285-9.
- Rickewood AM. Medical indications for circumcision. *Br J Urol Inter* 1999;83(suppl 1):45-51.
- Kiss A, Csontain A, Pirot L, Nyirady P, Merksz M, Kiraly L. The response of balanitis xerotica obliterans to local steroid application compared with placebo in children. *J Urol* 2001; 165: 219-220.
- Kikiros CS, Beasley SW, Woodward AA. The response of phimosis to local steroid application. *Ped Surg Int* 1993;8:329-242.
- Chu CC, Chen KC, Diau GY. Topical steroid treatment of phimosis in boys. *J Urol* 1999;162:861-863.
- Carlos Miguel, José Maria Garat, Antonio Recover. Tratamiento con esteroides tópicos en la fimosis. *An Pediatr Contin* 2006;4(3):183-138.
- Straffon O.A. Higiene Genital del Niño. La Sinequiomía Monografía del Prepucio 5a edición Edit. Prado Méx 2001.
- Straffon O.A. The prepuce, the synechiotomy, and early genital hygiene. Atlas en color de pediatría médico-quirúrgica. CDROM Jacarandas Software, México.
- 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: 82.
- Van Basten JP, De Vijdler AM, Mensink HJ. The use of corticosteroid cream to treat phimosis. *Ned Tijdschr Geneesked* 2003;147:1544-547.