


Guía de Práctica Clínica para las afecciones prepuciales que no requieren de circuncisión

Clinical Practice Guide for non-requiring circumcision preputial conditions

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 que no constituyen motivos para su realización, circunstancia que requiere de la elaboración de un protocolo de actuación a manera de Guía de Práctica Clínica en relación con la conservación del prepucio y en dependencia de la entidad que afecta. Su implementación va a constituir una herramienta de utilidad para los médicos que atienden a niños y adolescentes con estas afecciones y 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 no requieren de circuncisión, aprobada por consenso, en la Jornada territorial de Cirugía Pediátrica, en Camagüey, 2023.

Palabras clave: CIRCUNCISIÓN; PREPUCIO; FIMOSIS FISIOLÓGICA; BALANITIS; BALANOPOSTITIS; PARAFIMOSIS REDUCTIBLE; PREPUCIO REDUNDANTE.

Descriptor: CIRCUNCISIÓN MASCULINA; PREPUCIO; FIMOSIS; BALANITIS.

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 las 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⁽³⁾ comprobó que el 80,9 % 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

ABSTRACT


Circumcision is the amputation of the foreskin and should be performed on a medical basis. There are conditions that do not provide grounds for their implementation, a circumstance that requires the elaboration of an action protocol as a Guide to Clinical Practice regarding the preservation of the foreskin and depending on the entity affected. Its implementation will be a useful tool for doctors who treat children and adolescents with these conditions, and will foster consensus action and prevent unnecessary high risk surgeries.

The Clinical Practice Guide for preputial conditions that do not require circumcision, approved by consensus, is presented at the Territorial Conference on Pediatric Surgery, in Camagüey, 2023.

Keywords: CIRCUMCISION; FORESKIN; PHYSIOLOGICAL PHIMOSIS; BALANITIS; BALANOPOSTHITIS; REDUCIBLE PARAPHIMOSIS; REDUNDANT FORESKIN.

Descriptors: CIRCUMCISION, MALE; FORESKIN; PHIMOSIS; BALANITIS.

Translated into English by:

Julio César Salazar Ramírez

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.^(4,5)

Para la elaboración de la Guía de Práctica Clínica fueron consultados especialistas del país, reconocidos por su nivel científico y valiosos aportes basados en su experiencia profesional. (**Guía 1**)

La implementación de las orientaciones redactadas va a contribuir a prevenir la práctica de la circuncisión en las afecciones prepuciales que no la requieran, lo que representará calidad de asistencia médica para los pacientes.

El presente artículo trata aspectos elementales desde el punto de vista conceptual hasta la conducta



Citar como: Pérez-Mayo AA, Trinchet-Soler R. Guía de Práctica Clínica para las afecciones prepuciales que no requieren de circuncisión. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2025; 50: e3808. Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3808>.



definitiva en la fimosis fisiológica, la balanitis, postitis, balanopostitis, la para fimosis reductible, las adherencias balano prepucial y el prepucio redundante.

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 acceso 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 para fimosis que demandan la práctica de la circuncisión de urgencia. ^(2,4)

DEFINICIÓN ⁽⁶⁻¹⁰⁾

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

Se denomina fimosis a la estenosis de la piel prepucial. Puede ser de tipo parcial o discreta; y de tipo total.

Fimosis fisiológica. Existe la posibilidad de efectuar la completa retracción prepucial alrededor de los 3-4 años del nacimiento.

Balanitis, postitis, balanopostitis. Son procesos inflamatorios del pene. La balanitis es la inflamación del glande, cuando ocurre a nivel del prepucio se le denomina postitis y la combinación de ambas afecciones se define como balanopostitis.

Para fimosis. Es la retracción del anillo fimótico por detrás del glande, que no puede retornar a su posición original. Por la progresión del cuadro clínico sobreviene la hiperemia y el edema, convirtiéndose en un anillo estrangulante. Requiere de reducción manual para evitar la práctica de circuncisión. Considerada reductible cuando la maniobra es satisfactoria.

Adherencias balano prepucial. Se denomina a la unión entre la mucosa del glande y el prepucio que imposibilita su retracción. También reconocida por sinequia balano prepucial.

Prepucio redundante. Es la presencia de la piel prepucial más larga y abundante de lo normal en el paciente no circuncidado.

ETIOLOGÍA ⁽¹¹⁻¹³⁾

Fimosis fisiológica. Es de causa congénita por adherencias naturales en el 63 % y por las

particularidades de la individualización embriológica del prepucio y el glande después de las 24 semanas de gestación.

Balanitis, postitis, balanopostitis. Es multifactorial su etiología. La insuficiente higiene es un factor de riesgo para la infección por variados gérmenes. En niños pequeños por las adherencias que impiden la movilización prepucial y más frecuente por el insuficiente aseo de la zona genital con fimosis irritativa provocada por la insistencia de los padres de bajar el prepucio y despegar las adherencias, por dermatitis del pañal, por el uso de jabones, detergentes, gel y acondicionadores de telas, como complicación de la fimosis, además causada por hongos, bacterias (gonococo con riesgo incrementado en la adolescencia) y virus oportunistas por la humedad y el ambiente cálido de la zona genital, bridas prepucial.

Para fimosis. Se produce por la inadecuada manipulación de una sonda para drenar la orina, catéter o al realizar una endoscopia vía uretral, por las reducciones manuales iatrogénicas y no devolver el prepucio a su estado normal después de miccionar, realizar el lavado del pene o después de las relaciones sexuales.

Adherencias balano prepucial. Es una condición anatómica normal de sinequia entre la mucosa del glande y el prepucio al nacimiento constituye la causa fundamental. A diferencia de la fimosis permite visualizar el meato urinario.

Prepucio redundante. Es ocasionado por un crecimiento excesivo del primordio prepucial.

EPIDEMIOLOGÍA ⁽¹⁴⁾

Fimosis fisiológica. Se considera universal en los recién nacidos. Se presenta en el 96 % de los neonatos si no tienen una anomalía congénita del pene, es decir, que solo el 4 % de los recién nacidos tienen el prepucio retráctil. Al año del nacimiento la estenosis de la piel prepucial persiste en el 50 % y alrededor de los 3-4 años se ha reportado el 10 % con movilidad prepucial amplia.

Balanitis, postitis, balanopostitis. Se informa el 3-11 % en la balanitis, el 6 % en la balanopostitis y riesgo de recidivas del 70 % de 1 por cada 25 menores de 4 años.

Para fimosis. Se presenta en pacientes que no han sido circuncidados. No es frecuente en menores de 5 años, reporta el 0,2 % de incidencia máxima entre los 9-11 años del nacimiento.

Adherencias balano prepucial. Se reporta el 0,4 % en recién nacidos, desaparecen en el 2 5% a los 6 meses y en el 50 % al año de vida. Las adherencias se despegan alrededor de los 4 años y con el incremento de la edad en el 80-90 % es manejable el prepucio en toda su extensión permitiendo la visualización e higiene del surco balano prepucial. A criterio de especialistas con amplia experiencia acerca del tema la incidencia reportada por otros autores es extraordinariamente baja y se debe a que todos los recién nacidos presentan las adherencias, condición que persiste en etapas de lactantes.

Prepucio redundante. La incidencia es difícil de precisar por los insuficientes resultados obtenidos de las investigaciones científicas.

Clasificación

Para establecer la clasificación de la fimosis es de utilidad reconocer los tipos de prepucio según Kayaba. ⁽⁷⁾ (**tabla 1**)

TABLA 1. Tipos de prepucio según Kayaba

I.	Con leve retracción sin que se vea el glande.
II.	Con exposición del meato uretral con retracción ligeramente mayor del prepucio.
III.	Con exposición del glande hasta la parte media de este (intermedio)
IV.	Con exposición del glande hasta la corona.
V.	Con exposición fácil de todo el glande, con inclusión del surco balano prepucial, sin las adherencias que siempre se encuentran en todos los tipos anteriores, hasta donde es posible llevar el prepucio.

Fimosis. ⁽⁹⁾

Según su etiología.

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

Según grado de retractibilidad.

- 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, postitis, balanopostitis. ⁽¹⁴⁾

Según etiología.

- I.- Aguda.
 - 1. Infecciosa (viral, bacteriana, micótica)
 - 2. Traumática o mecánica.
 - 3. Por contacto (alérgica)
 - 4. Inmune.

Según evolución.

- I.- Aguda
- II. Crónica (en adultos)
 - 1. Plasmositaria.
 - 2. Circinada.

Según intensidad:

- I.- Leve.
- II.- Moderada.
- III. Severa.

DIAGNÓSTICO

En todas las entidades el diagnóstico es clínico. Se establece por el cuadro clínico, el examen físico y los exámenes complementarios.

CUADRO CLÍNICO ^(15,16)

Fimosis fisiológica. Existe dificultad para retraer el prepucio en determinado grado y debe desaparecer alrededor de los 3-4 años por el crecimiento del pene y las movilizaciones del prepucio durante el aseo o por las manipulaciones gentiles. En la fimosis de causa no obstructiva este puede ser su único síntoma, o acompañarse de erecciones dolorosas, dolor a la micción, disuria y raramente discreta hematuria, el meato uretral puede ser o no visible. En la fimosis de causa obstructiva no falta el retardo y el esfuerzo miccional, puede haber debilidad y afinamiento del chorro y con menos frecuencia se presenta globo vesical. El meato nunca es visible. En cualquiera de los dos tipos podrá aparecer hedor local, globo o vejiga prepucial, y otros síntomas relacionados con sus complicaciones. (**imagen 1**)

IMAGEN 1. Fimosis que impide exponer al glande



BIBLIOTECA DE FOTOS DE CIENCIA / DR P. MARAZZI

Balanitis, postitis, balanopostitis. En dependencia de las formas leve, moderada o severa de la afección existe dolor, prurito, inflamación, enrojecimiento, edema local, exudado fétido debajo del prepucio de color trasudado y brillante en las infecciones bacterianas, blanquecino en la infección por candidiasis, con fisuras y pápulas erosionadas, disuria y adenopatías inguinales. En el lactante suele presentarse con irritabilidad y el exantema o la disuria pueden confundir con infección urinaria. La afección puede evolucionar a la recurrencia por lo que se considera oportuna la realización de estudios más integrales por posible inmunodeficiencia asociada en etapa infantil o por diabetes mellitus.

Parafimosis reductible. Existe inflamación y dolor en el pene por la piel prepucial que se comporta como un anillo constrictor estrangulante, con circulación deficiente por compromiso del flujo venoso, arterial y linfático, lo que condicionará edema, acompañado de pérdida del color normal del pene, que puede llegar a tornarse violáceo oscuro. Se describe ocasionalmente dificultad para la micción al estrecharse el canal urinario. La interconsulta oportuna con el especialista puede facilitar la reducción manual del prepucio, evitar las complicaciones y prevenir la práctica de la circuncisión.

Adherencias balano prepucial. El prepucio logra retraerse parcialmente condición que permite exponer el meato uretral. Se observa que estas adherencias son asimétricas, con acumulación de

detritus y esmegma de aspecto blanquecino, sobre todo en el surco balano prepucial visible muchas veces a trasluz. En ocasiones resuelven espontáneamente por el crecimiento del pene y por las erecciones.

Prepucio redundante. El prepucio debe ser retraído utilizando diversos movimientos con roce para contraerlo. El glande permanece oculto y puede existir hipersensibilidad por las terminaciones nerviosas del prepucio que hacen sensible esta parte del pene. Puede aparecer irritación, prurito y olor acentuado por la incorrecta higiene de la zona. El chorro urinario es más fino comparado al de otros niños. Algunos pacientes suelen no considerarlo estético y sufrir alteraciones psicológicas. Representa causa frecuente de solicitud de la práctica de la circuncisión.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS (17)

Fimosis fisiológica

Cituria y cultivo de orina. De utilidad para descartar infecciones urinarias asociadas.

Balanitis, postitis, balanopostitis

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

Glucosa en sangre. De utilidad para demostrar diabetes mellitus asociada a la infección recidivante.

Pruebas serológicas para identificar sífilis, herpes virus, virus de la insuficiencia humana.

Adherencias balano prepucial

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

Prepucio redundante

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

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (12-14)

Fimosis fisiológica. Se establece con otras causas de prepucio disretráctil: adherencias balano prepucial, frenillo corto y prepucio redundante, que pueden concommitar o no con la fimosis.

Balanitis, postitis, balanopostitis. Se establece con la parafimosis y la uretritis gonocócica inespecífica.

Parafimosis reductible. Se establece con las lesiones traumáticas, incarceration, dermatitis por contacto, edema por picaduras y linfedema.

Adherencias balano prepucial. Se establece con la fimosis, que pueden concommitar y el quiste de esmegma.

Prepucio redundante. Se establece con la fimosis, que pueden concommitar.

CONDUCTA MÉDICA (15,18)

De modo general para las afecciones se indica la higiene local de la piel que recubre al glande mediante el baño diario y los cambios frecuentes del pañal para evitar la irritación de los genitales.

Fimosis fisiológica, de tipo parcial o muy discreta. Requiere la aplicación de cremas esteroideas tópicas

(betametasona al 0,05%) dos veces al día por un período de dos a ocho semanas con precaución por las lesiones cutáneas atróficas y los efectos sistémicos de su uso continuado.

1. Está justificada su aplicación si existe proceso inflamatorio local al mejorar la elasticidad de la piel por la síntesis de fibras elásticas y de colágeno.

2. No es efectiva su aplicación para la fimosis patológica.

Se describe la conducta conservadora para la fimosis fisiológica en las diferentes etapas de su evolución.

(tabla 2)

TABLA 2. Fimosis. Conducta

EDAD	TIPO DE FIMOSIS		
	Laxa no obstruct.	Laxa obstruct.	Fibroesclerosa no obstructiva
<12 meses	CE	DPP	CE
12-35 meses	CE	¿DPP? ¿TTE?	CE
≥36 meses	TTE	¿TTE? ¿CIRCUNC?	CIRCUNC

Balanitis, postitis, balanopostitis

1. Es beneficiosa la educación sanitaria a los padres de los infantes.

2. Se recomienda la limpieza con agua 2-3 veces al día si existe eritema y prurito ausente de edema y dolor.

3. Si no mejora puede efectuarse irrigación con solución salina 2-3 veces por día y secar cuidadosamente, además se puede realizar baño de manzanilla durante 4 días.

4. No intentar forzar la retracción prepucial para realizar la higiene.

5. Debe evitarse el uso de irritantes locales como jabón, gel o toallitas. Es recomendado efectuar el cambio frecuente del pañal.

6. Deben ofrecerse analgésicos vía oral para el alivio del dolor y las molestias.

7. Se tomarán muestras de los exudados del prepucio con hisopo, y si existe sospecha de etiología bacteriana se añadirá la terapéutica según el resultado del antibiograma.

8. En la balanitis inespecífica puede aplicarse crema esteroidea de hidrocortisona diaria por 3 días para las formas leves de la afección.

9. En la balanitis candidiásica se aplicará nistatina tópica o clotrimazol a razón de 1-2 aplicación diaria por 14 días, ante la presencia de secreción en grumos de color blanco que sospecha infección micótica o fúngica.

Se recomienda prolongar su uso para prevenir los episodios de recurrencia.

10. En la balanitis bacteriana el uso de fenoximetilpenicilina será ajustada según la edad: <12 años: 250 mg cada 12 horas y >12 años: 500 mg cada 12 horas por 10 días.

11. En la balanitis anaeróbica el metronidazol se reservará para infecciones por gérmenes bacteroides a razón de 15-35mg x kg x día cada 8 h por 7 días.

Parafimosis reductible.

1. La colocación de paño o dedo de guante con agua helada sobre el glande, también el empleo de solución salina (CINa 0,9 %) de utilidad para la extracción osmótica del fluido del glande edematoso, aunque ha sido empleada no ayuda a la resolución rápida del edema por ser este de causa obstructiva y retarda el inicio de las maniobras de reducción.

2. Debe realizarse la lubricación del prepucio y del glande con jalea anestésica, aunque no en exceso que pueda hacer resbalar los dedos del operador.

3. El procedimiento de reducción consistirá en presionar la cabeza del pene con los dedos pulgares mientras se tironea el prepucio hacia delante con la ayuda de los dedos índice y mediano de ambas manos. Si la maniobra no resulta eficaz existen 3 opciones: realizar punción con aguja 26G o 21G 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. La compresión circunferencial del prepucio edematoso con los dedos disminuye el edema en ocasiones y facilita el regreso a su posición normal.⁽¹⁵⁾

4. Luego de resolver la urgencia se indicaran fomentos fríos para aliviar el edema y se prohibirá la retracción prepucial. El paciente debe ser enviado a evaluación por el especialista. El traumatismo del prepucio durante el intento de reducción de la parafimosis ha reportado hasta el 30% de padecimientos por fimosis en estos pacientes.

Adherencias balano prepucial.

1. El método de la separación manual de las adherencias de las mucosas entre el glande y el prepucio es el tratamiento correctivo.

2. Esta técnica de lisis de adherencias de tipo gentil y por el profesional adiestrado está indicada a los 6 meses del nacimiento para evitar iatrogenia en su realización, parafimosis, sangramiento y estenosis que han requerido la práctica de la circuncisión. En la edad sugerida coinciden circunstancias favorables:

-El tamaño del pene ya facilita su manipulación.
-Ha ocurrido de manera natural un despegamiento parcial entre las superficies en contacto.

-Las adherencias presentes son de consistencia laxa (no cruentas), lo que evita el sangramiento y minimiza el dolor que puede ocasionar la maniobra.

-El niño no opone resistencia.

-No se acompaña de repercusión psíquica perceptible.

3. Realizado el procedimiento se retira con una torunda húmeda con solución de Cloruro de Sodio al 0.9% el esmegma que pudo haberse acumulado en la zona de las adherencias. Se les muestra a los padres la anatomía normal del prepucio retraído y se les orienta el aseo diario a partir del día siguiente a la maniobra.

4. La higiene consiste en bajar la piel del prepucio, limpiar el glande y el prepucio hasta donde permite su exposición con agua y jabón para el arrastre de

suciedades y secreciones. Se procederá a secar con suavidad.

5. Los padres deben motivar a los hijos al auto lavado cuando la edad se lo permita.

6. De evolucionar la adherencia a una balanitis por higiene insuficiente puede ser útil la aplicación de crema antiinflamatoria en el horario nocturno por 7-10 días.

Prepucio redundante.

1. Implica la realización de la limpieza local con agua, jabón y enjuague abundante.

2. Siempre que se retraiga el prepucio para su correcta limpieza debe tenerse la precaución de regresarlo a su posición inicial para prevenir la ocurrencia de una parafimosis.

3. No descuidar la protección al contacto de las cremalleras.

TECNICA DE LISIS DE LAS ADHERENCIAS BALANOPREPUCIAL

Se sugiere aplicar la técnica descrita por Tundidor.⁽⁵⁾

El operador se sitúa a la derecha del paciente previamente colocado en decúbito supino con el pene en posición horizontal. Debe retraerse el prepucio hasta visualizar las adherencias. Se continúa la tracción de su cara dorsal hacia atrás con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda, a la vez que se sujeta la punta del glande con la pinza digital de la mano derecha y se aplica sobre su cara dorsal la yema del pulgar extendido y sobre la ventral el borde radial del índice flexionado.

Esta pinza digital realiza contracción en dirección ventral como medida de relajación para proteger el frenillo. Con esto se logra la separación o lisis de las adherencias, de inicio por la cara dorsal y continuar por las laterales con el cuidado de proteger siempre el frenillo. Quedan así expuestos completamente la corona del glande y el surco balano prepucial.

COMPLICACIONES⁽¹⁹⁾

Fimosis fisiológica. Se ha reportado infección urinaria, balanitis y balanopostitis recurrente, uropatía obstructiva y parafimosis por malas prácticas de movilización prepucial. Es además un factor predisponente al cáncer de pene en el adulto.

Balanitis, postitis, balanopostitis. Se ha reportado infección urinaria alta y obstrucción. Cuando es intensa o recurrente hay riesgos de cicatrización fibrosa del orificio prepucial con la formación de fimosis adquirida.

Parafimosis reductible. Se ha reportado ligero edema, cambio de coloración del pene por constricción del anillo prepucial y molestia para la micción.

Adherencias balano prepucial. Se ha reportado balanitis y balanopostitis.

Prepucio redundante. Se ha reportado balanitis, balanopostitis e infección urinaria.

PRONÓSTICO⁽²⁰⁾

El pronóstico de las afecciones es favorable cuando se efectúa la interconsulta oportuna ante profesional

competente que domine los criterios de actuación demostrados por la experiencia.

Fimosis fisiológica. Su tardía evaluación ha reportado infecciones de la piel prepucial, "hinchazón" por signos irritativos o inflamatorios, molestia miccional, exudado por presencia de gérmenes. Se han reportado las infecciones urinarias, las balanitis y/o balanopostitis recurrentes, la uropatía obstructiva y la parafimosis.

Balanitis, postitis, balanopostitis. Desfavorable el diagnóstico tardío por las infecciones recidivantes que provocan fimosis, parafimosis, infección urinaria alta con fiebre y obstrucción. Son factores predisponentes a la fimosis adquirida.

Parafimosis reductible. El pronóstico dependerá del tiempo de demora para solucionar la afección con la reducción manual por profesional competente.

Adherencia balano prepucial. La mayoría resuelve espontáneamente por el crecimiento del pene y por las erecciones aunque con el paso de los años pueden formarse ocasionalmente puentes neurovasculares entre la mucosa prepucial y la superficie del glande con marcada dificultad para su separación que trae como resultado superficies cruentas, lo que no ocurre a edades más tempranas. Su permanencia prolongada aumenta también el riesgo de complicaciones infecciosas. El pronóstico dependerá de la oportuna y correcta lisis manual de la adherencia.

Prepucio redundante. Es favorable cuando se cumplen las medidas de higiene recomendadas para prevenir infecciones.

SEGUIMIENTO ^(21,22)

Fimosis fisiológica. Cada 6 meses hasta alcanzar los 3-4 años de edad para evaluar la eficacia del tratamiento médico y la aplicación de cremas esteroideas.

Balanitis, postitis, balanopostitis. A las 72 horas de iniciado el tratamiento para valorar su efectividad, luego una semana después de concluido el mismo con la finalidad de verificar la resolución del proceso y lograda está a los 3 meses para diagnosticar la aparición de fimosis adquirida. Después cada 3-6 meses según recurrencia y por el riesgo de padecimientos de infección urinaria alta.

Parafimosis reductible. Una semana después para evaluar el estado del prepucio y la presencia de complicaciones infecciosas u obstructivas.

Adherencias balano prepucial. A los 6 meses del nacimiento para evaluar la realización de la lisis de sinequias balano prepuciales con la reducción manual gentil. Una vez realizada sin contratiempos no requiere seguimiento ulterior salvo

complicaciones por incumplir las indicaciones médicas.

Prepucio redundante. Para tratar episodios de infección aguda por proceso inflamatorio o infección local del pene. Ante la solicitud de los padres para la práctica de la circuncisión se explicará el riesgo-beneficio de su realización sin los criterios científicos que la justifiquen.

CONSIDERACIONES FINALES

I. En la adherencia balano prepucial la lisis manual es gentil y se efectuará a los 6 meses del nacimiento en la consulta de Pediatría, Cirugía y Urología ante profesional competente.

II. Está contraindicada la práctica de las retracciones forzadas del prepucio para evitar complicaciones. La estrechez prepucial cederá espontáneamente entre 3-4 años cuando no está asociada a malformaciones urológicas.

III. El prepucio redundante no cumple con los criterios justificados de circuncisión. La educación sanitaria acerca de los cuidados de aseo personal en la zona genital, la acertada y oportuna explicación por el profesional en relación con las funciones del prepucio y las ventajas de su conservación propiciarán un cambio de conducta en los familiares de los infantes y en los pacientes adolescentes.

IV. Resultará conveniente informar en la consulta externa a los familiares de los infantes y adolescentes acerca de las funciones del prepucio y las ventajas de su conservación.

V. Los pediatras deben proporcionar a los padres información precisa en relación con la práctica justificada de la circuncisión, y evaluar los argumentos legales y éticos para facilitar el dominio de las afecciones que no requieren de circuncisión en la infancia. ⁽²³⁾

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Dr. Ángel Manuel Tundidor Bermúdez, especialista de Segundo Grado en Urología del Hospital General Docente Guillermo Domínguez de Puerto Padre, Las Tunas por la colaboración de tres años en la elaboración de la Guía de Práctica Clínica en relación con las funciones del prepucio, el énfasis en los tipos según Kayaba, determinados aspectos del cuadro clínico de las afecciones investigadas y la conducta frente a la fimosis fisiológica, además, por el aporte de los aspectos de circunstancias coincidentes favorables para la aplicación del método de lisis de las adherencias balano prepucial a los 6 meses del nacimiento y las recomendaciones para ser aplicada la Guía de Práctica Clínica por el Médico de Familia en la Atención Primaria de Salud.


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. 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>.
11. 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>.
12. Wiener JS, van Zuuren EJ, Barron SA. Phimosis and Paraphimosis *DynaMed* [en línea]. 2024 [citado 26 de diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/condition/phimosis-and-paraphimosis>.
13. 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.aepeventosdigitales.com/files/914/cyp/1367.pdf>.
14. 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>.
15. 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.msmanuals.com/professional/pediatrics/congenital-renal-and-genitourinary-anomalies/penile-and-urethral-anomalies>.
16. 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>.
17. Shenot PJ. Fimosis y parafimosis. *Manual MSD* [en línea]. c2025 [actualizado agosto 2023; citado 7 de diciembre 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-peneanos-y-escrotales/fimosis-y-parafimosis>.
18. McGregor TB, Pike JG, Leonard MP. Fimosis patológica y fisiológica: abordaje del prepucio fimótico. *Can. Fam. Physician* [revista en internet]. 2007 [citado 7 de febrero 2023]; 53(3): 445-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872680/>.
19. Tews, M, Wilcox D. Balanitis and balanoposthitis in children and adolescents: Clinical manifestations, evaluation, and diagnosis [en línea]. 2024 [citado 7 de febrero 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/balanitis-and-balanoposthitis-in-children-and-adolescents-clinical-manifestations-evaluation-and-diagnosis>.

20. 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>.
21. Gracia Romero J, González Ruiz Y. El pediatra ante los procesos más frecuentes de Urología pediátrica. En: AEPap (ed.) [en línea]. Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Edic. 3.0; 2017. p. 183-94.
22. Tekgül S, Riedmiller H, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman JM, Radmayr RS. Guidelines on Pediatric Urology. *Pediatric Urology* [revista en internet]. 2011 [citado 20 de enero 2025]. Disponible en: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/EAU-Pocket-Paediatric-Urology-2011.pdf>.
23. Morris BJ, Mindel A, Wodak AD. Benefits From Being Systematic When Evaluating Circumcision for the Paediatric Patient. *J. Paediatr Child Health* [revista en internet]. 2019 Jan [citado 20 de enero 2025]; 55(1): 117-118. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jpc.14311>.

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.