

Guía de Práctica Clínica para las afecciones prepuciales que requieren de circuncisión Clinical Practice Guide for preputial conditions requiring circumcision

Ada Arleny Pérez-Mayo¹, Rafael Manuel Trinchet-Soler²

¹Hospital Pediátrico Provincial Docente Mártires de Las Tunas. ²Hospital Pediátrico Provincial Octavio de la Concepción de la Pedraja. Holguín.

Recibido: 22 de enero de 2025

Aprobado: 3 de marzo de 2025



RESUMEN

La circuncisión es la amputación del prepucio y debe efectuarse basada en criterios médicos. Existen afecciones de obligada consulta para decidir su realización, circunstancia que requiere de la elaboración de un protocolo de actuación a manera de Guía de Práctica Clínica, en relación a la eliminación del prepucio, en dependencia de la afección. Su implementación va a constituir útil herramienta para los médicos que atienden a niños y adolescentes, la que facilitará consenso de actuación y evitará la práctica de cirugías innecesarias que pueden representar riesgos.

Se presenta la Guía de Práctica Clínica para las afecciones prepuciales que requieren de circuncisión aprobada por consenso en la Jornada territorial de Cirugía Pediátrica, en Camagüey, 2023.

Palabras clave: CIRCUNCISIÓN; PREPUCIO; FIMOSIS; BALANITIS XERÓTICA OBLITERANTE; PARAFIMOSIS IRREDUCTIBLE.

Descriptor: CIRCUNCISIÓN MASCULINA; PREPUCIO; FIMOSIS; BALANITIS XERÓTICA OBLITERANTE; PARAFIMOSIS.

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad se conoce acerca de la práctica de la circuncisión. La cultura egipcia tuvo una influencia predominante y existen teorías que explican su origen, por motivos religiosos o culturales, con finalidad socializadora en un primer grupo, y de higiene personal y preventiva en un segundo grupo. En los últimos años han existido reportes de artículos científicos a favor de su práctica para prevenir infecciones del tracto urinario desde edad temprana, contrario a los resultados de otros estudios que se rehúsan a la circuncisión, incluidas organizaciones médicas oficializadas que aportan a la disminución de los prepucios circuncidados. Solo Suecia dispone de una ley que regula selectivamente la práctica de la circuncisión por motivos religiosos.^(1,2)

En un estudio prospectivo en 1200 niños de los hospitales de Centro Habana, William Soler y Juan Manuel Márquez, Morales⁽³⁾ comprobó que el 80,9 %

SUMMARY

Circumcision is the amputation of the foreskin and should be performed on a medical basis. There are conditions of mandatory consultation to decide on their implementation, a circumstance that requires the elaboration of an action protocol as a Guide to Clinical Practice, in relation to the elimination of the foreskin, depending on the condition. Its implementation will be a useful tool for doctors who care for children and adolescents that will foster consensus action and prevent unnecessary high risk surgeries.

The Clinical Practice Guide for preputial conditions requiring circumcision approved by consensus is presented at the territorial Pediatric Surgery Conference, in Camagüey, 2023.

Keywords: CIRCUNCISION; FORESKIN; PHIMOSIS; BALANITIS OBLITERATING XERRITE; IRREDUCIBLE PARAPHIMOSIS.

Descriptors: CIRCUNCISION, MALE; FORESKIN; PHIMOSIS; BALANITIS XERÓTICA OBLITERANS; PARAPHIMOSIS.

Translated into English by:

Julio César Salazar Ramírez

de los niños al llegar a la pubertad, presentaban un anillo prepucial totalmente dilatado con el glande expuesto.

El resultado del estudio sustentó las bases para inferir que no es conveniente la realización de la circuncisión ante esta condición.

Resulta controvertido que en este siglo las actuaciones quirúrgicas con relación al prepucio han llegado a constituir un fenómeno científico con repercusión social, que involucra a pediatras, urólogos y cirujanos ante la falta de consenso de actuación, en relación, con la eliminación o conservación de la piel que cubre al glande.⁽⁴⁾

Para la elaboración de la Guía de Prácticas Clínicas fueron consultados especialistas del país reconocidos por su nivel científico y valiosos aportes, basados en su experiencia profesional, (**Guía 1**) y su implementación va a contribuir a la práctica de la circuncisión en las afecciones prepuciales que la requieran, lo que representará calidad en la



Citar como: Pérez-Mayo AA, Trinchet-Soler RM. Guía de Práctica Clínica para las afecciones prepuciales que requieren de circuncisión. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2025; 50: e3807. Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/3807>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

asistencia médica de los pacientes tributarios del procedimiento.⁽⁵⁾

El presente artículo trata aspectos elementales desde el punto de vista conceptual hasta la conducta definitiva en la fimosis patológica, la balanitis xerótica obliterante y la parafimosis irreductible.

La socialización de la Guía de Práctica Clínica en la Atención Primaria de Salud va a constituir útil herramienta para el correcto diagnóstico de estas afecciones del prepucio, en los pacientes asistidos inicialmente en el nivel comunitario y para la selección de una conducta acertada.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Existen varios factores relacionadas con la práctica no controlada de la circuncisión: el fácil citado de la población a los servicios de salud, la variedad de criterios de más de un especialista por la falta de consenso de actuación, la tendencia familiar de adoptar la circuncisión con finalidad estética, la complacencia del cirujano o del urólogo a la solicitud del familiar de circuncidar al niño, la falta de detenimiento para explicar detalles técnicos de la cirugía, la ocurrencia de retracciones cicatriciales por la manipulación balano prepucial no gentil y enfrentar episodios desagradables de parafimosis que demandan la práctica de la circuncisión de urgencia.^(2,4)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El cirujano o el urólogo que realizará la circuncisión informará verbalmente los riesgos anestésicos y los riesgos quirúrgicos para este tipo de cirugía, explicará los detalles de la técnica quirúrgica y previa consideración de las ventajas e inconvenientes, por ejemplo la balanitis xerótica obliterante, tiene riesgos de estenosis del meato posterior, a la realización de la circuncisión, debe quedar la constancia del consentimiento a través de la rúbrica de ambos padres o del tutor del infante, o el adolescente.⁽⁴⁾

DEFINICIÓN⁽⁶⁻⁹⁾

Anatómicamente se define el prepucio a la piel que cubre al glande en su totalidad. Tiene función protectora y sensorial demostrada, e inmunológica aún en estudio. Además, constituye un banco de tejido para reparar defectos tisulares del propio pene o de los párpados.

Fimosis. Es la estenosis de la piel prepucial. Puede ser de tipo parcial o discreta: retracción relativa del prepucio en relación con el glande, y de tipo total: imposibilidad de retracción del prepucio en relación con el glande.

La fimosis es considerada patológica cuando la limitación para la retracción prepucial sobrepasa los 3-4 años del nacimiento.

Balanitis xerótica obliterante. También denominada liquen escleroso del pene, es la inflamación crónica del prepucio y el glande con la aparición de placas blanquecinas o ulcerativas, después de haber tenido un prepucio normal y reductible. La denominación deriva de 3 componentes: balanitis por la inflamación crónica, xerótica por la resequeadad de la

lesión y obliterante por la endoarteritis, con afectación del prepucio, el glande y el meato.⁽¹⁰⁾

Parafimosis. Es la retracción del prepucio por detrás del glande que no puede retomar su posición habitual. Se denomina irreductible cuando falla la maniobra de regresar el prepucio a su posición normal y requerirá de la práctica de circuncisión.

EPIDEMIOLOGÍA

Al nacimiento el 96 % de los neonatos presentan prepucio no retráctil^(3,7) y la fimosis puede estar sobre diagnosticada al no establecerse la acertada diferenciación entre una etapa de presentación normal del prepucio y un proceso patológico.

Fimosis patológica. Se ha reportado una incidencia del 10 % a partir de los 3-4 años del nacimiento, y el decrecimiento al 1 % alrededor de los 15 años.

Balanitis xerótica obliterante.⁽¹¹⁾ Es de poca certeza la incidencia por los escasos reportes de las investigaciones científicas en relación al estudio histopatológico de los prepucios circuncidados. Se estima un 0,5 % de pacientes afectados antes de los 15 años. La afección se presenta entre 8-10 años de edad, ha reportado el 9-50 % en los niños con fimosis y recidivas de estenosis meatal (4-47 %), o de estenosis uretral del 20-60 %, y en pacientes con hipospadia del 20-40 %.

Parafimosis. Se presenta en pacientes no circuncidados, rara en menores de 5 años, reporta el 0,2 % de incidencia máxima entre los 9-11 años del nacimiento.

ETIOLOGÍA⁽¹²⁾

Fimosis patológica. La originan cicatrices del prepucio o la fibrosis por inflamación, infección o traumatismos, la balanitis recurrente, la balanitis xerótica obliterante, y la inadecuada higiene del pene.

Balanitis xerótica obliterante. Es poco precisa la etiología para esta enfermedad cutánea, de rara presentación y de tipo inflamatoria autoinmune con evolución hacia la cronicidad.

Parafimosis. Es causada por la inadecuada manipulación de una sonda para drenar la orina, colocación de catéter o realización de endoscopia vía uretral, por la reducción manual iatrogénica, y no regresar el prepucio a su estado anatómico normal después de miccional, del lavado del pene o las relaciones sexuales.

CLASIFICACIÓN^(2,4)

Para establecer la clasificación de la fimosis es útil conocer los tipos de prepucio según Kayaba.⁽⁷⁾

Fimosis. Según su etiología.

I. Fimosis fisiológica. Existe dificultad para retraer el prepucio en los primeros 3-4 años del nacimiento.

II. Fimosis patológica. Existe dificultad para retraer el prepucio después de los 4 años del nacimiento.

Según grado de retractilidad.

I. Fimosis parcial o discreta.

II. Fimosis total.

Según textura del anillo.

I. Con prepucio normal, pero no retráctil.

II. Con prepucio no retráctil por anillo fibroso o cicatricial.

Según efectos urodinámicos.

- I. Obstructiva
- II. No obstructiva

Balanitis Xerótica obliterante

Se clasifica en:

- I. Sin lesiones macroscópicas.
- I. Con lesiones macroscópicas.

Parafimosis

Según la posibilidad de retorno del prepucio:

- I. Reducible.
- II. Irreducible.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se establece por el cuadro clínico, el examen físico y los exámenes complementarios.

Fimosis patológica: el diagnóstico es clínico.

Balanitis xerótica obliterante: estudio histopatológico del prepucio. ⁽¹³⁾

Parafimosis irreducible: el diagnóstico es clínico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fimosis patológica: se establece con otras causas de prepucio disretráctil: adherencia balano prepucial, frenillo corto, prepucio redundante, además con la balanitis xerótica obliterante y el quiste de esmegma.

Balanitis xerótica obliterante: se establece con la fimosis patológica, balanitis o balanopostitis micótica o fúngica, balanitis de células plasmáticas, liquen plano, leucoplasia, psoriasis, dermatitis de contacto o alérgica, y esclerodermia.

Parafimosis irreducible: se establece con las lesiones traumáticas, incarceration, estrangulación, cuerpo extraño del pene, dermatitis por contacto, edema por picaduras y linfedema.

CUADRO CLÍNICO ^(14,15)

Fimosis patológica.

Existe dificultad para retraer el prepucio. Se recoge el antecedente de tumefacción prepucial acompañado de signos clásicos de inflamación y colección purulenta por el acúmulo de suciedades de difícil arrastre durante el baño.

Puede existir un anillo fibroso de color blanco contraído alrededor del orificio prepucial. Los pacientes presentan dolor, hematuria, globo prepucial, irritación y disuria. Se han reportado episodios frecuentes de infecciones urinarias y erecciones dolorosas.

Balanitis xerótica obliterante.

Es una dermatosis inflamatoria progresiva, atrofiante y esclerosante, presente alrededor de los 8 años de edad. La afección puede establecerse en prepucio, glande y meato.

Existe inflamación del glande, y del prepucio, disminución del calibre de la micción, prurito intenso y grietas que limitan la retracción.

La presencia del liquen escleroso y atrófico causa placas blanquecinas e induradas en la mucosa del glande y en la cara interna del prepucio de mal pronóstico por estenosis del meato y de la uretra.

El diagnóstico suele resultar confuso y tardío en los niños. **(imagen 1)**



Imagen 1. Balanitis Xerótica Obliterante

Compromiso del glande por BXO. Glande con cambios inflamatorios y aspecto blanquecino

Parafimosis irreducible. Representa una condición de urgencia médica por la retracción del prepucio por detrás del glande sin retomar su posición habitual. Existe inflamación y dolor del pene por la función de anillo constrictor de la piel prepucial durante el evento indeseable que provoca estrangulación, además se presenta dificultad para la micción al estrecharse el canal urinario y ocurre isquemia con deficiente riego sanguíneo por compromiso del flujo venoso, arterial y linfático que condiciona edema, pérdida del color normal del pene hasta tornarse de coloración violácea oscura. **(imagen 2)**

Imagen 2. Parafimosis con anillo constrictor



prepucial

Biblioteca De Fotos De Ciencia / Dr P. Marazzi

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Fimosis patológica.

Cituria y/o cultivo de orina. De utilidad para descartar infecciones urinarias asociadas a la afección.

Cultivo de las secreciones. De utilidad para el diagnóstico de gérmenes bacterianos o micóticos.

Balanitis xerótica obliterante. Biopsia para estudio histopatológico del prepucio. Puede informar la presencia de abundantes linfocitos T citotóxicos autoreactivos. ⁽¹⁶⁾

TRATAMIENTO MÉDICO

De modo general ante estas afecciones se indica la higiene local de la piel que recubre al glande con el baño diario y los cambios frecuentes del pañal para evitar la irritación de los genitales. ⁽¹⁷⁾

Fimosis patológica. El tratamiento médico incluye la educación sanitaria a los padres a modo de medida preventiva para evitar complicaciones: balanitis y balanopostitis. Si recurrencia de estas dos afecciones se recomienda mantener la limpieza de la zona con agua 2-3 veces al día, si existe eritema y prurito, sin edema, ni dolor, se recomienda irrigación con solución de Cloruro de Sodio 0,9 % 2-3 veces al día, después secar cuidadosamente. Puede aplicarse baños de manzanilla durante 4 días.

No intentar la retracción brusca del prepucio para su higiene, por el riesgo de retracción manual-cicatrización-fimosis incrementada. Debe evitarse el uso de irritantes locales como jabón, gel o toallitas. Administrar la triple terapia de oxitetraciclina al 3 %, nistatina 10000 U/g y clobetazol 0,05 % a discreción: razón de una aplicación diaria por 14 días, ante la presencia en grumos de color blanco.⁽¹⁸⁾ Prescripción de analgésicos vía oral para el alivio del dolor y de las molestias, y de antibióticos vía oral en dependencia del resultado del antibiograma si exudado purulento. Resulta de insuficiente efectividad la aplicación de las cremas esteroideas.

Balanitis xerótica obliterante. Reporta beneficios la aplicación de cremas tópicas esteroideas por 3 meses previo a la cirugía (betametasona en dosis de 0,5 mg cada 12 horas) con efectividad del 60-70 %. Se ha empleado terapia láser y medicación con inmunosupresores.

La **parafimosis irreductible.** Se realizará el intento de reducción manual. Demanda la práctica de la circuncisión de urgencia ante el fallo de la maniobra. Maniobra: consiste en presionar la cabeza del pene con los dedos pulgares mientras se tirea el prepucio hacia delante con la ayuda de los dedos índice y mediano de ambas manos. La compresión circunferencial del prepucio edematoso disminuye el edema en ocasiones y facilita el regreso a su posición normal.

Ante la imposibilidad de reducción, existen 3 opciones: realizar punción con aguja 26 G o 21 G en uno o más sitios del prepucio edematoso, realizar incisión vertical, y realizar incisión dorsal de último recurso previa anestesia local para aliviar la tensión. No administrar epinefrina en niños.⁽¹⁹⁾

COMPLICACIONES MÉDICAS

Fimosis patológica: infecciones urinarias con eventos de fiebre, balanitis, balanopostitis recurrentes y parafimosis por malas prácticas de movilización prepucial. Otras: ITS, VHI, Virus Papiloma Humano.

Balanitis xerótica obliterante: atrofia gradual y cicatrización permanente de las estructuras del prepucio que llevan a la fimosis, estenosis del meato y de la uretra, pielonefritis y falla renal. Infecciones locales por gérmenes de la flora normal.⁽²⁰⁾

Parafimosis irreductible: recidiva, dificultad para miccionar, peligro de gangrena, necrosis, auto amputación del glande.

PRONÓSTICO

El pronóstico de estas afecciones suele ser favorable cuando se efectúa la interconsulta oportuna, ante profesional competente que domine los criterios de actuación.

Fimosis patológica. Su tardía evaluación ha reportado infecciones del tracto urinario con efectos renales adversos a largo plazo, erecciones difíciles y dolorosas, "hinchazón" del glande, molestia y dificultad para la micción y afecciones inflamatorias de la piel prepucial.

Balanitis xerótica obliterante. El tratamiento con cremas esteroideas (triamcinolona), aceite ozonizado, medicamentos inmunomoduladores y láser terapia, resulta de limitada efectividad. Se presentan recurrencias del cuadro clínico y las circuncisiones con requerimiento de reintervenciones: meatotomías, uretroplastias, reparación del prepucio con injertos de tejidos de la mucosa bucal.

A largo plazo se ha informado asociación de la balanitis xerótica obliterante con el carcinoma de células escamosas del pene confirmada por histológica en el 2 - 28 %, y con el Virus del Papiloma Humano.⁽²¹⁾

Parafimosis irreductible. El pronóstico dependerá del tiempo de constricción del pene por el anillo prepucial, en directa relación con el agravamiento de los signos y síntomas derivados de los efectos de la estrangulación, isquemia, necrosis y auto amputación del glande.

SEGUIMIENTO

Fimosis patológica. Para tratar la infección aguda y decidir la práctica de la circuncisión a partir de los 4 años.

Balanitis xerótica obliterante:

Pacientes sin lesiones macroscópicas: cada 6 meses.
Pacientes con lesiones macroscópicas: cada 2 meses para valorar eficacia del tratamiento médico y control de la aparición de complicaciones.

Parafimosis irreductible: el seguimiento se efectuará en la primera semana después del egreso del paciente circuncidado de urgencia.

CRITERIOS DE CIRCUNCISIÓN^(4,9,22)

I. Criterio absoluto de circuncisión.

De tipo electivo: la fimosis patológica y la balanitis xerótica obliterante.

De tipo urgente: la parafimosis irreductible.

II. Criterio relativo de circuncisión: estenosis cicatricial post reducción manual, balanopostitis recidivante con asociación infecciosa urinaria alta con fiebre sin otra causa congénita demostrable, reflujo vesicoureteral grado IV-V.

CONTRAINDICACIONES DE LA CIRCUNCISIÓN

Infección local aguda, hipospadias, epispadias y pene enterrado en la etapa neonatal. Coagulopatías (riesgo de sangrar 1-5 %), se recomienda el uso de agentes hemostáticos y cuchilla diatérmica. Padecimientos crónicos de repercusión cardio-respiratoria desfavorable, o padecimientos agudos con estado hemodinámico inestable.^(23,24)

NOTA ACLARATORIA

La circuncisión neonatal está contraindicada en Cuba por las complicaciones reportadas. Un estudio de 240 neonatos circuncidados en Teherán, Irán, reportó el 8,3 % de complicaciones.⁽²⁵⁾ En controversia se describen nuevas técnicas con el

empleo de la pinza Mogen, la pinza Gomco o el dispositivo Plastibell, sin embargo son conservadoras las acciones con los neonatos con malformaciones del pene y derivan a urología pediátrica. ⁽²⁶⁾

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Fimosis patológica y parafimosis irreductible:

La circuncisión puede ser plástica (se debe considerar el riesgo de recurrencia) o radical. Puede efectuarse la circuncisión convencional, la circuncisión con anillo o la circuncisión con dispositivo de sutura, en dependencia del país donde se realice. ⁽²⁷⁾

Cada técnica tiene resultados diferentes en relación con el tiempo de duración del procedimiento, volumen de sangre que egresa, dolor posoperatorio y posibilidades institucionales para realizarlo. La circuncisión convencional es la técnica aplicada a nivel nacional.

Balanitis xerótica obliterante:

La circuncisión puede ser completa con resultado curativo en el 96 % de los casos o practicarse de manera parcial con conservación del prepucio ante el inconveniente del 50 % de recurrencias.

La estenosis del meato demanda la realización de meatotomía u otras técnicas uretro-plásticas en dependencia del grado de complicación.

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA

I-Anatómicas: resección incompleta o excesiva del prepucio, amputación de los neuro receptores de la sensibilidad, endurecimiento de la capa epitelial del glande expuesto, limitación de movilidad del pene, pene curvo.

II-Quirúrgicas. ⁽²⁸⁾

1-Según el tiempo de presentación.

Inmediatas: edema, sangramiento, hematoma, infección, dehiscencia de sutura, isquemia por ligadura de la arteria del frenillo prepucial, meatitis.

Tardías: retracción, estenosis del meato y estenosis de la uretra, amputación parcial o total del glande, queloides, apariencia cosmética no satisfactoria.

2-Según la frecuencia de presentación.

Frecuentes: edema, sangramiento, hematoma, dehiscencia sutura.

Excepcionales: sección parcial del glande, fistula uretral, isquemia, necrosis.

Las complicaciones de sangramiento postquirúrgico y de estenosis del meato son más evidentes en los pacientes con balanitis xerótica obliterante. Estos eventos han requerido de reintervención.

PRONÓSTICO DE LA CIRCUNCISIÓN

El pronóstico es favorable apoyado en la justificación científica y en la manera de su realización competente, segura, bajo medidas de control de la infección, el control del dolor postoperatorio, y la evaluación del bajo riesgo y del alto beneficio según el tipo de afección, lo que supone además el ahorro de costos en insumos y recursos humanos al Sistema Nacional de Salud. Es nula la mortalidad en los reportes nacionales. ⁽⁴⁾

En la balanitis xerótica obliterante es alta la incidencia de recidivas posterior a la práctica de la circuncisión, y el padecimiento de balanitis y balanopostitis por infecciones. ^(11,20)

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CIRCUNCIDADO ⁽²⁹⁾

Se realizará una consulta de seguimiento en la primera semana después del egreso, y entre 4-6 semanas puede indicarse el alta médica.

Si persiste el vendaje vaselinado alrededor del pene, retirar a las 48 horas de practicada la cirugía con la ayuda de la impregnación de agua tibia durante el baño. La higiene local del glande con solución jabonosa y el enjuague con agua hervida será suficiente. Se indicará mantener el pene en posición elevada, puede calzarse con pequeña almohada, para evitar el acumulo de líquidos y disminuir el edema. El paciente puede estar inactivo los primeros días hasta la desaparición de las molestias propias de la circuncisión. Se proscribe durante 4 semanas la actividad física: no ciclo, no gimnasia, no actividad extrema. Debe ofrecerse líquidos y comidas ligeras la primera semana. Si existiera ocurrencia de vómitos esperar 2-4 horas sin activar la vía oral y después incorporar los líquidos gradualmente.

Por lo general es normal el manchado leve a nivel distal del pene por la incisión quirúrgica. Se prohíbe el uso de vestuario que provoque roce e irritación en el sitio de la cirugía, y la exposición de aguas contaminantes de piscinas o ríos. La sutura (de preferencia catgut absorbible 4/0) no requiere ser retirada. Si los nudos desaparecen no será motivo de preocupación.

Antes de la cita acordada se efectuará la consulta por la presencia de: enrojecimiento, tumefacción, sangramiento activo (goteo) en el sitio de la cirugía, dificultad para miccionar, vómitos, fiebre, dolor a pesar del uso de la medicación recomendada, o presencia de secreción purulenta del pene. Si los padres tienen alguna interrogante o preocupación acerca del estado del paciente circuncidado deben llamar al médico de asistencia, o al local de la consulta especializada. Se considerará normal el pene con edema posquirúrgico. Esta condición puede estar presente en el momento de la primera cita médica.

RECOMENDACIONES

Socializar la Guía de Práctica Clínica en la Atención Primaria de Salud para facilitar la oportuna interconsulta con las especialidades de Cirugía Pediátrica o de Urología.

Informar a los familiares en la consulta externa los detalles elementales de la técnica quirúrgica de la circuncisión.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Dr. Ángel Manuel Tundidor Bermúdez, especialista de Segundo Grado en Urología por la colaboración en la búsqueda de información científica en relación con el tema que se presenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Potenziani Bigelli J. Historia de la circuncisión y su tendencia en las diferentes culturas de la humanidad. Rev. Portales Médicos [revista en internet]. 2010 [citado 9 de septiembre 2024]; V: 1-19. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2219/1/Historia-de-la-circuncision-y-su-tendencia-en-las-diferentes-culturas-de-la-humanidad>.
2. Puig Solá C, García Algar O, Vall Combelles O. Circuncisión infantil: revisión de la evidencia. An. Pediatr. (Barc) [revista en internet]. 2003 [citado 6 de septiembre 2024]; 59(5): 448-53. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-circuncision-infantil-revision-evidencia-articulo-S16954033037875> 91.
3. Morales Concepción JC, González Fernández P, Morales Aránegui A, Guerra Rodríguez M, Mora Casacó B. Necesidad de circuncisión o dilatación del prepucio: Estudio de 1.200 niños. Arch. Esp. Urol. [revista en internet]. 2008 [citado 6 de septiembre 2024]; 61(6): 699-704. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000600006&lng=es.
4. Pérez Mayo A, Dollar Ramos A. Repercusión social de la práctica de la circuncisión como hábito o indicación médica. Rev. Zoilo Marinello. 2011; 36(6.06).
5. Tundidor Bermúdez AM. El prepucio en pediatría. Rev. Cubana Urol. [revista en internet]. 2016 [citado 3 de octubre 2024]; 5(2): 92-8. Disponible en: <https://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/263>.
6. Cardona D. Una alternativa en el manejo de la fimosis. Acta pediátr. Costarric. [revista en internet]. 1999 [citado 17 de enero 2025]; 13(1): 23-26. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00901999000100004&lng=en.
7. Kayaba H, Tamura H, Kitajima S, Fujiwara Y, Kato T, Kato T. Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys. J. Urol. [revista en internet]. 1996 [citado 17 de enero 2025]; 156(5): 1813-1815. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8863623/>.
8. Morris BJ, Matthews JG, Krieger JN. Prevalence of Phimosis in Males of All Ages: Systematic Review. Urology [revista en internet]. 2020 [citado 17 de enero 2025]; 135: 124-132. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.10.003>.
9. Valenzuela C. Fimosis en niños y su abordaje en la atención primaria. Esc. de Med. [revista en internet]. 2020 [citado 10 de marzo 2024]; 135: 124-132. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/fimosis-en-ninos-y-su-abordaje-en-atencion-primaria/>.
10. León Torres K. Balanitis xerótica obliterante. Rev. Méd. Sinergia [revista en internet]. 2017 [citado 6 de enero 2025]; 2(5): 24-27. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/80>.
11. Leganés Villanueva C, Gander R, Royo Gomes G, Ezzeddine Ezzeddine M, López Paredes M, Asensio Llorente M. Tratamiento de la balanitis xerótica obliterante en pacientes pediátricos. Cir. Pediatr. [revista en internet]. 2020 [citado 19 de noviembre 2024]; 33: 79-83. Disponible en: https://secipe.org/coldata/upload/revista/2020_33-2ESP_79.pdf.
12. Deacon M, Muir G. What is the medical evidence on non-therapeutic child circumcision? Int J. Impot. Res. [revista en internet]. 2022 [citado 26 de diciembre 2024]; 35(3): 256-263. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00502-y>.
13. Kumar KS, Morrel B, van Hees CLM, van der Toorn F, van Dorp W, Mendels EJ. Comparison of lichen sclerosus in boys and girls: A systematic literature review of epidemiology, symptoms, genetic background, risk factors, treatment, and prognosis. Pediatr. Dermatol. [revista en internet]. 2022 May [citado 2 de enero 2024]; 39(3): 400-408. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/pde.14967>.
14. Shenot PJ. Fimosis y parafimosis. Manual MSD [en línea]. c2025 [actualizado agosto 2023; citado 7 de diciembre 2024]: 1-8 Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenital-es/trastornos-peneanos-y-escrotales/fimosis-y-parafimosis>.
15. Fekete GL, Schwarzkopf Kolb D, Brihan I, Boda D, Fekete L. Balanitis xerótica obliterans: An observational, descriptive and retrospective clinical study. Exp. Ther. Med. [revista en internet]. 2022 May [citado 14 de septiembre 2023]; 23(5): 361. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35493424/>.
16. Ghidini F, Virgone C, Pulvirenti R, Trovalusci E, Gamba P. Could a careful clinical examination distinguish physiologic phimosis from balanitis xerótica obliterans in children? Eur. J. Pediatr. [revista en internet]. 2021 [citado 8 de marzo 2024]; 180(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03881-4>.
17. Roca Mahía M, Vázquez López S, Baúlo Bea C, Vega González S. Tratamiento de las adherencias balanoprepuciales y fimosis [en línea]. En: 68 Congreso AEP. Palma de Mayorca: Asociación Española de Enfermería Pediátrica; 2022 [citado 17 de enero 2025]. Disponible en: <https://www.aeventosdigitales.com/files/914/cyp/1367.pdf>.
18. Estévez Angulo B, Flores Salazar B, Leyme Pillajo V, Benalcázar Ayala G. Balanitis y balanopostitis: diagnóstico y tratamiento Pol. Con. [revista en internet]. 2022 [citado 17 de enero 2025]; 7(6): 1-15. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/4058/9491>.

19. Rabinowitz R, Cubillos J. Fimosis y Parafimosis en: Anomalías del pene y la uretra. Manual MSD [en línea]. c2025 [actualizado septiembre 2024; citado 17 de enero 2025]: 1-2. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/professional/pediatrics/congenital-renal-and-genitourinary-anomalies/penile-and-urethral-anomalies>.
20. Jones P, Rooney H, Hawary A. Pediatric Circumcision in the 21st Century National Health Service: A Snapshot of Practice in a United Kingdom Center. *Surg. J. (N Y)* [revista en internet]. 2020 [citado 14 de enero 2025]; 6(4): 188-191. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721430>.
21. Nguyen ATM, Holland AJA. Balanitis xerótica obliterans: an update for clinicians. *Eur. J. Pediatr.* [revista en internet]. 2020 [citado 22 de junio 2024]; 179(1): 9-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03516-3>.
22. Hidalgo Marrero Y, Trinchet Soler R, Manzano Suárez J, Trinchet Varela C. Calendario Quirúrgico Cubano en Cirugía Pediátrica. *CCM* [revista en internet]. 2008 [citado 4 de enero 2025]; 12(4): 1-10. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no124/pdf/n124ori7.pdf>.
23. Morris BJ, Katelaris A, Sheen AC, Schrieber L, Lumbers ER, Wodak AD, et al. Evidence-based circumcision policy for Australia. *J. Mens. Health* [revista en internet]. 2022, May [citado 7 de febrero 2023]; 18(6): 132. Disponible en: <https://doi.org/10.31083/j.jomh1806132>.
24. Domínguez-Chicas A. Principales enfermedades en urología pediátrica: manifestaciones clínicas, abordaje, diagnóstico y tratamiento. *Rev. CONAMED* [revista en internet]. 2018 [citado 26 de julio 2023]; 23(3): 132-140. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con183d.pdf>.
25. Siroosbakht S, Rezakhaniha B. A comprehensive comparison of the early and late complications of surgical circumcision in neonates and children: A cohort study. *Health Sci Rep.* [revista en internet]. 2022 [citado 15 de enero 2025]; 5(6): e939. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hsr2.939>.
26. Folashade O, Walkitria S, Carter-Wicker K. Newborn Circumcision Techniques. *Am. Fam. Physician* [revista en internet]. 2020 [citado 24 de julio 2023]; 101(11): 680-685. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32463643/>.
27. Zhu D, Zhu H. Efficacy of three types of circumcision for children in the treatment of phimosis: A retrospective study. *Medicine (Baltimore)* [revista en internet]. 2022 [citado 3 de julio 2023]; 101(48): e32198. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000032198>.
28. Fernández Larrañaga A. Complicaciones de la circuncisión. *España Top Doctors* [en línea]. c2025 [actualizado 27 de agosto 2020; citado 15 de febrero 2023]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/complicaciones-de-la-circuncision>.
29. Cortez JC, George M, Seremetis LT, McQuiston C, Menon VS, Nast KJ, Wang MK. Circuncisión. Cuidado postoperatorio. *Children's Urology* [en línea]. c2025 [actualizado 8 de julio 2020; citado 7 de julio 2024]. Disponible en: <https://www.childrenurology.com/storage/app/media/forms/SPAN-Circumcision-Spanish-Rev-8-7-2020.pdf>.

Contribución de los autores

Ada Arleny Pérez-Mayo |  <https://orcid.org/0000-0003-1681-8707>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; metodología; curación de datos; validación; curación de datos; visualización; análisis formal; supervisión; revisión y edición final.

Rafael Manuel Trinchet-Soler |  <https://orcid.org/0000-0002-3627-755X>. Participó en: curación de datos; metodología; validación; análisis formal; revisión de la versión final.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.

