

Usos y abusos de la circuncisión (*)

Por el Dr.

JULIO CESAR MORALES (**)

De acuerdo con las condicionales anatómicas que le rodeen, el llamado fimosis puede dividirse en tres aspectos:

1.—*Prepucio redundante* que comprende la cantidad exuberante de piel prepucial cuyo anillo tiene suficiente amplitud para permitir descubrir el glande con facilidad.

2.—*Prepucio redundante con adherencias al glande*.—En estado normal el prepucio se encuentra unido al glande por elementos epiteliales que van desapareciendo en la vida intrauterina, terminando de desaparecer según Campbell en los primeros tres meses de existencia. Hay autores que consideran como normal estas adherencias hasta los dos años de edad (Swenson por ejemplo). Nosotros la hemos encontrado frecuentemente en el primer mes de nacido, siendo raro observarla de esta edad en adelante. Estas adherencias son las laxas, suaves, fácilmente despegables que vemos en los niños de corta edad y no las firmes, fibrosas, sangrantes que observamos en los niños mayores, ocasionadas por las infecciones balano-prepuciales a repetición, consecuencia casi obligada de la retención de esmegma.

(*) Trabajo presentado en las Jornadas Urológicas de Camagüey (Julio-1962) y Sta. Clara (Septiembre-1962).

(**) Urólogo del Hospital William Soler.

3.—*Fimosis propiamente dicho*. Comprende la contractura o estenosis marcada del anillo prepucial que impide completamente su dilatación. Puede ser congénito o adquirido. La primera variedad puede impedir en algunos casos el crecimiento normal del glande y con gran frecuencia se asocian a estenosis del meato uretral. Ocasionalmente el fimosis externo puede provocar seria obstrucción a la salida de orina y daño del tractus urinario superior por presión retrógrada. Campbell reporta cinco niños fallecidos por uremia en los primeros días de nacido a causa de un fimosis muy cerrado y seis que fueron salvados por la pronta circuncisión.

El fimosis adquirido en el niño es consecuencia de circuncisión mal realizada en la cual se produce una retracción fibrosa cicatrizal de la piel prepucial dejada en extremo.

En estos casos bien sean congénitos o adquiridos, las infecciones se suceden habitualmente, pues al esmegma retenido se asocia la descomposición in situ de la orina que forma una vesícula en el prepucio en el momento de la micción, ya que el anillo prepucial estenosado impide la salida de la misma en igual cantidad que lo hace por el meato uretral.

Creemos que es el fimosis propiamente dicho, la variedad menos frecuente de

todas, siendo la única en la que es obligada la práctica de la circuncisión en el niño. Es por ello que consideramos que en nuestro medio se abusa un tanto de la circuncisión. Si tenemos en cuenta que no hay operación sin riesgo, máxime cuando la misma tiene que realizarse en un niño, no vemos razón para que se practique sin antes hacer el máximo de esfuerzo para conseguir la dilatación del prepucio, lo que en la mayoría de los casos se logrará.

Dos factores importantes a tomar en consideración, en toda operación a que vaya a ser sometido un niño son: 1) Anestesia 2) Estado psíquico del paciente. Salvo en los niños de meses o los que está cercanos a la pubertad, que pueden ser operados con anestesia local, a todos los demás es imprescindible aplicarles general. No creemos necesario insistir, pues es de todos conocido, el alto riesgo que tiene un niño sometido a una anestesia general, máxime cuando la misma es practicada por personal no habituado a trabajar con ellos frecuentemente como sucede con los anestesiólogos que trabajan en hospitales no pediátricos, cuyo material no reúne la mayor parte de las veces las condiciones óptimas necesarias.

Todos sabemos la fijación hacia los genitales que el niño tiene entre los tres, ocho o nueve años de edad aproximadamente. Ello hace que cualquier operación sobre esta región, el pequeño lo asocie a su complejo de castración. A pesar de que tratamos de ganarnos su confianza, cuando tenemos que operar a un niño, cuya edad fluctúa entre las que acabamos de señalar, en más de una oportunidad hemos tenido que oír los lamentos de un infante pidiéndonos "no le cortemos su pipi".

Tampoco somos partidarios de la circuncisión para todos los casos recién nacidos. Debe tenerse en cuenta que la hipoprotobinemia es normal en los

mismos hasta el séptimo u octavo día de nacido, amén de las adherencias que señalamos al principio, tan íntimas en el primer mes de vida. Las úlceras del meato uretral, con su consiguiente estenosis, pueden producirse por el contacto del pañal empapado en orina. Se han reportado casos de necrosis del glande en circuncisiones muy tempranas. Swenson en su libro *Cirugía Pediátrica* publica la foto de uno de estos casos, que no por su poca frecuencia deben dejarse de tomar en consideración.

Cuando tenemos necesidad de practicar la circuncisión en niños tan pequeños acostumbramos no poner gasa alrededor de la sutura y aconsejamos a la madre dejarlo sin pañal durante las primeras veinticuatro o cuarenta y ocho horas, permitiendo de este modo al chorro de orina fluir libremente y no ponerse en contacto con la herida o el glande recién liberado. Solamente aplicamos una pequeña cantidad de petrolato estéril en el surco balano-prepucial y el glande.

En el Servicio de Urología del Hospital William Soler, de la Habana, vemos a diario una gran cantidad de niños portadores de fimosis. Del mismo hemos extraído la siguiente estadística.

<i>Casos estudiados</i>	300	
<i>Dilatados</i>	190	(63.3%)
<i>Operados</i>	76	(25.3%)
<i>No operados ni dilatados (*)</i>	34	(11.3%)

(*) Se señala en este epígrafe los casos que no pudieron dilatarse y no presentaban ninguna de las causales que se señalan posteriormente como imprescindible para ser operados.

<i>Total de casos</i>	300	
<i>Raza blanca</i>	155	(51.6%)
<i>Raza negra</i>	74	(24.6%)
<i>Mestizos</i>	71	(23.6%)

El total de casos estudiados se subdividían de acuerdo con su edad en la siguiente forma:

NIÑOS DE 0 a 2 AÑOS (*)

Total de casos	176	
Dilatados	126	(71.6%)
Operados	38	(21.6%)
No operados ni dilatados	12	(6.8%)

(*) Es esta edad la más propicia para ensayar la dilatación. Si no se logra la misma, puede ser operado el niño con anestesia local.

Obsérvese como en esta edad el tanto por ciento de niños no operados ni dilatados es menor que en ninguna otra.

NIÑOS DE 2 a 10 AÑOS (*)

Total de casos	88	
Dilatados	48	(54.5%)
Operados	22	(25 %)
No operados ni dilatados	18	(20.5%)

(*) Véase que en esta edad el epígrafe correspondiente a los casos no operados ni dilatados posee el tanto por ciento mayor en todas las edades. Ello es debido a que solamente operamos en esta edad cuando sea imprescindible.

NIÑOS DE 10 AÑOS O MAS (*)

Total de casos	36	
Dilatados	15	(41.6%)
Operados	17	(47.2%)
No operados ni dilatados	4	(11.1%)

(*) Obsérvese que en esta edad el tanto por ciento mayor corresponden a los casos operados. Ello es debido a que la mayoría se logró realizar con anestesia local.

Niños que pudieron

dilatarse	190	
Examinados posteriormente	106	(55.8%)
Examinados normales	96	(90.6%)
Que presentaron parafimosis	4	(2.1%)
Que necesitaron ser operados	6	(3.16%)

Guiados por estos hechos es que solamente practicamos la circuncisión en los

niños que pueda realizarse con anestesia local, únicamente después de fracasar el intento de dilatación; y en los que sea necesario usar anestesia general, cuando los mismos presenten algunas de las siguientes patologías asociadas:

- 1.—Prepucio imposible de dilatar fácilmente.
- 2.—Fibrosis del anillo prepucial.
- 3.—Balano-postitis a repetición.
- 4.—Dermatitis del prepucio a repetición.
- 5.—Parafimosis.

Se podrá aducir que en muchos servicios hospitalarios se hace de rutina a todos los recién nacidos. Es cierto: pero además de las complicaciones que hemos señalado, ha sido nuestra meta el demostrar que se puede dilatar perfectamente la mayoría de los niños portadores de fimosis, lo que puede llevarse a cabo en cualquier medio y por cualquier médico.

No sucede así con la circuncisión. Para practicar la misma es necesario dominar aunque sea someramente, conceptos de cirugía y disponer de medios quirúrgicos apropiados.

No usamos para la dilatación instrumental alguno. Nos valemos exclusivamente de los dedos y alguna pequeña torunda de gasa que despegue el esmegma o seque la pequeña cantidad de sangre que fluye al debridar el frenillo.

La experiencia nos ha enseñado que el prepucio que no cede a la presión manual, las pinzas solo consiguen dislacerarlo, volviéndolo fibroso posteriormente.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

Se aconseja la dilatación manual del prepucio como tratamiento del fimosis.

Se presenta estadística sobre 300 casos vistos en el Hospital William Soler demostrando la facilidad y eficacia de la misma.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Manual dilatation of the prepuce is recommended for treatment of phimosis. Statistical data about 300 cases seen at the William Soler Hospital are presented, showing the convenience and efficacy of this treatment.

RESUME ET CONCLUSIONS

On conseille la dilatation manuelle du prépuce comme traitement de la phimosis. On présente les données statistiques de 300 cas traités à l'Hôpital William Soler, démontrant la facilité et l'efficacité de la méthode.

BIBLIOGRAFIA

- Campbell, Meredith.*: Clinical Pediatric Urology, Pág. 279.
Swenson, Orvar.: Cirugía Pediátrica, Pág. 522.

FE DE ERRATAS

En la página 2 del No. 6 (Noviembre-Diciembre) de 1962, correspondiente al artículo sobre "Osteoma del Fémur" de los Dres. Alemán y Margolles aparece entre los exámenes complementarios que la dosificación de la fosfatasa alcalina arrojó 240 unidades Bodanski, cuando en realidad fueron 24 unidades Bodanski.