
Esteroides tópicos en el tratamiento de la fimosis infantil

M. González Fernández*, MA. Sousa Escadón**,
L. Parra Muntaber***, J.C. López Pacios***

*CS de Sarria. Lugo, **Hospital Comarcal de Monforte. Lugo.

***Servicio de Urología. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León.

Resumen

Propósito: Evaluar la efectividad de los corticoides tópicos asociados a dilataciones periódicas en el tratamiento de la fimosis durante la edad pediátrica.

Material y métodos: Estudio prospectivo, sin grupo control, de 12 pacientes menores de 14 años atendidos de forma ambulatoria por fimosis entre enero de 1999 y marzo de 2000.

Resultados: Se obtiene la resolución de la fimosis (entendida por la correcta retracción del prepucio sobre el glande) en 10 casos, lo que supone un 83,3% de éxitos.

Conclusiones: El tratamiento tópico con corticoides, asociados a dilataciones periódicas, debería ser el tratamiento inicial de elección para la fimosis consultada antes de la pubertad. El número de éxitos es muy elevado, con escasas contraindicaciones y efectos secundarios. Además, no contraindica la posible intervención quirúrgica posterior en el caso de un hipotético fallo del tratamiento.

Palabras Clave: Fimosis, Corticoides, Tratamiento tópico, Circuncisión.

Abstract

Purpose: To evaluate the effectivity of topical steroids treatment, plus periodic protraction, of phimosis in boys.

Material and methods: A prospective study, without control group, was performed in 12 patients younger than 14 years of age with phimosis who were attended ambulatorily between January 1999 and March 2000

Results: Resolution of phimosis (understood as the easy retraction of foreskin over glans) was achieved in 10 cases, that it suppose a 83,3% success rate.

Conclusions: Topical steroid treatment plus periodic protraction should be the election treatment for phimosis in pre-pubescent patients. Success rate is high, have low contraindications and few side effects. Moreover, it no contraindicates a posterior surgical treatment in case of a hypothetical treatment failure.

Key Words: Phimosis, Steroids, Topical treatment, Circumcision.

Introducción

La fimosis es una patología, que afecta al 10% de los varones entre 7 y 22 años. El orificio prepucial es estrecho y no permite el deslizamiento del prepucio sobre el glande, impidiendo su exposición. En la mayoría de los niños no circuncidados, el prepucio empieza a ser retraible a los 3 años, antes de esa edad la fimosis es fisiológica y su tratamiento es innecesario, a menos que presenten infecciones o irritaciones frecuentes¹⁻².

Después de los 3 años, la fimosis dificulta la adecuada limpieza del surco balano-prepucial, y favorece la retención de secreciones ("esmegma"), las cuales constituyen un excelente caldo de cultivo para los gérmenes cutáneos. Esta elevada predisposición a la aparición de procesos infecciosos e inflamatorios, supone que al menos la mitad de los pacientes fimóticos no circuncidados, desarrollarán uno o más episodios de balanopostitis durante su vida, especialmente en la edad adulta¹⁻⁴. Además, la fimosis puede condicionar una dificultad para orinar, siendo evidente la distensión del prepucio durante la micción (por su llenado con orina), y el posterior vaciado del mismo una vez que finaliza la emisión de orina por la uretra. Finalmente, la fimosis, asociada a una mala higiene, condiciona un incremento de la

incidencia de cáncer de pene, mientras que esta patología es casi inexistente en los países donde se practican circuncisiones religiosas^{5,6}.

Por estos motivos, muchos pediatras, cirujanos pediátricos y urólogos recomiendan la circuncisión temprana. La necesidad de anestesia general en los niños menores de 8-10 años causa reticencias en los padres^{1-3,6}. Actualmente en la mayoría de los casos se puede evitar la cirugía, ya que el tratamiento con esteroides tópicos supone una alternativa muy válida, con resultados excelentes. Se presenta un estudio multiinstitucional de tratamiento de la fimosis con esteroides tópicos.

Material y métodos

Se realiza un estudio prospectivo, sin grupo control, de 12 pacientes menores de 14 años (rango 2-14 años), atendidos de forma ambulatoria por fimosis entre enero de 1999 y marzo de 2000 en el Servicio de Urología del Hospital Comarcal de Monforte y Servicio de Pediatría del Centro de Salud de Sarriá (Lugo).

A todos los niños se les realizó tratamiento tópico sobre el orificio prepucial con Betametasona crema al 0,05% cada 12 horas y mediante dilataciones progresivas del anillo prepucial sobre el glande, durante un período de 4 a 6 se-

manas que se continuó, en caso de éxito, con una terapia de mantenimiento, realizando retracciones diarias del prepucio, para consolidar el resultado.

En los casos de niños con fimosis puntiformes o poco colaboradores, se aplicó la crema cada 12 horas durante los 2-3 primeros días sin intentar la retracción del prepucio hasta pasado ese tiempo.

Los padres de los niños fueron informados de las ventajas e inconvenientes del tratamiento. En caso de fallo, los pacientes serían propuestos para cirugía mediante circuncisión.

Resultados

Se obtiene la resolución de la fimosis (entendida por la correcta retracción del

prepucio sobre el glande tanto en flaccidez como en erección) en 10 casos, lo que supone un nivel de éxitos del 83,3%, si bien en uno de ellos fue necesaria la realización de una frenicectomía complementaria (Tabla I).

En dos pacientes el tratamiento no fue exitoso. Uno de ellos era un adolescente de 14 años en el que se obtuvo una dilatación adecuada para poder retraer el prepucio sobre el glande en fase de flaccidez pero que le producía molestias durante la erección. El otro caso fue un niño de 13 años muy poco colaborador con fimosis completa en el que sólo fue posible conseguir la retracción parcial del prepucio. En ambos casos se realizó circuncisión de forma habitual.

Tabla I. Resumen clínico y resultados de los casos tratados

	Edad	Síntomas	Resultado	Tratamiento
Caso 1	2 años	Infección Urinaria	Bueno	Médico
Caso 2	4 años	No retracción	Bueno	Médico
Caso 3	4 años	Balanítis	Bueno	Médico
Caso 4	5 años	"Tumor" prepucio (esmegma)	Bueno	Médico
Caso 5	6 años	Retracción parcial	Bueno	Médico
Caso 6	6 años	Prepucio redundante	Bueno	Médico
Caso 7	7 años	Balanítis	Bueno	Médico
Caso 8	8 años	No retracción	Parcial	Médico/Frenicectomía
Caso 9	8 años	No retracción	Bueno	Médico
Caso 10	9 años	Retracción parcial	Bueno	Médico
Caso 11	13 años	Balanítis	Malo	Médico/Circuncisión
Caso 12	14 años	No retracción	Parcial	Médico/Circuncisión

Discusión

La circuncisión es probablemente una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas que se conocen, se practica por motivos religiosos en varias civilizaciones desde la antigüedad, como la egipcia o la israelita^{5,6}. Constituye la tercera causa de cirugía en la niñez (30% del total) superada tan sólo por la herniorrafia inguinal y la hidrocelectomía⁷. Está entre las 10 causas más frecuentes de ingreso hospitalario pediátrico en España⁸. La circuncisión es un procedimiento quirúrgico menor con un índice muy bajo de complicaciones¹⁻⁶. Sin embargo, su realización en niños pequeños implica la necesidad de anestesia general, por lo que dicha intervención, aún realizándose en régimen de cirugía mayor ambulatoria, debe ser realizada en un centro hospitalario. Por otra parte, la circuncisión no esta libre de posibles complicaciones: hemorragias, edema de meato con dificultad pasajera para la micción e incluso

retención urinaria, resección de una cantidad insuficiente de piel y aparición de fimosis secundaria, resección de piel en cantidad excesiva (estéticamente inadecuada), infección de la herida y finalmente dehiscencia de la sutura^{6,9-10}. En raras ocasiones se ha descrito incluso complicaciones mayores: septicemia, gangrena de Fournier o necrosis del pene¹¹⁻¹².

Estos hechos han llevado a buscar tratamientos alternativos no quirúrgicos. Aunque diversos estudios han demostrado las ventajas médicas de la circuncisión, asociaciones como la Academia Americana de Pediatría, o el Colegio Australiano de Pediatría, opinan que esos beneficios no son suficientes para recomendar que todos los pacientes con fimosis sean circuncidados^{2,13}.

Se ha demostrado la efectividad del tratamiento tópico esteroideo con éxito permanente entre el 81% y el 95%^{3,13-16} (Tabla II). En un estudio randomizado

Tabla II. Resumen de los resultados encontrados en la bibliografía

Autor/Año	Casos (A/B)	A.- Trat. Tópico	Exitos	B.- Control	Exitos
Kiricos, 1993	63/0	Corticoide/Dilat.	81%	–	–
Gobulovic, 1996	20/20	Betametasona/Dilat.	95%	Vaselina/Dilat	20%
Lindhagen, 1996	27/15	Clobetasol/Dilat.	89%	Placebo/Dilat.	46%
Atila, 1997	32/20	AINE/Dilat.	75%	Placebo/Dilat.	15%
Voborilova, 1997	44/0	Corticoide/Dilat.	89%	–	–
Marzaro, 1997	83/0	Corticoide/Dilat.	87%	–	–
Chih-Chun, 1999	276/42	Betametasona/Dilat.	95%	Dilatación	55%

con grupo control publicado recientemente por Chih-Chun, et al², obtuvieron buenos resultados en el 95% de un grupo de 276 niños tratados con esteroides y dilataciones, mientras que consiguieron resolución de la fimosis en el 45% de un grupo control de 42 niños en los que sólo se realizó retracción prepucial, diferencia que resultó significativa con un valor de $p < 0,001$.

Otros grupos como el de Atila, et al¹⁷, han utilizado anti-inflamatorios no esteroideos con éxito del 75%. No obstante,

no se ha publicado ningún estudio que compare ambos tipos de tratamientos tópicos para la resolución de la fimosis.

El tratamiento tópico con corticoides presenta la mejor relación costo-eficacia de todos los sistemas evaluados. Así, mientras el costo total de una circuncisión en Estados Unidos es de unos 3.100 dolares (aprox. 560.000 ptas), el costo del tratamiento tópico apenas alcanzaría los 775 dolares (aprox. 140.000 ptas), que supone un ahorro del 75% con un nivel de efectividad superior al 85%¹⁸.

Bibliografía

1. Liang C, Wang K, Chen J. *Epidemiological study of external genital diseases in 1572 adolescents*. Chung Hua I Hsueh Tsa Chih 1997; 77 (1): 15-7.
2. Chih-Chun C, Ke-Chi C, Guan-Yeu D. *Topical steroid treatment of phimosis in boys*. J Urol 1999; 162: 861-3.
3. Lindhagen T. *Topical clobetasol propionate compared with placebo in the treatment of unretractable foreskin*. Eur J Surg 1996; 162: 969-71.
4. Taylor PK, Rodin P. *Herpes genitalis and circumcision*. Brit J Ven Dis 1975; 51: 274-6.
5. Dagher R, Selzer ML, Lapides J. *Carcinoma of the penis and the anti-circumcision crusade*. J Urol 1973; 110: 79-82.
6. Stenram A, Malmfors G, Okmian L. *Circumcision and phimosis-indications and results*. Acta Ped Scand 1986; 75: 321-3.
7. Vázquez RF, Ocaña JM. *Análisis clínico-epidemiológico de 1.451 primeras consultas de cirugía pediátrica derivadas de la Atención Primaria a un hospital de tercer nivel*. An Esp Pediatr 1998; 49 (2): 129-34.
8. Sarriá SA. *¿Por qué se hospitalizan los niños en España?* An Esp Pediatr 1996; 45 (3): 264-8.
9. Cooper GG, Thompson GJ, Raine PA. *Therapeutic retraction of foreskin in childhood*. BMJ 1983; 286: 186-8.
10. Kaplan GW. *Circumcisión-an overview*. Curr Prob Ped 1977; 7: 1-6.
11. Kirkpatrick BV, Eitzman DV. *Neonatal sepsis after circumcision*. Clin Ped 1974; 13: 767-8.
12. Sussman SJ, Schiller RP, Shashikumar VL. *Fournier's syndrome. Report of three cases and review of the literature*. Amer J Dis Child 1978; 132: 1189-92.
13. Kikicos CS, Beasley SW, Woodward AA. *The response of phimosis to local steroid application*. Ped Surg Int 1993; 8: 329-41.
14. Golubovic Z, Milanovic D, Vukadinovic V, et al. *The conservative treatment of phimosis in boys*. Brit J Urol 1996; 78: 786-8.
15. Marzaro M, Carmignola G, Zopellaro F, et al. *Fimosi: quando e patologia di interesse chirurgico?* Minerva Pediat 1997; 49 (6): 245-8.
16. Voborilova V, Havranek P. *Conservative treatment of phimosis in childhood*. Rozhl Chir 1997; 76 (8): 364-6.
17. Atilla MK, Dündaröz R, Odabas Ö, et al. *A nonsurgical approach to the treatment of phimosis: local nonsteroidal anti-inflammatory ointment application*. J Urol 1997; 158: 196-8.
18. Van Howe RS. *Cost-effective treatment of phimosis*. Pediatrics 1998; 102 (4): 43-8.