

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

UGC Cirugía Pediátrica.

**PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA PEDIÁTRICA.**

# **FIMOSIS**

**COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y  
HOSPITALARIA EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA.**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.**

**ÍNDICE**

|  |    |
|--|----|
| <i>Introducción</i> .....  | 3  |
| <i>Objetivos</i> .....   | 3  |
| <i>Justificación</i> .....   | 3  |
| <i>Protocolo de Derivación de Fimosis a Cirugía Pediátrica</i> ..... | 4  |
| Concepto.....  | 4  |
| Frecuencia.....  | 4  |
| Tipos de Fimosis.....  | 4  |
| Clasificación .....  | 5  |
| Diagnóstico diferencial.....   | 6  |
| Criterios de Derivación.....   | 7  |
| <i>Manejo de la fimosis</i> .....                                    | 9  |
| Tratamiento médico.....  | 9  |
| Tratamiento quirúrgico .....   | 9  |
| Contraindicaciones .....   | 10 |
| Control postoperatorio.....  | 11 |
| <i>Indicadores de Calidad</i> .....                                  | 11 |
| <i>Bibliografía</i> .....  | 13 |
| <i>Anexos</i> .....  | 14 |

### ***Introducción:***

Los pacientes derivados a la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario Reina Sofía (hospital de tercer nivel) proceden principalmente de Atención Primaria y otros centros hospitalarios. Casi el 90% de las consultas pediátricas por fimosis se pueden resolver en Atención primaria, sin embargo, la demanda asistencial de niños con patología quirúrgica, continúa siendo numerosa.

### ***Objetivos***

La elaboración de un protocolo del manejo de la fimosis para adecuar las derivaciones desde atención primaria al servicio de Cirugía Pediátrica, fomentando la formación continuada y el reciclaje de los conocimientos de la patología quirúrgica.

### ***Justificación***

Con este protocolo pretendemos ampliar la formación del profesional que atiende niños consiguiendo una mejora de la calidad asistencial con derivaciones adecuadas y cumplimiento del calendario quirúrgico en relación al tratamiento de la fimosis. De esta forma lograremos mejorar la utilización de los recursos sanitarios, disminuir la presión asistencial en consultas externas de cirugía debido a derivaciones inadecuadas y una atención integral de calidad.

## ***Protocolo de Derivación de Fimosis a Cirugía Pediátrica.***

### ***Concepto***

Fimosis es la estrechez del prepucio que **dificulta** o **imposibilita** la retracción de la piel sobre el glande.

### ***Frecuencia***

La Fimosis es fisiológica en el 99% de los Recién Nacidos. Hasta los 6 meses de edad persiste en el 80% de los niños aunque la dificultad de retraer el prepucio en el lactante habitualmente es secundaria a ***Adherencias Balanoprepuciales***. El 10% persiste hasta los 3-5 años y a los 17 años el 99% pueden retraer el prepucio sin dificultad.

### ***Tipos de Fimosis***

La fimosis puede ser congénita, la cual se considera ***fisiológica y normal*** hasta los 3 años y NO precisa tratamiento antes de esa edad, ya que el 90% de los casos se resuelven espontáneamente.

La fimosis adquirida que es secundaria a procesos inflamatorios e infecciosos. Esta se manifiesta por la existencia de signos de cicatrización que pueden progresar hasta producir una **Balanitis Xerótica Obliterante** (Liquen escleroso masculino).

### **Clasificación**

La fimosis la dividimos en 4 grados según la capacidad de retracción del prepucio.

(Clasificación de Meuli, 1994). Esta clasificación consiste en:

**Grado I**, aquella fimosis que permite retraer completamente el prepucio, con la salvedad de poseer un anillo fibrótico en el borde del prepucio.



Figura 1. Anillo fimótico (flecha).



**Grado II**, en la cual es factible retraer sólo parcialmente el prepucio, dejando ver sólo una parte del glande.

Figura 2. Permite descubrir parcialmente el glande.

**Grado III**, en la cual al retraer el prepucio sólo es factible ver el meato uretral.



Figura 3. Solo permite ver meato urinario



**Grado IV**, la piel del prepucio no es retráctil también conocido como fimosis puntiiforme.

Figura 4. Fimosis que imposibilita retraer prepucio. (Puntiiforme).

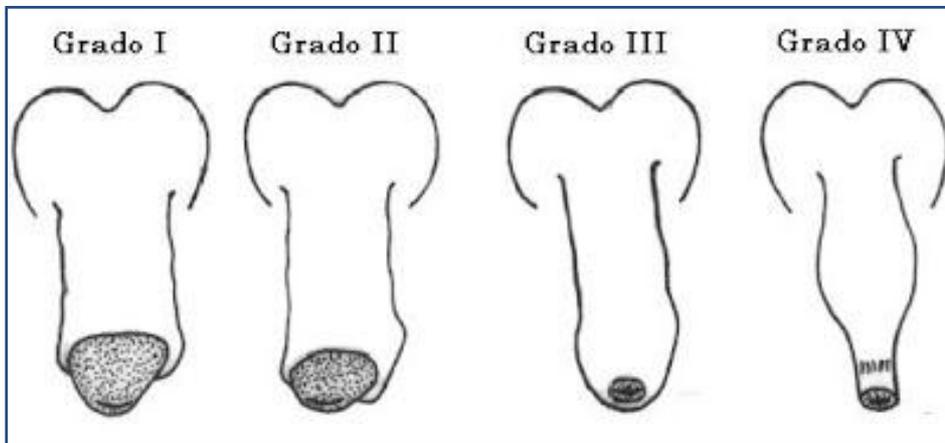


Figura 5. Esquema de la Clasificación de Fimosis propuesta por Meuli et al.

**Diagnóstico diferencial.**



**Adherencias Balanoprepuciales:** Adherencia anormal del epitelio escamoso del prepucio sobre el glande.

Figura 6. Adherencias Balanoprepuciales.

**Quiste de Esmegma.** Tumoración formada por la descamación progresiva de células epiteliales en combinación con el sebo de las glándulas de Tyson que quedan englobadas por las adherencias balanoprepuciales.



Figura 7. Quiste de esmegma (Flecha)



**Parafimosis: Urgencia Quirúrgica** provocada por la retracción forzada del prepucio estenótico que queda atrapado por debajo del glande produciendo edema que impide la reducción.

Figura 8. Parafimosis

**Criterios de Derivación.**

Niños con fimosis primaria a partir de los 4-7 años de edad, o antes si existen complicaciones o fallo del tratamiento médico. Las complicaciones incluyen fimosis puntiformes con episodios de balanitis, infecciones urinarias a repetición o dificultad para la micción (formación de globo prepucial durante la micción).

La fimosis secundaria (existencia de signos de cicatrización por ejemplo la Balanitis Xerótica Obliterante) es una indicación absoluta del tratamiento quirúrgico.

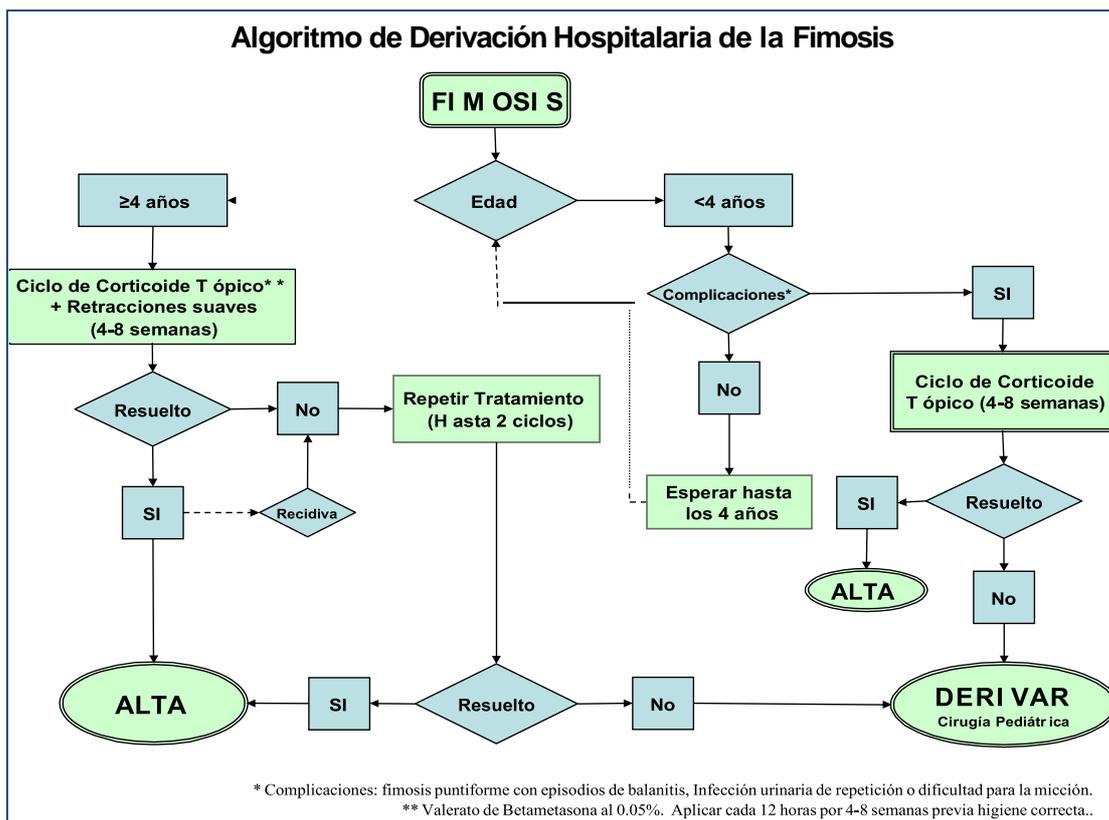


Figura 9. Algoritmo de Derivación

## *Manejo de la fimosis*

### *Tratamiento médico.*

Debido a la morbilidad que conlleva el tratamiento quirúrgico, antes de realizar un tratamiento quirúrgico, es recomendable iniciar un tratamiento tópico. Este consiste en la aplicación de una capa fina de crema de Betametasona al 0.05% cada 12 horas en el 1/3 distal del prepucio previa higiene correcta de la zona. Este tratamiento tiene una tasa de éxito de alrededor de un 80-95%.

Los primeros días evitar realizar retracciones. Posteriormente realizar retracciones suaves sin forzar el prepucio durante 4-8 semanas. Si es efectivo, y se logra visualizar el glande correctamente, continuar con retracciones suaves.

En caso de no presentar mejoría o recidiva, se debe repetir el ciclo de tratamiento corticoide por otras 4-8 semanas.

### *Tratamiento quirúrgico.*

El tratamiento quirúrgico se limita a los pacientes con **Fimosis secundaria, fimosis primaria complicada o fimosis primaria sin respuesta a tratamiento corticoide.**

El tratamiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general requiriendo ingreso en régimen de Hospital de Día (Cirugía Mayor Ambulatoria).

**Circuncisión:** Extirpación circunferencial del prepucio dejando descubierto el glande.



Figura 10. Circuncisión a. Aspecto Preoperatorio b. Postoperatorio inmediato.

**Prepucioplastia:** Tratamiento alternativo que consiste en la incisión longitudinal dorsal del prepucio con sutura transversal que permite ampliar y dilatar el anillo fimótico conservando el prepucio.



Figura 10. Prepucioplastia. Corte dorsal longitudinal del prepucio con sutura transversal.

**Frenulectomía:** Sección del frenillo balanoprepucial. Este procedimiento está asociado tanto a la circuncisión como a la prepucioplastia.

***Contraindicaciones.***

Coagulopatías. (Por ejemplo Hemofilia A)

Infección local aguda

Anomalías congénitas del pene. (Por ejemplo Hipospadias o Pene Enterrado, ya que pueden precisar del prepucio para las cirugías reconstructivas).

***Control postoperatorio***

La primera visita se realizará en la consulta externa de cirugía dentro del primer mes.

Posteriormente, si no hay ninguna complicación (hematoma, hemorragia, secreciones, dehiscencias, dificultad para la micción), podrán controlarse por su pediatra.

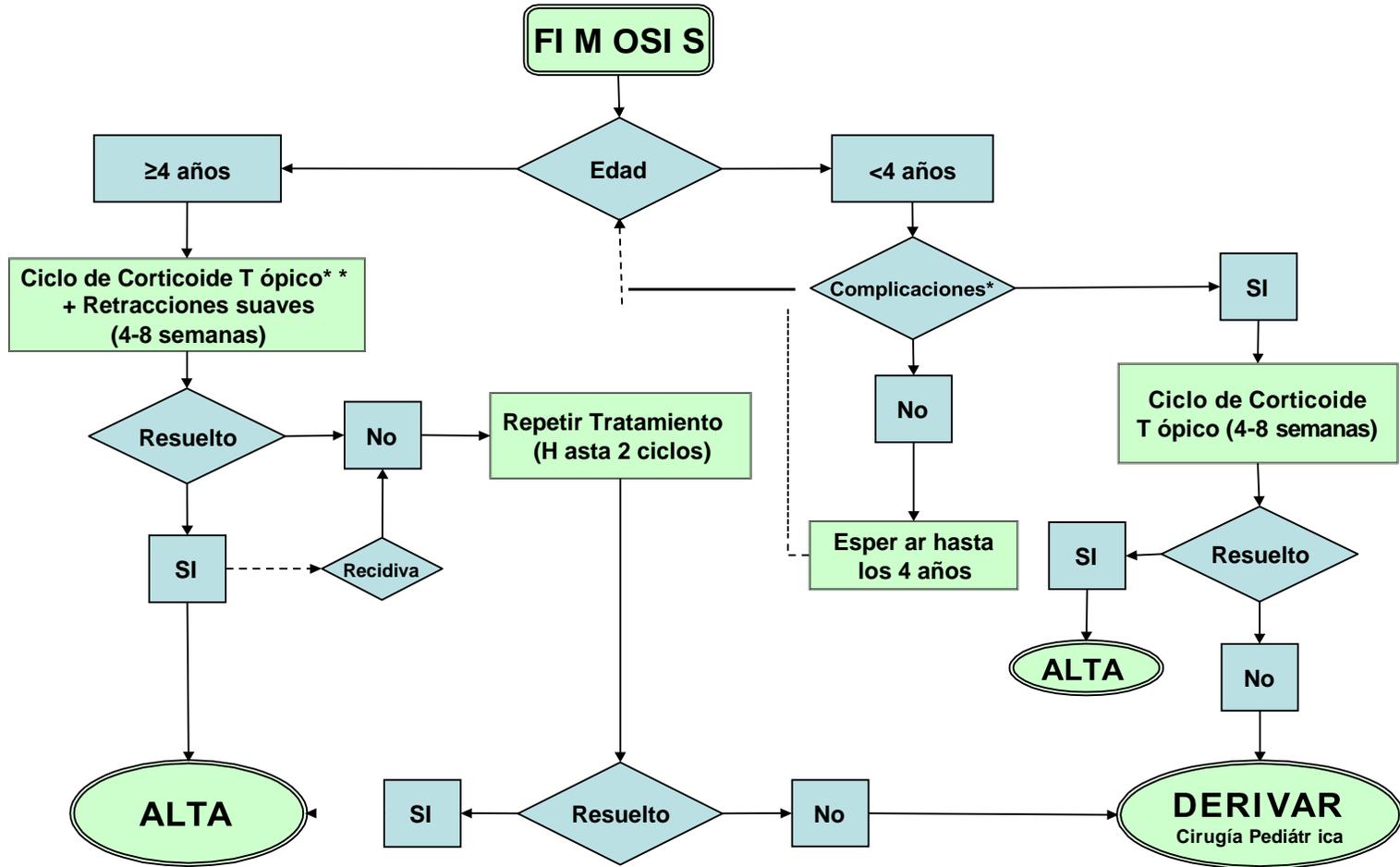
***Indicadores de Calidad.***

- Número intervenciones realizadas / Número de fimosis derivadas.
  
- Índice de adherencia al protocolo por el personal de Atención Primaria..
  
- Número de derivaciones de fimosis conformes al protocolo.

## ***Bibliografía***

- 1.- Jakob Øster. Further Fate of the Foreskin Incidence of Preputial Adhesions, Phimosis, and Smegma among Danish Schoolboys. Archives of Disease in Childhood. 1968. 43:200-202.**
- 2.- Huntley J S. Troubles with the foreskin: one hundred consecutive referrals to paediatric surgeons. J R Soc Med. 2003;96: 449–451.**
- 3.- Camille Cynthia J. Caring for the uncircumcised penis: What parents (and you) need to know. Contemporary Pediatric. Noviembre, 2002**
- 4.- Kayaba H. Analysis of shape and retractibility of the prepuce in 603 Japanese boys. J Urol 1996; 156:1813-5.**
- 5.- Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. BMJ 1949; 2(4642):1433-7.**
- 6.- Denniston GC. Gairdner was wrong. Can Fam Physician • 2010. 56:986.**
- 7.- Metcalfe PD. Foreskin management Survey of Canadian pediatric urologists. Can Fam Physician. 2010; 56: e290**
- 8.- Jakob Øster. Further Fate of the Foreskin Incidence of Preputial Adhesions, Phimosis, and Smegma among Danish Schoolboys. Archives of Disease in Childhood. 1968. 43:200-202.**
- 9.- Morales JC. Must circumcision be done in infancy? Arch Esp Urol. 2002, 55, 7: 807-811.**
- 10.- Gonzales Mego I. Retractibility of the foreskin in children. Paediatrica 2007; 9 (1): 11-14.**
- 11.- McGregor T B. Pathologic and physiologic phimosis Approach to the phimotic foreskin. Can Fam Physician. 2007;53:445-448**
- 12.- Srinath Reddy. Local steroid therapy as the first-line treatment for boys with symptomatic phimosis – a long-term prospective study. Acta Pædiatrica 2012, 101: e130–e133**

### Algoritmo de Derivación Hospitalaria de la Fimosis



\* Complicaciones: fimosis puntiforme con episodios de balanitis, Infección urinaria de repetición o dificultad para la micción.

\*\* Valerato de Betametasona al 0.05%. Aplicar cada 12 horas por 4-8 semanas previa higiene correcta..