

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CIRCUNCISION EN EL NIÑO"

Trabajo desarrollado en el Departamento de
Pediatria del Hospital Militar de Guatemala

ANTONIO MENDOZA REYES

1970

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVO
2. HISTORIA
3. EMBRIOLOGIA
4. ANATOMIA
5. INDICACIONES
6. MATERIAL Y METODOS
7. RESULTADO Y DISCUSION
8. COMPLICACIONES
9. SUMARIO
10. CONCLUSIONES
11. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El presente trabajo de tesis, tiene por objeto analizar la circuncisión en el niño.

Mucho se ha escrito al respecto de que esta intervención quirúrgica es innecesaria y por lo mismo los obstetras, pediatras, cirujano pediatras y urólogos no se han puesto de acuerdo sustentando cada quien su criterio al respecto.

Cansever ha señalado que la circuncisión que se efectúa en el recién nacido puede ser tomada como una agresión para el niño en detrimento de su adaptación (4).

No es aceptable, según Bolande, que el padre del niño sea el que solicite la circuncisión, y por el contrario aconseja que sea el médico el que indique si está justificada su práctica (4).

Han existido épocas y lugares en que la circuncisión se ha vuelto popular como en el caso del Hospital Municipal de Darndstat, (Alemania) en donde de la noche a la mañana la circuncisión en el período neonatal se elevó hasta un 80 o/o debido a un *cambio en la política operatoria*. En algunas ocasiones se ha recomendado como una medida higiénica como lo relata Morrison, de Australia al comparar la circuncisión entre aborígenes y emigrantes blancos y que luego fue revestida de adornos rituales (4).

Estudios efectuados en Alemania revelan que el 8.8 o/o de los soldados presentaban fimosis "aguda" y que requieren la circuncisión. Si nos referimos al recién nacido, muchos autores consideran que la fimosis congénita es fisiológica y se observa casi en el 100o/o de los niños.

Llama la atención que la circuncisión en el niño a pesar que profanos y médicos la discuten en diferentes tópicos, poco se ha publicado y consecuencia de ello la bibliografía al respecto es escasa, no así la circuncisión en el adulto.

Sirva el presente trabajo como una revisión y análisis de este problema quirúrgico y que quizás con el tiempo se defina con exactitud su práctica en el campo de la cirugía pediátrica.

Circuncisión: una incisión alrededor

Este rito ordenaba cortar el prepucio. Se ha considerado como consagración a Dios. Era ante todo una señal sensible e indeleble de unión de Dios con su pueblo y de la pertenencia a él de todos los circuncidados.

Según Heródoto, los egipcios se vanagloriaban no sólo de haber ideado la circuncisión sino también de haber difundido esta práctica a otros pueblos. Es seguro que la operación se practicaba en épocas muy remotas y se han encontrado restos de hombre circuncidado que vivieron unos 5000 años antes de Cristo.

A pesar de lo que describe Heródoto acerca de los egipcios, lo cierto es que la práctica de la circuncisión estaba extendida a pueblos que existieron antes de la civilización egipcia.

Según la biblia, el patriarca Abraham la observó por mandato de Dios como la señal indeleble de unión con su familia. De Abraham pasó a todos sus descendientes judíos y de éstos a los musulmanes. Este patriarca se circuncidó a los 99 años, circuncidó a su hijo Ismael y a todos sus criados.

Se les exigía a los esclavos y a los prosélitos del judaísmo. Todas las naciones que descienden de Abraham, hebreos, israelitas, árabes, etc. conservaron también la práctica de la circuncisión. Los judíos juzgaban a los incircuncisos como impuros y la mayor ofensa que podía recibir uno de ellos era ser llamado *incircunciso*.

El Talmud de los hebreos indica *la circuncisión debe de ser una muestra del pacto con Dios*, así como el arco iris fue la muestra del pacto de Dios con Noé.

Para San Pablo era un recuerdo de la fe de Abraham y la sombra del bautismo.

La operación fue conocida en Asia, y en contra de lo que podía esperarse se extendió a Europa, se practicaba entre los indios de América del Norte. Los polinesios, los melasios y los indígenas de Australia. Es evidente que estos pueblos posiblemente nada han tenido que ver con la civilización egipcia y debe aceptarse como una especie de difusión cultural.

En la actualidad es un rito en la religión mahometana y aunque no se describe en el Corán, prevalece donde se practica esta religión. Según Philo es una medida para preservar la salud y la limpieza. Mainonides la indicaba para contrarrestar la lujuria excesiva o bien para perfeccionar al hombre.

EMBRIOLOGIA DEL PENE

PERIODO INDIFERENCIADO

En los embriones muy jóvenes, se forma en la línea media en posición inmediatamente cefálica respecto a la depresión del Proctodeo, una elevación vagamente esbozada denominada Eminencia Cloacal. Esta se diferencia pronto y se convierte en una prominencia central, el tubérculo genital, que finalmente se diferencia para constituir el pene, en el macho o el clitoris en la hembra. A lo largo de la superficie caudal del tubérculo genital se encuentran los pares de pliegues genitales que se extienden hacia el proctodeo. Entre los pliegues genitales se observa una depresión longitudinal, en cuya región proximal se abre el Seno Urogenital. Esta abertura (orificio urogenital) estaba separada de la abertura anal cuando el pliegue uorrectal subdividió la cloaca primitiva. Mas lateralmente a ambos lados de los pliegues genitales, hay un par de elevaciones vagamente delineados que se conocen con el nombre de prominencias genitales, que se diferencian para formar los pliegues escrotales en el macho o los labios mayores en la hembra.

PERIODO DIFERENCIADO

Si el individuo se convierte en macho, el crecimiento del Tubérculo Genital es especialmente pronunciado al alargarse para formar el pene. En la superficie caudal del pene, los Pliegues Genitales se elevan en forma muy visible y flanquean una depresión media que se profundiza denominada Hendidura o Surco Uretral. Hacia fines del tercer mes los pliegues genitales o como es más probable que se les llame en ese momento, los pliegues uretrales comienzan a cerrarse sobre la Hendidura Uretral de manera muy similar a como se cerró el surco neural para formar el tubo neural. De este modo, la uretra masculina se alarga por el agregado de una porción peneana. Este hecho, en efecto, traslada la salida urogenital desde su ubicación original en la raíz del pene hasta la extremidad distal. La línea de cierre de

la Hendidura Uretral queda señalada por la formación semejante a una cicatriz, llamada rafe peneano (uretral) en la parte inferior del pene adulto. A lo largo del rafe por alguna razón desconocida la piel tiende a pigmentarse en forma mucho más intensa.

Al mismo tiempo que se constituye la uretra, se forma el prepucio sobre el glande del pene y éste resulta de una combinación entre un pliegue prepucial, que nace inmediatamente junto al Surco Coronario y el crecimiento de una laminilla epitelial glandeprepucial que tiene que romperse antes que el prepucio pueda retraerse. Las estructuras relacionadas con el desarrollo del prepucio corresponden a los pliegues uretrales y como dichos pliegues uretrales no se fusionan en el feto femenino, el prepucio del clítoris queda incompleto por debajo semejando un capuchón.

Las prominencias Genitales son al principio pliegues más bien alargados situados en la región inguinal a ambos lados del pene en desarrollo. En las etapas posteriores estos pliegues se desarrollan más marcadamente en sus porciones caudales, que se expanden y se unen entre sí en la línea media en el lado anal de la raíz del pene. La línea de unión constituye el rafe-escrotal continuación del rafe peneano en la región del perineo.

ANATOMIA DEL PENE

PENE

Está situado inmediatamente encima de las bolsas escrotales delante de la sínfisis del pubis. Se dirige oblicuamente hacia arriba y adelante. Al llegar a la sínfisis se desprende de la región profunda y se hace libre y se rodea de una cubierta cutánea presentando dos porciones, una perineal y una porción libre. Esta última en estado de flacidez se presenta péndula formando con la primera el ángulo del pene. En estado de erección se eleva hacia el abdomen continuando entonces la dirección de la porción perineal. Se consideran en el pene el cuerpo y dos extremidades.

El cuerpo es cónico algo aplanado de adelante atrás con una cara superior, otra inferior y dos bordes laterales. Extremidad posterior o raíz del pene. Y la extremidad anterior que está representada por el glande y su prepucio.

El glande es una eminencia conoide formada por el vértice dirigido hacia adelante (meato urinario), la base cortada a bisel a expensas de su cara inferior y excediendo del cuerpo del pene por la corona, está limitada por el surco coronario o balano prepucial. La superficie exterior lisa que presenta en su parte inferior un surco medio el frenillo y las fositas laterales del mismo.

El prepucio es un repliegue dispuesto alrededor del glande. Se consideran en él la superficie anterior formada por la mucosa correspondiente al glande. La superficie exterior formada por la piel. La circunferencia posterior que comprende el surco balano-prepucial. La circunferencia anterior libre que forma el orificio prepucial. Se llama cavidad del prepucio el espacio comprendido entre el prepucio y el glande. Las dimensiones longitudinales del prepucio son variables unas veces rebasa el glande, otras termina detrás del meato. En ocasiones el orificio prepucial es más estrecho que no deja pasar el glande (fimosis).

CONSTITUCION ANATOMICA:

El pene se compone de formaciones eréctiles que comprenden: a) Los dos cuerpos cavernosos y b) el cuerpo esponjoso.

Envolturas o cubiertas del pene son cuatro superpuestas de afuera a adentro: a) cubiertas cutánea: ésta se continúa por detrás con la piel del abdomen y de las bolsas por delante, se refleja para formar la mucosa del prepucio, piel fina muy movable y de color oscuro, teniendo en su cara inferior un rafe medio continuación de las bolsas. b) cubierta muscular: Está formada por fibras musculares lisas en su mayor parte longitudinal, otras transversales u oblicuas que constituyen en su conjunto el dartos del pene. (continuación del dartos de las bolsas). c) Cubierta celulosa: por la cual corren los vasos y nervios superficiales, d) Cubierta elástica: hoja elástica (o facia del penis que descansa directamente sobre las formaciones eréctiles), por detrás la facia penis se continúa con el ligamento suspensorio y con la aponeurosis perineal superficial, por delante se adosa a la base del glande y al fondo del saco circular que forma la mucosa del prepucio al reflejarse sobre la corona.

VASOS Y NERVIOS

Las arterias se dividen en arterias de las cubiertas y de los órganos eréctiles. Las arterias de las cubiertas proceden de las pudendas externas y de la perineal superficial. Las arterias de los órganos eréctiles están formadas en el cuerpo esponjoso por la arteria bulbo uretral (rama de la pudenda interna) y por la dorsal del pene. En los cuerpos cavernosos por las dos arterias cavernosas y la dorsal.

VENAS

Las venas forman dos sistemas: Sistema superficial y sistema profundo. El sistema venoso superficial tiene su origen en las cubiertas. La mayor parte de las venas que lo constituyen desaguan en la vena dorsal superficial que corre por el dorso del pene, en el tejido celular subcutáneo llega delante de la sínfisis y allí dobla hacia afuera para terminar en la safena ya del lado derecho ya del lado izquierdo (y a veces en las dos, después de haberse bifurcado). El sistema venoso profundo tiene su origen en los órganos eréctiles y de las numerosas venas que lo constituyen unas van a la vena dorsal profunda que corre por el dorso del pene, debajo de la fascia penis y va a desaguar en el plexo de Santorini (tributario de las pudencias internas) y otras van a desembocar directamente al plexo de Santorini.

LINFÁTICOS

Los linfáticos se dividen, como las venas en superficiales y profundas. Los linfáticos superficiales que nacen de los tegumentos y terminan en su mayor parte en el tronco linfático dorsal superficial y por mediación de éste en los ganglios inguinales superficiales. Linfáticos profundos tienen su origen en la mucosa del glande y se reúnen en un tronco o varios troncos linfáticos dorsales profundos ya (por el conducto inguinal) en los ganglios ilíacos externos. Algunos linfáticos van a los ganglios prevesicales atravesando la aponeurosis perineal media.

NERVIOS

Los nervios proceden los de las cubiertas de los ramos genitales del plexo lumbar y del nervio pudendo interno rama del plexo sacro. Los destinados a los órganos eréctiles del gran simpático por el plexo hipogástrico y del sistema cerebro espinal por el nervio dorsal del pene y el nervio perineal superficial dos ramas del plexo sacro.

INDICACIONES DE CIRCUNCISION

La civilización Occidental se ha familiarizado con la circuncisión gracias a la práctica que los judíos y árabes principalmente, hacen de ella.

La extirpación quirúrgica del prepucio es una operación mutilante. Por lo tanto para la indicación de circuncisión, el médico debe estar plenamente convencido de la necesidad y utilidad de su ejecución.

Indicaciones de Circuncisión

1. Fimosis
2. Prepucio Redundante
3. Fimosis y Prepucio redundante
4. Estenosis congénita del Meato Urinario. (Tiempo previo)
5. Infecciones
6. Traumatismos
7. Factor Psicológico
8. Prevención cáncer del pene en el hombre
9. Prevención cáncer del Cérvix en la mujer.

En los primeros meses de la vida intra uterina la superficie viseral del prepucio está unida al glande por epitelización y normalmente se separan estas dos estructuras por absorción del epitelio en el último trimestre de la vida fetal o en los primeros días de vida.

Si nos referimos exclusivamente al recién nacido debemos de tener en cuenta que existe Fimosis fisiológica al momento del nacimiento y solo el 4 o/o de estos niños tienen prepucio retraible, a los seis meses lo presentan el 25 o/o, al año el 50 o/o y no es sino hasta el tercer año de la vida que el 90 o/o tienen el prepucio retraible. Debe de entenderse como fimosis la condición que imposibilita retraer el prepucio más allá del glande y del surco balano prepucial. Condiciona la retención de smegma, litiasis prepucial, balano postitis é irritación crónica.

Hay casos por lo descrito anteriormente y por presentar prepucio redundante que se indica circuncisión como una medida higiénica. La circuncisión en el recién nacido valorando las referencias anteriores puede tener justificación como

indicación profiláctica, evita un riesgo anestésico, quirúrgico y fisiológico menor, una economía para los padres, pero condiciona a un trauma en los primeros días de adaptación fisiológica del recién nacido, predispone a hemorragia e infecciones.

En la estenosis del meato urinario en la cual este orificio circular se presenta como un "agujero de alfiler" es importante que no exista fimosis, para retraer el prepucio o que exista circuncisión y poder hacer el diagnóstico de estenosis congénita del meato urinario. Hay estenosis adquirida más frecuente en niños de ocho a diez meses de edad y en niños incircuncisos, consecutiva a úlcera meatal por uretis y prepucio redundante. La cicatrización posterior de dicha úlcera la origina y a la inspección del meato urinario se encuentra tejido cicatrizal alrededor del orificio disminuido de calibre. Al enfocar más la atención en la estenosis del cuello vesical, como causa anatómica de pielonefritis, se ha observado que algunos niños sufren estenosis del meato, que desencadenan un conjunto de hechos clínicos idénticos a los observados en la obstrucción del cuello de la vejiga. En estos niños existe infección residivante de vías urinarias, aumento de la tensión intra vesical y por último, desencadena reflujo e hidronefrosis.

En el pequeño que sufre estenosis meatal casi siempre hay ensanchamiento de la uretra distalmente al cuello de la vejiga. Por ello debe de corregirse la estenosis y en ocasiones ser necesaria la circuncisión previa a la meatotomía (21).

Los niños fimóticos pueden presentar parafimosis como consecuencia a falta de cuidados higiénicos, masturbación, etc., aunado a prepucio redundante y aun en forma inadvertida la piel ajustada puede retraerse y la tumefacción y edema consecutivos impide que el prepucio vuelva a su posición normal. Si no se corrige puede ocurrir necrosis del glande. De acuerdo a su gravedad puede indicarse tratamiento médico que corrientemente termina en una incisión liberadora y circuncisión posterior. Algunos autores recomiendan la circuncisión como cura quirúrgica definitiva de la parafimosis a pesar del edema que presente (22).

La balanopostitis residivante, expresión de infección en dichas regiones anatómicas es indicación obligada de circuncisión.

Indicación de circuncisión en aquellos pacientes que sufren traumatismos del prepucio como heridas cortantes,

contundentes, aplastamientos de piel que desintegran anatómicamente estos tejidos. Como factor psicológico entre los varones de una familia ya Freud hacia referencia a los problemas que se pueden desencadenar cuando un miembro, hermanos principalmente no está circuncidado.

En la raza judía en la cual se practica la circuncisión por motivo religioso en la época del recién nacido. Se ha reportado hasta la fecha únicamente cuatro casos de carcinoma del pene imputados a malas condiciones de higiene y a diatesis cancerosa. Lickeider reporta en protestantes y católicos 94 o/o de cáncer del pene y el 6 o/o restante entre judíos y otras religiosas. Plant y Kohnsneyer han demostrado la acción carcinogénica del smegma.

Normalmente el smegma es la única sustancia que se encuentra en la cavidad prepucial desde el nacimiento. Estos autores obtuvieron tumores de mucosas y piel en ratones sometidos a la acción de smegma humano y equino. Se supone que los esteroides smegmáticos se transforman en esteroides carcinógenos como resultado de la retención de smegma y por la acción del *Mycobacterium smegmatis*.

Se ha descrito que un 60 a 80 o/o de pacientes con carcinoma del pene presenta fimosis. Es evidente que la circuncisión es preventiva al cáncer del pene.

El significado biológico del factor circuncisión del cáncer del cérvix en la mujer descansa en el hecho epidemiológico que la incidencia del cáncer es baja en las mujeres judías y se reporta solo un 3 o/o en contra posición de un 63 o/o en mujeres cuyos esposos no tenían circuncisión. Puede invocarse la acción carcinogénica del smegma.

La cirugía es universalmente practicada en tribus primitivas en forma cruel y cruda. Se trata frecuentemente de alterar la apariencia externa de piel, cabeza, nariz y órganos genitales externos. La circuncisión y la clitorectomía son usadas extensamente como ritos, de la pubertad y de iniciación. La circuncisión ha sido practicada por gran variedad de gentes primitivas. Actualmente la practican los africanos, australianos, malayos, indios de norte y sur américa, fijianos y samohanos, empleándose como rito de iniciación viril. La circuncisión neonatal la practican los judíos, ciertas tribus del África, indios de norte américa, aborígenes de Nicaragua y algunos grupos árabes como ritual religiosos. Los mohametanos la indican entre

los 9 y 10 años de edad con el mismo fin. De todo ello se deduce que sin contar con la opinión médica y sin base científica se practica a través de rituales religiosos o ancestrales.

Debe de quedar establecido que nunca se efectuará circuncisión en niños que presenten hipospadias en cualquiera de sus formas ya que el prepucio servirá para efectuar la plastia correspondiente.

Se deberá tener en cuenta también la religión que profesan sus padres ya que algunas religiones prohíben la práctica de esta intervención quirúrgica y la consdideran como una mutilación.

MATERIAL Y METODO

En el presente trabajo se efectúa un análisis clínico quirúrgico de 148 niños circuncidados en el Departamento de Pediatría del Hospital Militar Central en el tiempo comprendido del 1o. de Febrero de 1964 al 30 de septiembre de 1970.

Para llevar a efecto este estudio se tomó en cuenta lo siguiente:

1. Historia clínica y exploración física de cada uno de los pacientes.
2. Evaluación quirúrgica de la indicación de circuncisión.
3. Record operatorio de cada intervención quirúrgica.
4. Experiencia como ayudante del que sustenta este trabajo en los actos quirúrgicos.
5. Evaluación y controles post operatorios en la consulta de Cirugía del Departamento de Pediatría en el Hospital Militar.

El desarrollo de este trabajo se llevó a cabo en la forma siguiente:

- a) consideraciones de las condiciones quirúrgicas de circuncisión.
- b) estudio comparativo de consultas para efectuar circuncisión, y circuncisiones efectuadas en el tiempo ya indicado y número total de intervenciones quirúrgicas practicadas.
- c) descripción de las técnicas quirúrgicas empleadas.
- d) relación entre niños que han padecido infección urinaria y circuncisión.

- e) complicaciones quirúrgicas encontradas.

RESULTADOS Y DISCUSION

En el departamento de Pediatría del Hospital Militar y en el tiempo comprendido del 1 de febrero de 1964 al 30 de septiembre de 1970, es decir en un lapso de 6 años 8 meses; se han efectuado 28256 consultas y emergencias de las cuales corresponden 336 consultas para desidir la indicción de circuncisión, que corresponde a 1.1 o/o.

Departamento de Pediatría Hospital Militar Central Guatemala C.A.	
Consultas y Emergencias.....	28.256 casos
Consultas para efectuar circuncisión	336-1.1o/o.
Intervenciones quirurgicas	698 casos
Circuncisiones	148-21.2

Archivos clinicos
Hospital Militar

Del 1 de Febrero 1964
Al 30 de Septiembre 1970.

En dicho periodo de tiempo se han practicado 698 intervenciones quirurgicas de las cuales 148 fueron circuncisiones y representan un 21.2 o/o de todas las intervenciones quirurgicas practicadas.

Se demuestra con ello la relación que existe entre el total de consultas verificadas en este Departamento y la solicitud de consultas para ver si estaba indicada la circuncisión.

Si se compara el número de estas consultas (336), al número de circuncisiones practicadas (148), deducimos que no toda consulta para practicar circuncisión fue motivo para indicar esta intervención quirurgica. Con lo cual demostramos que la muestra medica de este trabajo ha tenido una evaluación clínica, pediátrica considerando las indicaciones de circuncisión a pesar que mas de alguna de ellas son motivo de controversia y de discusión. Asi se demuestra que en nuestro medio hospitalario la

circuncisión, no es una simple rutina de complacencia ni se ha aceptado que los padres de los niños sean los que indiquen la circuncisión, a excepción de algunos casos de recién nacidos ajenos a indicaciones médicas. Al analizar la siguiente gráfica con respecto a circuncisiones practicadas, observamos que el mayor número de circuncisiones se han practicado en los primeros 5 años de la vida.

Departamento de Pediatría Hospital Militar Central de Guatemala C. A.	
<u>No. de Circuncisiones Efectuadas</u>	
RN	36 casos
0 - 1 años	21 casos
2 - 3 años	16 casos
3 - 4 años	13 casos
4 - 5 años	12 casos
5 - 6 años	8 casos
6 - 7 años	7 casos
8 - 9 años	7 casos
9 - 10 años	5 casos
10 - 11 años	4 casos
11 - 12 años	3 casos
12 - 13 años	1 caso
Total	143 casos

Archivos clínicos 1 Febrero 1964
Hospital Militar 30 Septiembre 1970.

En el departamento de pediatría se han atendido 841 recién nacidos habiendo sido circuncidados únicamente 36 niños para un 4.2 o/o de intervenciones quirúrgicas.

De 6 a 13 años es menor el número de casos circuncidados y que puede corresponder a lo que otros autores han descrito a que en estas edades es más raro observar complicaciones que dependen de Fimosis y prepucio redundante.

La gráfica que describe los diferentes diagnósticos por los cuales se practicó circuncisión en ella se observa que la parafimosis, dolor a la micción y balanitis recidivante en su incidencia es baja.

Departamento de Pediatría Hospital Militar Central de Guatemala C.A.	
<u>Diagnostico Pre-Operatorio</u>	
Parafimosis	15 casos
Dolor Miccion	17 casos
Balanitis Recidivante	18 casos
Fimosis	110 casos
Fimosis y Prepucio redundante	128 casos
Archivos clínicos	1 Febrero 1964
Hospital militar	30 Septiembre 1970

En cambio los diagnósticos de Fimosis, Fimosis y prepucio redundante fueron las condiciones quirúrgicas que indicaron circuncisión.

De las técnicas quirúrgicas empleadas en los 148 niños circuncidados todos los niños recién nacidos (36) fueron circuncidados por el método Plastibell.

Departamento de Pediatría Hospital Militar Central de Guatemala C.A.	
<u>Técnica de Circuncisión</u>	
Plastibell	36 casos
Aparato Gonkio	82 casos
Técnica Abierta	21 casos
Total	148 casos

Archivos clínicos 1 Febrero 1964
Hospital Militar 30 Sep. 1970.

El mayor número de niños por el método de compresión o técnica con aparato "Gonko" fueron circuncidados con este procedimiento en un total de 82 casos, lo cual hace predominar esta técnica quirúrgica como el método mayormente empleado. Por último con técnica abierta o de incisión circular con visturi fue la menos empleada en 21 niños.

Fue motivo de gran interes hacer relación entre el número total de niños circuncidados (148) y que posteriormente a esta intervención quirúrgica presentaron infecciones urinarias (32).

Departamento de Pediatría Hospital Militar Central de Guatemala C.A.	
<u>Relación de Infección Urinaria y Circuncisión</u>	
Casos circuncidados	148
Infecciones Urinarias	32

Archivos clínicos 1 Febrero 1964
Hspital Militar 30 Septiembre 1970.

Aunque no se puede llegar a una conclusión definitiva, encontramos que un 21.6 o/o de casos presentaron este padecimiento y se efectuó esta relación con la idea de que una mejor higiene puede evitar posteriormente a la circuncisión la infección urinaria en el niño. Deberá valorarse posteriormente por estudios más amplios y descartando otras causas anatómicas de infección urinaria.

COMPLICACIONES

La circuncisión no está exenta de complicaciones por mala técnica quirúrgica empleada o mal manejo post operatorio.

Al efectuar una revisión diversos autores describen las siguientes:

- a) *Hemorragia*: que si pasa inadvertida provoca anemia o forma hematoma y según el sitio y tamaño de este puede disecar la piel del pene.
- b) *Infección*: que da como resultado la formación de quistes prepuciales y puede llegar hasta la necrosis.

- c) *Estrangulamiento a nivel de sitio de sutura*: Cuando esta se efectua con sutura continua y provoca erecciones dolorosas.
- d) *"Postectomia incompleta"*: por mala tecnica y no liberar sinequias entre prepucio y glande, puede formarse anillo de Fimosis que oculta parcialmente el pene.
- e) *Extirpación excesiva de piel peneana*: provoca erecciones dolorosas y preapismo en la edad adulta y hasta bloqueo de eyaculación.
- f) *Fistula Ventral*: puede ocasionar una fistula en la cara ventral del pene cuando inadvertidamente un punto profundo penetra en la uretra.
- g) *Ulcera del Meato*: complicación que probablemente guarda relación con exposición del glande no protegido al pañal empapado en orina.
- h) *Meato puntiforme biatrogeneco*: como consecuencia de ulcera meatal mal tratada que estrecha el meato urinario volviendolo puntiforme lo describe con alta incidencia cuando se efectua circuncisión con metodo de plastibell.
- I) *Circuncisión incompleta*: cuando por mala técnica operatoria se dejan restos de mucosa o piel prominente en forma aislada y provoca coito doloroso para la mujer o el hombre.

En los 148 casos de niños circuncidados en la sala de pediatría del Hospital Militar y como complicación post operatoria encontramos las siguientes:

1. Meato Puntiforme 2 casos
2. Hemorragia 2 casos
3. Postectomia incompleta 4 casos
4. Hematoma 3 casos
5. Ulcera del glande 16 casos
6. Edema post operatorio 35 casos

SUMARIO

1. En el presente trabajo se efectuaron consideraciones clinico quirurgicos sobre la circuncisión en el niño.
2. Se efectuó una relación historica de este procedimiento.
3. Se revisaron y comentaron las indicaciones de circuncisión en el niño.
4. Se analizó la relación entre el total de operaciones efectuadas en el departamento de Pediatría del Hospital Militar y el número de circuncisiones practicadas.
5. Se describen las circuncisiones practicadas en las diferentes edades del niño.
6. Se efectuó un analisis del diagnostico pre operatorio.
7. Se efectuó relación y comentario a las diversas técnicas de circuncisión empleadas.
8. Se comenta los casos de infección urinaria que presentaron los niños circuncidados.
9. Se analizó las contra indicaciones de esta intervención quirúrgica.
10. Se efectuó una descripción de las complicaciones descritas por otros autores y las que se presentaron en la muestra médica descrita.

CONCLUSIONES

1. No existe un criterio unánime en las indicaciones de circuncisión en el niño.
2. Debe evitarse hasta donde sea posible efectuar circuncisión por medidas higiénicas.
3. El médico debe de abstenerse de practicar circuncisión a solicitud de los padres.

4. Evitar circuncidar a todos los recién nacidos.
5. Es indicación absoluta de circuncisión una fimosis muy obliterante que impida la salida de orina.
6. Se propone la formación de un Forum de diversos especialistas para tratar de analizar y determinar las indicaciones de circuncisión en el niño debido a la diversidad de criterios.

BIBLIOGRAFIA

1. Barnoya José. Consideraciones sobre la Circuncisión, Guatemala 1967 a 8 p. (mecanografiado).
2. Bolande, R.P. Ritualistic Surgery Circuncision y Tonsillectomy New Eng J Med 280: 591-6 13 Mar. 69.
3. Burko, Henry. Rhamy K Robert. Problemas de vías Urinarias Bajas relacionadas con infección. Diagnóstico y tratamiento. Clinicas Pediatricas de Norte América. pp. 242 - 245 Mayo 1970.
4. Drew, J. H. Bloodies Circuncision Med J. Aust. 1: 220-1, 10 Feb. 68.
5. Harbert, Fred. Errores en Cirugía. Clinicas Pediatricas de Norte América p. 271 Mayo 1965.
6. Jolly, H. Circuncision. Nurs Times 60: 464, 10 Apr 64.
7. Koester, H. A. The Significance Of Circuncision For the Carcinoma Prevention. Allgemein Med 40: 1562-6 31, Dec 64.
8. Limaye, R D et al. Penile Uretral Fistula As a Complication of Circuncision. Pediat 72; 105-6, Jan 68.
9. Lyster, Wr. Uterine Cancer Intere Circuncised and Uncircuncised Population of Fip Med J Aust 2: 993 25 Nov. 67.
10. McGowan, AJ jr. Adverse Effects. A Complication de Circuncision JAMA 207. 2104-5, 17 Mar. 69.
11. Perez Orio, JE, et al. Circuncision Technic. Prensa Med. Argent. 54: 373-4, 21 Apr. 67.
12. Perez Orio, JE. et al. Phimosi Ets Singical Treatment a Special Circuncision Technic. Prensa Med. Argent. 5:1646-50, 29 Jul. 66.
13. Porges, R. Indications For Circuncision. Drug Ther Bull 6: 67-8, Aug. 68.

14. Shaw, RA et al. Routine Circuncision a Problem por Medicine Amer J Dis Child 106: 216-7, Aug 63.
15. St. Jhon, Hunt D. Circuncision And Tonsillectomy. New Eng J med 281; 621-2, Sep. 69.
16. Shulman, J et al. Surgical Complications of Circuncision Amer J Dis Child 107: 149-54, Feb. 64.
17. Sodino, JO. jr. Regional Block For Circuncision in Adults. W Afr Med J 17: 177-8, Dec. 68.
18. Swenson, Orvar. Hipospadias Fimosis y Circuncision. En su: Cirugía Pediátrica. Traducida por Homero Vela. México, Ed. Interamericana, 1960. pp. 517-27.
19. Wall, RL jr. Routine Circuncision Recent Trends and Concepts. N. Carolina Med J 29: 103-7, Mar. 68.
20. Wess, C. Routine Won Ritual Circuncisión In Infacy a New Look at and Old Operation Clin. Pediat. (Phila) 3: 560-3, Sep. 64.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria

BR. ANTONIO MENDOZA REYES

Dr. Raul Rene Molina Abril
Asesor

Dr. Rigoberto Fong Castillo
Revisor

56, Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III.

Dr. Carlos Alberto Bernhard
Secretario.

Vo. Bo.

Dr. César Augusto Vargas M.
Decano.