

Original

Éxito del tratamiento conservador de la fimosis, ¿la pauta de aplicación de corticoide tópico influye?

I. VALDÉS MONTEJO¹, S. FUENTES CARRETERO², J.M. PRADILLOS SERNA³, E.D. ARDELA DÍAZ⁴,
S. VALLADARES DÍEZ⁴, M.P. DE CASTRO VECINO⁵

¹Servicio de Pediatría. Hospital de Mataró. Mataró, Barcelona. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital de Valladolid. ⁴Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

RESUMEN

Introducción. Actualmente no existe una pauta de aplicación única establecida para el tratamiento tópico corticoideo de la fimosis. Nos planteamos comparar la efectividad de dos de las pautas más utilizadas, así como la importancia de otros factores en el éxito del tratamiento conservador.

Material y métodos. Estudio analítico de tipo cohortes retrospectivas, incluyendo niños con fimosis no complicada a los que se instauró dos pautas distintas de aplicación de corticoide tópico (con periodo de descanso y con dosis descendente). Se estudió el resultado final circuncisión o curación en base a la pauta y a otros factores epidemiológicos.

Resultados. Se incluyeron 159 niños con edad media de 6 años. La pauta con descanso se aplicó en el 57,9% de los pacientes con una adherencia del 93,4% y una tasa de curación del 83,7%, frente al 79,1% de grupo con pauta descendente (diferencia no significativa). Se observó un mayor riesgo de circuncisión en pacientes con tratamiento tópico previo y con prepucio cicatricial y un papel protector de la adherencia al tratamiento. La presencia de balanitis previa o el grado de fimosis no se asocian con mayor fracaso del tratamiento.

Conclusiones. Las pautas de aplicación estudiadas no presentan diferencias significativas en la tasa de curación. No obstante, la adherencia es mayor con la pauta con des-

canso por lo que parece recomendable. Las balanitis y el grado alto de fimosis no serían contraindicación inicial del tratamiento conservador.

Palabras clave: Fimosis; Corticoide tópico; Circuncisión; Niños.

ABSTRACT

Introduction. Currently there is no single application guideline established for the topical corticosteroid treatment of phimosis. We set out to compare the effectiveness of two of the most widely used guidelines, as well as the importance of other factors in the success of conservative treatment.

Material and methods. Retrospective cohort-type analytical study, including children with uncomplicated phimosis who received two different regimens of topical corticosteroid application (with a rest period and a descending dose). The final result of circumcision or cure was studied based on the guideline and other epidemiological factors.

Results. 159 children with a mean age of 6 years were included. The regimen with rest was applied in 57.9% of the patients with an adherence of 93.4% and a cure rate of 83.7%, compared to 79.1% in the group with a descending regimen (non-significant difference). An increased risk of circumcision was observed in patients with previous top-

Correspondencia: Dra. Irene Valdés Montejo. Consorci Sanitari del Maresme. Carrer Cirera, 230. 08304 Mataró (Barcelona).
Correo electrónico: irenevaldes93@gmail.com

© 2022 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.

ical treatment and with scarred foreskin and a protective role of adherence to treatment. The presence of previous balanitis or the degree of phimosis is not associated with greater treatment failure.

Conclusions. The application guidelines studied do not show significant differences in the cure rate. However, adherence is greater with the rest pattern, so it seems advisable. Balanitis and a high degree of phimosis would not be an initial contraindication to conservative treatment.

Key words: Phimosis; Topical corticosteroid; Circumcision; Children.

INTRODUCCIÓN

La fimosis se define como la incapacidad de retraer la piel del prepucio evitando la exposición completa del glande. La mayoría de los recién nacidos presentan fimosis fisiológica debida a la adhesión congénita entre el prepucio y el glande, pero esto tiene tendencia a regresar de manera espontánea en torno a los tres años de vida^(1,2). Esta retracción fisiológica se asocia a las erecciones intermitentes que junto con la secreción blanquecina local que actúa como lubricante, permiten la separación entre ambos tejidos. También hay que recalcar la importancia de una adecuada higiene urinaria, dado que las retracciones suaves del prepucio con la micción son básicas para completar este proceso de resolución de la fimosis fisiológica.

Se conoce como fimosis patológica aquella en la que realmente el prepucio no es retraíble secundariamente a una cicatrización en la parte distal del mismo como puede ocurrir ante traumatismos o episodios infecciosos/inflamatorios a nivel local. Se suele caracterizar por la apariencia de un anillo fibroso de aspecto blanquecino alrededor del orificio prepucial y puede dar clínica de sangrado, disuria, erecciones dolorosas o balanitis de repetición.

La circuncisión ha sido una forma efectiva de tratamiento de la fimosis patológica, pero, desde que se dio el primer paso con el estudio de Jorgensen y Svensson en 1993⁽³⁾, en los últimos años, se ha ido comprobando como la aplicación tópica de corticoides es también un tratamiento con altas tasas de éxito⁽⁴⁻⁶⁾. Esta nueva forma de manejo de la fimosis resulta una manera más simple, segura, económica y eficaz para tratamiento tanto de niños pequeños como mayores.

Las pautas de aplicación del tratamiento con corticoide varían según la práctica clínica habitual en los diferentes centros. En la literatura existe recomendación sobre el uso de pautas largas de 4 a 8 semanas de corticoide al 0,05 o al 0,1%⁽⁷⁻⁹⁾. No obstante, no se concreta de qué manera es mejor

su aplicación o la duración exacta del tratamiento⁽¹⁰⁻¹²⁾. Por todo ello, desde nuestro servicio hemos planteado este estudio con el objetivo de comparar la efectividad de dos pautas (descendente y con descanso) en el tratamiento de la fimosis.

La pauta descendente consiste en la aplicación del corticoide 2 veces al día durante 4 semanas y, posteriormente reducir a 1 vez al día durante otras 4; mientras que la pauta con descanso intermedio consiste en dar el tratamiento 4 semanas, descansar 4 semanas y, nuevamente, aplicar otras 4 semanas. Hemos elaborado nuestro estudio siendo nuestra hipótesis principal que una pauta de aplicación con disminución progresiva de la dosis puede tener una mayor efectividad, a la vez que se monitoriza la continuidad del efecto positivo en el tiempo a medida que disminuimos la dosis de corticoide. De esta forma, queremos conseguir algún tipo de orientación terapéutica concreta y uniforme a la hora de determinar qué pauta de tratamiento puede ser más eficaz en nuestros pacientes.

La variable principal es el resultado final curación *versus* circuncisión.

Como objetivo secundario, nos hemos planteado analizar qué otros factores pueden tener relación con el éxito o el fracaso de este tratamiento tópico, como la edad, el grado de fimosis, la adherencia al tratamiento, el antecedente de balanitis previas o la presencia de prepucio cicatricial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio analítico de tipo cohortes retrospectivo. La población de estudio de referencia es la de niños entre 1 y 13 años derivados a la consulta de Cirugía Pediátrica por fimosis.

Los criterios de inclusión han sido presencia de fimosis, sin indicación absoluta de cirugía, en los que los padres aceptaron el tratamiento tópico con corticoide. Criterios de exclusión han sido presencia de uropatía, balanitis xerótica obliterante, infección del tracto urinario (ITU) febril de repetición y no aceptación por parte de los padres del tratamiento tópico.

Para evaluar el grado de fimosis de los pacientes se ha utilizado la Clasificación de Kayaba simplificada: grado I con prepucio nada retraíble; grado II con retracción que asoma meato; grupo III retraíble pero con anillo fimótico; grupo IV con mínimas adherencias balanoprepuciales; grupo V curado.

Las cohortes se establecieron en función de la práctica habitual del cirujano que atendía a cada paciente. Se aplicó el corticoide tópico betametasona 1 mg/ml (Betnovate®)

TABLA I. DATOS DESCRIPTIVOS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO.

Variable		Pauta descanso	Pauta descendente	Total
Edad media		6,27 ($\pm 3,15$)	7,31 ($\pm 3,2$)	6,7 ($\pm 3,2$)
Tratamiento previo	Sí	42,4%	44,8%	43,4%
	No	57,6%	55,2%	56,6%
Infecciones previas	Sí	18,5%	14,9%	17%
	No	81,5%	85,1%	83%
Prepucio	Normal	93,5%	97%	95%
	Cicatricial	6,5%	3%	5%

en dos pautas de aplicación diferentes, durante 8 semanas completas de tratamiento. A un grupo de pacientes se administraba el corticoide 2 veces al día durante 4 semanas y, posteriormente, 1 vez al día durante otras 4 semanas; y al otro, la pauta con un descanso intermedio, es decir, 4 semanas de tratamiento, 4 semanas de descanso y, nuevamente, 4 semanas de tratamiento. Junto a ambas pautas terapéuticas se instruyó a las familias en las medidas higiénicas, el adecuado hábito miccional y las retracciones suaves al realizar micciones. A las 12 semanas todos fueron reevaluados, y en los casos con respuesta incompleta, se instauró un nuevo ciclo de corticoide con la misma pauta de aplicación.

El resultado final fue definido como curación (si el prepucio era completamente retraíble tras uno o varios ciclos de corticoide) o circuncisión (si no se consiguió adecuada retracción prepucial).

Para nuestro objetivo secundario, dentro de cada uno de los grupos, en cuanto a las variables analizadas como posibles factores a influir en el éxito o fracaso de la terapia tópica, se incluyeron: edad, tratamiento tópico previo, balanitis o infecciones del tracto urinario (ITU) previas, tipo de prepucio (cicatricial o no), grado de fimosis inicial y la adherencia al tratamiento.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS® Inc; Versión 23.0 para Windows. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas como media \pm desviación estándar (DE). Se ha efectuado un análisis descriptivo univariante de las diferentes variables evaluadas. Se empleó la prueba χ^2 para analizar la asociación entre variables cualitativas. Se realizó un análisis univariante mediante regresión logística para analizar la asociación entre las variables y el resultado final y análisis de regresión logística multivariante para corregir potenciales variables de confusión. Se consideraron valores de $p < 0,05$ estadísticamente significativos.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de la Investigación con medicamentos de nuestra Área de Salud con número 1921.

RESULTADOS

Un total de 159 niños se han incluido en el estudio. La edad media fue de 6 años (1-13 años). De ellos, un 43,4% (69/159) habían recibido tratamiento tópico previo a su llegada a consulta y un 5% (8/159) presentaba un prepucio de características cicatriciales. Dentro de los grados de fimosis recogidos a su llegada a consulta: 57,9% (92/159) presentaban un grado I, 18,2% (29/159) grado II y 23,9% (38/159) grado III. El porcentaje de adherencia terapéutica fue del 88% (139/159), con un 81,8% (130/159) de pacientes curados. La pauta de descanso se aplicó en un 57,9% (92) de los pacientes y la de descenso en el 42,1% (67) restante. Los datos descriptivos de la población se resumen en la tabla I.

Ambos grupos de estudio resultaron homogéneos en cuanto a las características basales, tratamiento previo, presencia de prepucio cicatricial y balanitis o ITU. Sólo se detectó diferencia significativa en la edad media de los niños incluidos, mayor en el grupo con pauta descendente (7,3 años frente a 6,3) aunque no pareció tener impacto en el resultado final.

En cuanto al resultado final, fueron circuncidados un 16,3% de niños del grupo de pauta de descanso y un 20,9% del de descenso, sin llegar a la significación estadística ($p = 0,199$).

La adherencia a las pautas de tratamiento fue del 93,4% en el grupo de pauta de descanso y 80,6% en la pauta descendente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Respecto al análisis de los factores que pudieran influir en el evento circuncisión, encontramos que el haber tenido un tratamiento corticoideo previo y el prepucio cicatricial se asocian a un mayor riesgo de manera estadísticamente significativa. Los niños que habían recibido tratamiento previo presentaban una OR de 9 y aquellos con prepucio cicatricial, OR de 21, ($p < 0,05$).

La adherencia al tratamiento fue factor protector del evento circuncisión con una OR de 0,053 ($p < 0,05$).

La edad de los niños no fue factor determinante en la necesidad de circuncisión, ni tampoco el haber tenido balanitis o ITUs previas ni el grado de fimosis inicial.

DISCUSIÓN

La fimosis es una entidad fisiológica, que por lo general se resuelve de manera espontánea con el crecimiento, pero existen unas tendencias o diferencias culturales que suelen llevar a tratarla de una manera más activa. La importancia de cuidar y no sobre tratar a estos niños, evitando realizar sobre ellos procedimientos invasivos, ha sido lo que nos ha movido a realizar este estudio, buscando de esta forma, la manera más óptima para estandarizar el tratamiento tópico de la fimosis.

A lo largo de estos últimos años, son muchos los estudios sobre el tratamiento de la fimosis con corticoides tópicos, centrándose en comparar su eficacia con respecto a la circuncisión o en evaluar qué efectividad tiene cada tipo de corticoide^(13,14). En nuestro estudio, hemos querido acotar mejor la forma de aplicación terapéutica de este tratamiento tópico, para intentar demostrar si entre dos pautas conocidas de aplicación, una es mejor que la otra. El estudio ha incluido a un número importante de pacientes y se han concluido unos datos globales de curación muy interesantes, evitando la cirugía en un 80% de los pacientes que llegan a la consulta de Cirugía Pediátrica, lo que nos mueve a pensar que la mayor parte de estos casos podrían ser tratables en la propia consulta del pediatra de Atención Primaria.

En cuanto a la homogeneidad de los pacientes estudiados, se han encontrado diferencias significativas en la edad media de los pacientes de ambos grupos, siendo mayor en el grupo de pauta descendente. No obstante, como hemos visto previamente en los resultados, el análisis multivariante refleja que la edad por sí sola no aumenta la posibilidad de circuncisión, de manera que no parece que esta diferencia haya podido influir en los resultados globales sobre el éxito de una pauta u otra. Cabría pensar que los pacientes de mayor edad podrían tener una peor respuesta por una

posible menor flexibilidad del prepucio, pero a la vista de los resultados, la edad no debería ser una contraindicación al tratamiento tópico como alternativa a la cirugía.

La respuesta al objetivo principal de nuestro estudio es que no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambas pautas de tratamiento tópico. El porcentaje de resolución de la fimosis es levemente superior en la pauta con descanso intermedio pero no se alcanza la significación estadística.

El porcentaje de éxito del tratamiento en ambos grupos globalmente ha sido en torno al 80%, lo cual recalca la validez de esta intervención como una primera línea terapéutica para la fimosis no complicada, preferiblemente en forma de ciclos largos de entre 4 y 8 semanas como recomienda la literatura e insistiendo en las maniobras de higiene y retracciones suaves que complementan el efecto del corticoide.

Las recomendaciones dadas en la consulta para el tratamiento abarcaban no sólo la correcta administración de la crema corticoidea sino también el seguir las medidas de higiene y retirar suavemente el prepucio en la medida de lo posible con cada micción^(15,16). La experiencia subjetiva con estos pacientes en consulta nos hacía intuir que cuando la colaboración para retracciones era menor, la adherencia al tratamiento también estaba afectada y esto repercutía directamente sobre el resultado final. Podría existir una relación entre la edad del paciente y el grado de colaboración, lo que nos haría pensar en una edad ideal para la aplicación del tratamiento tópico, que no fuera muy temprana para conseguir esta implicación por parte del niño. La importancia de estas medidas higiénicas y la colaboración del paciente aisladamente podría ser objeto de futuros estudios.

Otro dato de interés es la mayor adherencia terapéutica encontrada con la pauta descendente. Aunque no ha habido diferencias significativas en cuanto a la curación entre ambas pautas, sí que es importante conocer que si una de ellas presenta una mejor adherencia terapéutica, podría ser más recomendable ya que nuestros datos indican que la adherencia es un factor protector frente a la circuncisión. Para fomentar esta adherencia consideramos que una buena implicación educativa por parte del personal sanitario, tanto pediatra, cirujano pediátrico o enfermero, hacia las familias, sería de gran importancia para conseguir unos resultados deseados en cuanto al uso del tratamiento tópico.

En cuanto a nuestros objetivos secundarios, los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que el antecedente de balanitis, o el grado inicial de fimosis, no influyen en el resultado, de manera que en estos pacientes, incluso con fimosis muy cerradas, de inicio podría estar recomendado

aplicar tratamiento tópico y no derivar inicialmente para cirugía.

Dentro de los factores que hemos encontrado que suponen un factor de riesgo para la cirugía están la aplicación previa de tratamiento tópico y la presencia de prepucio cicatricial. En ocasiones, encontramos pacientes a los que se les ha indicado la terapia tópica de manera precoz, incluso antes del control de esfínteres. Consideramos que el tratamiento tópico de la fimosis no complicada estaría indicado por encima de los 3-4 años, cuando pueden colaborar para las medidas higiénicas de limpieza y retracciones, si éstas aisladamente no han propiciado la resolución espontánea de la fimosis fisiológica. Recomendaríamos intentar evitarla en niños demasiado pequeños sin factores de riesgo, como uropatías o ITUs, donde consideramos aun la fimosis fisiológica, a la vista del mayor riesgo de fracaso terapéutico en este grupo de pacientes con tratamiento previo.

En cuanto al prepucio cicatricial, que se consideraría ya fimosis patológica, existen recomendaciones a favor del uso del tratamiento tópico^(2,7,9). No obstante, nuestros datos indican una mayor probabilidad de circuncisión. Esto puede estar en relación con la presencia de balanitis xerótica obliterante o liquen escleroatrófico^(17,18), que en ocasiones no se identifica de entrada en prepucios muy cerrados, siendo diagnosticada en el momento de la cirugía. Estudios previos han mostrado que la balanitis xerótica obliterante en ocasiones puede llegar a requerir varias intervenciones⁽¹⁹⁾. Estos casos de prepucio claramente cicatricial o sospecha de balanitis xerótica obliterante podrían derivarse de manera precoz a la consulta de Cirugía Pediátrica, dada su propensión a una peor evolución y mayor necesidad de cirugía.

Las limitaciones de este estudio son su carácter retrospectivo con ausencia de aleatorización. Una aleatorización de los casos a cada tratamiento habría aportado más solidez a nuestros resultados asegurando grupos totalmente homogéneos. También hay que considerar que se trata de pacientes derivados a la consulta de Cirugía Pediátrica, lo que nos hace suponer que muchos pueden haber sido tratados con éxito en Atención Primaria sin llegar a la consulta de cirugía. Esto nos haría perder datos sobre factores asociados al éxito del tratamiento. El tamaño de la muestra no es desdeñable, pero con una mayor variabilidad clínica entre los pacientes estudiados se podrían extrapolar mejor los resultados obtenidos a la población general.

En el futuro planteamos ampliar este tipo de estudios para valorar la importancia de factores como las medidas higiénicas y recomendaciones sobre el cuidado del prepucio o la presencia de patología concomitante como la dermatitis atópica u otros procesos con base inmunitaria.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la fimosis no complicada con corticoide tópico consigue, en base a múltiples estudios, altas tasas de curación y es por ello que se recomienda actualmente como tratamiento inicial en los niños en ciclos de 4-8 semanas. Teniendo en cuenta todos los datos recogidos en este estudio, así como los resultados obtenidos, la pauta aplicada no resulta tan importante, pero sí lo es la adherencia al tratamiento. Este es un pilar clave para el éxito y, ante los resultados obtenidos, nuestra recomendación es el uso de la pauta de descanso, que es la que más adherencia ha generado entre nuestros pacientes y ha obtenido una mayor tasa de curación (aunque no significativa). La indicación de tratamiento tópico incluye también las situaciones de niños mayores, balanitis previas o prepucio muy cerrado, ya que se ha visto que incluso en estos casos el uso de corticoide tópico es efectivo para evitar la cirugía. Por otro lado, convendría no iniciar el tratamiento tópico de manera muy precoz, evitando sobre tratar a las fimosis fisiológicas no complicadas en niños incontinentes menores de 3-4 años, así como valorar la derivación precoz al especialista de los casos de prepucio cicatricial.

Futuros estudios son necesarios para valorar el papel de las medidas de educación higiénico-sanitaria en la resolución de la fimosis fisiológica no complicada o el papel de otros factores en la necesidad de circuncisión como la dermatitis atópica u otras afecciones cutáneas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zampieri N, Corroppolo M, Zuin V, Bianchi S, Camoglio FS. Phimosis and topical steroids: new clinical findings. *Pediatr Surg Int.* 2007; 23: 331-5.
2. Lee JW, Cho SJ, Park EA, Lee SJ. Topical hydrocortisone and physiotherapy for nonretractile physiologic phimosis in infants. *Pediatr Nephrol.* 2006; 21: 1127-30.
3. Jorgensen ET, Svenson A. The treatment of phimosis in boys with a potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05%) cream. *Acta Derm Venereol.* 1993; 73: 55-6.
4. Esposito C, Centonze A, Alicchio F, Savanelli A, Settini A. Topical steroid application versus circumcision in pediatric patients with phimosis: a prospective randomized placebo controlled clinical trial. *World J Urol.* 2008; 26: 187-90.
5. Ashfield JE, Nickel KR, Siemens DR, McNeily AE, Nickel AE, Curtis J. Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. *J Urol.* 2003; 169(3): 1106-10.
6. Kikiros CS, Beasley SW, Woodward AA. The response of phimosis to local steroid application. *Pediatr Surg Int.* 1993; 8: 329-32.

7. Orsola A, Caffaratti J, Garat JM. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroid. *Urology*. 2000; 56: 307-10.
8. Webster TM, Leonard MP. Topical steroid therapy for phimosis. *Can J Urol*. 2002; 9: 149-5.
9. Lund L, Wai KH, Mui LM, Yeung CK. An 18-month follow-up study after randomized treatment of phimosis in boys with topical steroid versus placebo. *Scan J Urol Nephrol*. 2005; 39: 78-81.
10. Yang C, Liu X, Wei GH. Foreskin development in 10421 Chinese boys aged 0-18 years. *World J Pediatr*. 2009; 5: 312-5.
11. Moreno G, Corbalán J, Peñaloza B, Pantoja T. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 9: CD008973.
12. Palmer LS, Palmer JS. The efficacy of topical betamethasone for treating phimosis: a comparison of two treatment regimens. *Urology*. 2008; 72: 68-71.
13. Elmore JM, Baker L, Snodgrass W. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis younger than 3 years. *J Urol*. 2002; 168: 1746-50.
14. Schon EJ, Wiswell TE, Moses S. New policy on circumcision—causes for concern. *Pediatrics*. 2000; 105: 62-3.
15. Wilcox D, Baskin LS, Drutz JE, Kim MS. Care of the uncircumcised penis in infants and children. *UpToDate*. 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/care-of-the-uncircumcised-penis-in-infants-and-children?search=uncircumcises%20penis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
16. Gómez-Cobian A. Tratamiento tópico en la fimosis. *Familia y Salud*. AEPap; 2016. Disponible en: <https://www.familiasalud.es/sintomas-y-enfermedades/genitales/de-ninos/tratamiento-topico-en-la-fimosis>
17. Morales JC, Cordiés E, Guerra M, Mora B, Morales A, González P. Should circumcision be performed in childhood? *Arch Esp Urol*. 2002; 55(7): 807-11.
18. Vincent MV, Mackinnon E. The response of clinical balanitis xerotica obliterans to the application of topical steroid-based creams. *J Pediatr Surg*. 2005; 40: 70-12.
19. Leganés Villanueva C, Gander R, Royo Gomes G, Ezzeddine Ezzeddine M, López Paredes M, Asensio Llorent M. Tratamiento de la balanitis xerótica obliterante en pacientes pediátricos. *Cir Pediatr*. 2020; 33: 79-83.