

Revisión

Patología peneana y vulvar en la edad pediátrica

J.M. PRADILLOS SERNA, S. FUENTES CARRETERO, S. GONZÁLEZ MARTÍNEZ, S. VALLADARES DÍEZ,
R. CARBAJO MARTÍN, E. ARDELA DÍAZ

Servicio de Cirugía Pediátrica Complejo Asistencial Universitario de León.

RESUMEN

La patología del pene y la vulvar en niñas es un motivo de consulta muy frecuente en urología pediátrica y suele ser origen hasta de consultas por problemas que no lo son, como las adherencias balanoprepuciales, la fimosis –fisiológica en el recién nacido y lactante– o el tamaño, que siempre preocupa por defecto.

Describimos los principales procesos que solemos encontrar en consulta tanto de urología pediátrica como en atención primaria.

Palabras clave: Fimosis; Balanitis; Incurvación de pene; Micropene; Himen imperforado; Sinequias vulvares.

ABSTRACT

The pathology of the penis as well as the vaginal pathology in girls are a very frequent presentation in Pediatric Urology and usually comes from consultations for problems that are not, such as balanopreputial adhesions, phimosis, or the size of the penis that always worries about.

We will describe the main processes that we find in consultation urology and primary care.

Key words: Phimosis; Balanitis; Penis twisting; Micropene; Imperforate hymen; Vulvar synechia.

PATOLOGÍA PENEANA

Fimosis

El enfoque de los niños con fimosis, entendida como el estrechamiento del prepucio que no permite descubrir el glande, ha sido motivo de debate durante muchos años. Entendido así, al nacimiento, el 95% de los niños presenta fimosis. Si bien la tendencia a largo plazo de la fimosis es su resolución espontánea (solo el 1-2% de los adolescentes de 17 años mantienen la fimosis^(1,2), a los 3 años el 90% de los prepucios descienden totalmente) (Fig. 1). Hay motivos para plantearse un punto de corte a la edad de 3-4 años, momento en que la mayoría de los que la solucionarán espontáneamente ya la habrán resuelto, solos o con ayuda mediante retracciones suaves, no forzadas. Antes de los 3 años no procede realizar retracciones y solo se debe mantener la higiene apropiada de la zona, y evitar asimismo las irritaciones del área del pañal. Es alrededor de dicha edad (3-4 años) también el momento adecuado para realizar una corrección quirúrgica, si procede, con las menores repercusiones psicológicas y el postoperatorio más favorable. No hay consenso para apoyar el intento de prevención de una posible infección urinaria sobre la base de una corrección neonatal de la fimosis^(3,4). Aunque en diversos estudios el riesgo relativo de desarrollar una infección urinaria en los niños no circuncidados es mayor⁽⁴⁾, de 4 a 10 veces más,

Correspondencia: José María Pradillos Serna. Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León.
C/ Altos de Nava, s/n. 24071 León
Correo electrónico: josepradillos@gmail.com

© 2019 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

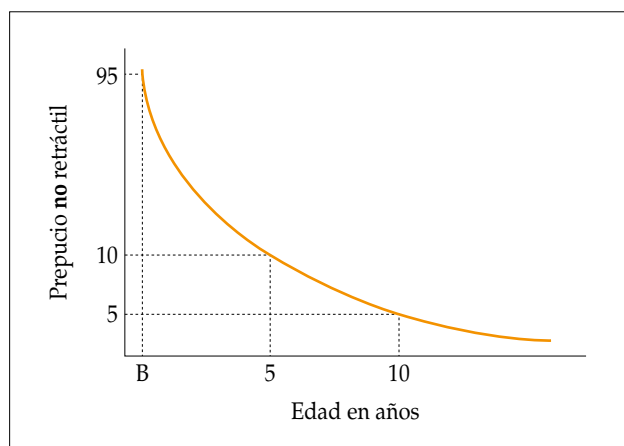


Figura 1. Grado de retracción prepucial según la edad.

especialmente en el primer año de vida, el riesgo absoluto de desarrollarla en estas edades es bajo, del 1%, y por ello la magnitud del efecto protector sería baja. La intervención puede tener sus complicaciones.

Por lo tanto, salvo que tengamos motivos, en las infecciones de orina que pensemos que puedan estar favorecidas por esa fimosis o balanitis de repetición (2 procesos), se debería esperar hasta después de los 3 años para proceder a un intento terapéutico con corticoides tópicos (betametasona al 0,05% o clobetasona)^(5,6) por un periodo máximo de 2 meses, tiempo en el cual se adiestrará a la familia para que realice asimismo retracciones progresivas del prepucio, siempre suaves y no forzadas, sin producir dolor ni fisuras. En caso de fallo terapéutico, se derivará al niño al cirujano infantil para valorar el tratamiento quirúrgico a los 4 años.

Las contraindicaciones de la circuncisión comprenden coagulopatía, infección local aguda y anomalías congénitas del pene, especialmente hipospadias o pene enterrado, ya que es posible que se necesite el prepucio para practicar una intervención reconstructiva^(7,8). La circuncisión infantil conlleva una morbilidad importante y no debe recomendarse sin un motivo médico (grado de comprobación científica: 2, grado de recomendación: B)⁽⁹⁻¹²⁾. Como opción terapéutica conservadora para la fimosis primaria, puede administrarse una pomada o crema de corticoide (0,05-0,1%) dos veces al día durante 20-30 días⁽¹³⁻¹⁶⁾ (grado de comprobación científica: 1, grado de recomendación: A). Este tratamiento carece de efectos secundarios y las concentraciones sanguíneas medias de cortisol no son significativamente diferentes de las de un grupo no tratado de pacientes⁽¹⁷⁾ (grado de comprobación científica: 1). La aglutinación del prepucio no responde al tratamiento con esteroides⁽¹⁴⁾ (grado de comprobación científica: 2).

Adherencias balanoprepuciales y quistes de esmegma

Son fisiológicas y normales dentro del desarrollo del niño; no hay una edad fija para que se liberen. Se puede esperar hasta los 15 años, aunque el riesgo de balanitis y parafimosis debe considerarse en la necesidad de circuncidar. Para evitar esto basta enseñar a hacer un aseo adecuado y explicar que se van a ir liberando espontáneamente. Compuestos locales como algunos estrógenos y corticoides tópicos se han utilizado para su manejo y liberación, sin embargo, no se ha comprobado seriamente su utilidad y mucho menos si se entiende como parte de procesos fisiológicos en el desarrollo del niño. Se deben derivar solo los casos de balanitis de repetición.

Los quistes de esmegma son acumulaciones de un material lipídico blanquecino en la zona de las adherencias balanoprepuciales; a medida que estas se van liberando los quistes se van resolviendo, por lo tanto, tampoco implican necesidad de operar. En el diagnóstico diferencial se puede confundir con pus, pero un niño con balanopostitis tiene además un pene enrojecido y muy doloroso.

Balanitis y balanopostitis

La balanopostitis es una afección inflamatoria infecciosa, que puede o no dar pus y es producida por virus o bacterias, gram negativos o grampositivos, de la zona. Suele estar asociada a fimosis y adherencias balanoprepuciales y el manejo es local; se puede indicar solo aseo, pero se puede agregar ungüento antibiótico (cloranfenicol o gentamicina, polimixina, etc.), con lo que mejora en dos o tres días. Siempre se deben indicar analgésicos y antiinflamatorios, por lo sintomático del cuadro en algunos pacientes que incluso puede ser causa de retención urinaria. Si el niño está con fiebre, se debe buscar otra causa.

Balanitis xerótica obliterante

La balanitis xerótica obliterante (BXO) es una enfermedad crónica inflamatoria de causa desconocida que puede afectar al prepucio, glande, meato o uretra. Es la variante masculina del liquen escleroso. Su nombre deriva de tres componentes de la enfermedad, balanitis –inflamación crónica del glande–, xerótica –aspecto anormalmente seco de la lesión–, obliterante –puede causar estenosis uretral–. La verdadera incidencia es incierta. En niños con fimosis se estima una incidencia entre el 9 y el 50% según las series⁽⁷⁻⁹⁾.

El tratamiento recomendado es la circuncisión completa, pero también se han descrito otros tratamientos alternativos o coadyuvantes con corticoides e inmunosupresores como el tracolimus.

Parafimosis

Se produce al retraer un prepucio relativamente estenótico sin dejarlo otra vez cubriendo el glande. El anillo del prepucio puede actuar como un torniquete, dando lugar a la congestión venosa, edema en el glande y prepucio.

La corrección de la parafimosis debe realizarse inmediatamente colocando el prepucio en su posición anatómica normal. Esta maniobra de reducción se puede hacer en la camilla de urgencias con lubricante urológico. Hay quien prefiere el bloqueo anestésico de la raíz del pene o incluso la anestesia general. Se trata de aplicar lubricante, comprimir el pene cubriéndolo con ambas manos durante unos minutos para reducir el edema y empujar el glande con el pulgar hacia la raíz del pene a la vez que con el índice y el dedo medio arrastras el prepucio en sentido apical hasta cubrir el glande.

Incurvación del pene

Suele asociarse a hipospadias, pero puede ser un pene, generalmente de aspecto normal en estado flácido, que se incurva en erección. Una curvatura superior a 30 grados se considera clínicamente significativa y una superior a 60 grados puede dificultar un coito satisfactorio en la edad adulta (grado de comprobación científica: 4).

Como solo se observa durante las erecciones, recomendamos a los padres o al niño si es mayor que hagan unas fotografías en distintas proyecciones cuando tenga el pene en erección.

La curvatura del pene puede ser ventral, dorsal o lateral. La mayoría de las curvaturas ventrales se asocian a hipospadias por *chordee* o a displasia ventral de los cuerpos cavernosos⁽⁶⁾. Asimismo, la curvatura dorsal se asocia principalmente a epispadias⁽⁷⁾. La curvatura del pene aislada no es frecuente, con una incidencia del 0,6%⁽⁸⁾ (grado de comprobación científica: 2). La curvatura está causada por la asimetría de los cuerpos cavernosos⁽⁶⁻⁹⁾.

La curvatura del pene se libera a menudo mediante un desguantamiento (*degloving*) del pene (curvatura [*chordee*] cutánea) y una extirpación del tejido conjuntivo de la curvatura genuina en la superficie ventral del pene. La placa uretral posee tejido conjuntivo bien vascularizado y no causa curvatura en la mayoría de los casos. La curvatura residual se debe a una desproporción del cuerpo y requiere un enderezamiento del pene, en su mayor parte mediante una ortoplastia dorsal (modificación de la plicatura dorsal de Nesbit)⁽⁹⁾ (grado de comprobación científica: 3, grado de recomendación: B).

La edad de intervención dependerá de la preocupación del chico y los padres. Hay que valorar que lo que nos planteamos es que pueda hacer un coito sin dificultad.

TABLA I. DIMENSIONES NORMALES DEL PENE.

Edad	Media ± DE	Media -2,5 DE
RN a término	3,5 ± 0,4	2,4
6 meses	3,9 ± 0,8	1,9
6-12 meses	4,3 ± 0,8	2,3
1-2 años	4,7 ± 0,8	2,6
2-3 años	5,1 ± 0,9	2,9
4-5 años	5,7 ± 0,9	3,3
5-6 años	6,0 ± 0,9	3,5
6-7 años	6,1 ± 0,9	3,9
7-8 años	6,2 ± 0,9	3,7
8-9 años	6,3 ± 1,0	3,8
9-10 años	6,3 ± 1,0	3,8
10-11 años	6,4 ± 1,1	3,7
Adulto	13,3 ± 1,6	9,3

Tomada de P.A. Lee, Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex

Micropene

El micropene es un pene con una configuración normal de al menos 2,5 desviaciones estándar (DE) por debajo de las medidas normales. Las dimensiones "normales" se recogen en la tabla I.

Se debe diferenciar del pene enterrado que se trata de un pene cuyo eje y longitud son normales, pero está cubierto y oculto por excesiva grasa a nivel suprapúbico y abdominal.

PATOLOGÍA VULVAR

Himen imperforado

Es la malformación genital obstructiva más frecuente en las niñas, y se ha descrito cierta prevalencia familiar⁽¹¹⁾. En el periodo neonatal o en la infancia temprana, se presenta como una fina membrana blanquecina que obstruye el introito vaginal, que protruye por una acumulación de secreción mucosa vaginal (mucocolpos). No obstante, la mayoría de las veces pasa inadvertido hasta la pubertad, donde se inicia como una membrana azulada protruyente junto con amenorrea primaria, un correcto desarrollo de los caracteres sexuales, dolor abdominal cíclico e, incluso, una masa pélvica palpable. El tratamiento consiste en la himenectomía mediante una incisión en "estrella"⁽¹²⁾. El momento

idóneo para la cirugía, si la paciente está asintomática, es la pubertad, pues el estímulo estrogénico favorece la cicatrización de la mucosa himeneal.

Sinequias vulvares

Las sinequias vulvares, o fusión labial, son procesos muy frecuentes que en ocasiones se confunden con la atresia vaginal. Se trata de un proceso adquirido, como consecuencia de una inflamación previa (vulvovaginitis) que causa la adhesión de los labios menores, los cuales aparecen como una delgada membrana semitransparente. Excepcionalmente, puede producir obstrucción urinaria si se prolongan anteriormente hacia el clítoris. El tratamiento es muy sencillo, no siempre necesario, y consiste en despegarlos con una pinza hemostática o "mosquito" hasta la horquilla vulvar. Para evitar la recidiva debe aplicarse lubricante urológico con tetracaína los primeros días y después vaselina estéril diariamente hasta los 15 días, que es el tiempo de regeneración del epitelio. Aun así, es frecuente la recidiva y solo la vigilancia materna con la separación diaria de los labios durante el baño la previene eficazmente⁽¹³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Task Force on Circumcision. Circumcision policy statement. *Pediatrics*. 1999; 103: 686-93.
2. American Academy of Pediatrics. Report of the Task Force on Circumcision. *Pediatrics*. 1989; 84: 388-91.
3. Schoen EJ. Benefits of newborn circumcision: is Europe ignoring medica. *Arch Dis Child*. 1997; 77: 258-60.
4. Schoen EJ, Colby CJ, Ray GT. Newborn circumcision decreases incidence and costs of urinary tract infections during the first year of life. *Pediatrics*. 2000; 105: 789-93.
5. Golubovic Z, Milanovic D, Vukadinovic V, Rakic I, Perovic S. Pediatric treatment of phimosis in boys. *Br J Urol*. 1996; 78: 786-8.
6. Pugliese JM, Morey AF, Peterson AC. Lichen sclerosus: review of the literature and current recommendations for management. *J Urol*. 2007; 178: 2268-76.
7. Kiss A, Király L, Kutasy B, Merksz M. High incidence of balanitis xerótica obliterans in boys with phimosis: prospective 10-year study. *Pediatr Dermatol*. 2005; 22: 305-8.
8. Bochove-Overgaauw DM, Gelders W, De Vylder AM. Routine biopsies in pediatric circumcision: (non) sense? *J Pediatr Urol*. 2009; 5: 178-80.
9. Celis S, Reed F, Murphy F, Adams S, Gillick J, Abdelhafeez AH, et al. Balanitis xerótica obliterans in children and adolescents: a literature review and clinical series. *J Pediatr Urol*. 2014; 10: 34-9.
10. Naji H, Jawad E, Ahmed HA, Mustafa R. Histopathological examination of the prepuce after circumcision: Is it a waste of resources? *Afr J Paediatr Surg*. 2013; 10: 164-6.
11. Usta IM, Awwad JT. Imperforate hymen: report of an unusual familial occurrence. *Obstet Gynecol*. 1993; 82: 655-6.
12. Rock JA, Horowitz IR. Surgical condition of the vagina and urethra. En: Rock JA, Thompson JD, eds. *The Linde's operative gynecology*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 913.
13. Cowell CA. The gynecologic examination of infants, children and young adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 1981; 28: 247-66.