

TRATAMIENTO DE ADHERENCIAS BALANOPREPUCIALES Y FIMOSIS

Roca Mahía, Marcos, Vázquez López, Susana; Baúlo Bea, Carlota; Vega González, Silvia.

Residentes de Enfermería Pediátrica en el Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. A Coruña, Galicia, España

Introducción:

Las adherencias balanoprepuciales son adherencias entre la mucosa del glande y el prepucio. Si existe un estrechamiento que no permite dejar el glande totalmente al descubierto retrayendo el prepucio se conoce como fimosis. Prácticamente todos los niños nacen con estas adherencias, pasando de una retracción difícil en el nacimiento el 95% al 10/ 20% a los 4 años.

La fimosis tiene un diagnóstico clínico y suele estar sobrediagnosticada por no diferenciar entre una situación normal de la etapa del desarrollo y una situación patológica.



Objetivos:

Revisar la literatura para analizar los tratamientos disponibles.

Prevenir las complicaciones asociadas a una mala elección del tratamiento.

Metodología:

Revisión bibliográfica sistemática con lectura crítica de artículos disponibles en las bases de datos de Cochrane, Medline y Dialnet, así como diferentes protocolos.

Las palabras clave utilizadas fueron Fimosis AND Pediatría para la búsqueda en castellano y en los últimos diez años en castellano y Phimosis AND Pediatrics en la búsqueda en inglés limitando a los campos Title/Abstract.



Resultados:

Las adherencias balanoprepuciales y fimosis en niños no suelen necesitar tratamiento ya que fisiológicamente la piel pegada al glande se irá despegando a través del crecimiento del pene, las erecciones, los tirones de la piel que da el niño cuando estira el pene y la secreción de lubricante y esmegma.

El tratamiento, si no genera ninguna complicación, será expectante hasta los nueve años de edad, momento en el que se suele recomendar el tratamiento quirúrgico si las otras medidas han fallado.

El tratamiento de elección es la crema de corticoides que debilita la piel con adherencias facilitando la retracción, se aplica dos o tres veces al día hasta tres meses. La tasa de resolución en el caso de la betametasona es del 85-95%.

La intervención, de precisarla, es la circuncisión o postectomía. Se extirpa el anillo prepucial estenótico y, si es necesario, parte o todo el prepucio con el fin de facilitar la retracción.

Conclusiones:

Cuando sea posible el tratamiento será expectante, intentando antes la aplicación de Betametasona tópica por tener menos complicaciones que la intervención quirúrgica.

La literatura actual no recomienda las retracciones forzadas del prepucio por riesgo de heridas, cicatrices, creación de nuevas adherencias y las molestias para el paciente.