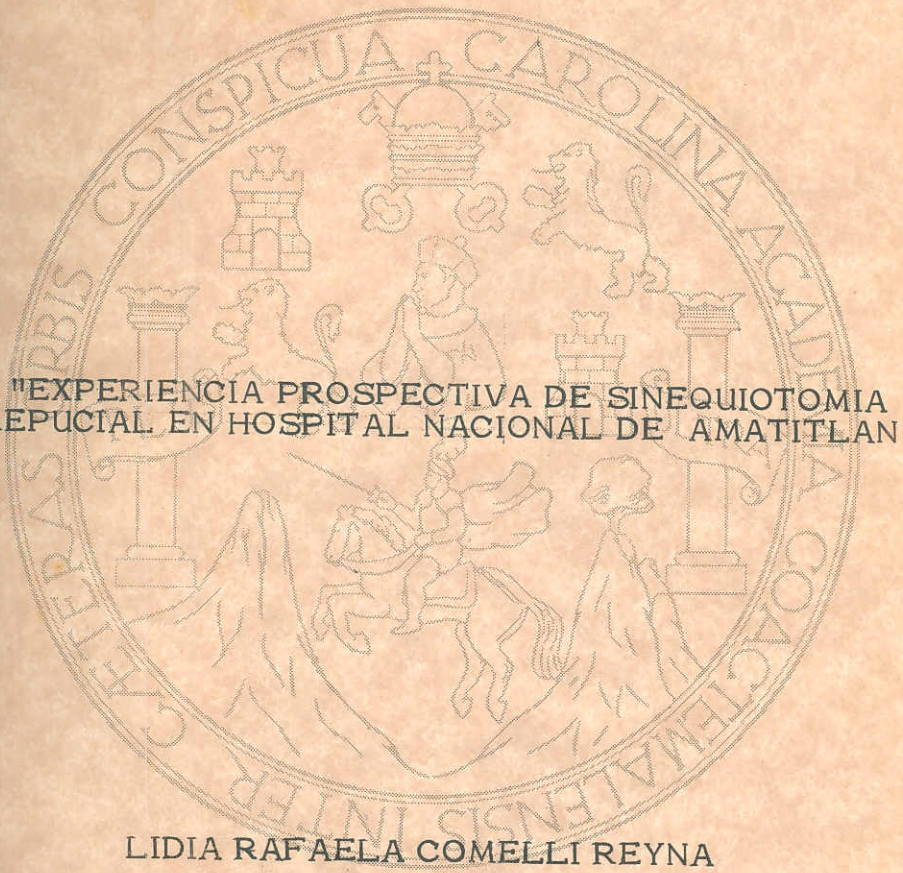
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"EXPERIENCIA PROSPECTIVA DE SINEQUIOTOMIA REPUCIAL EN HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN"

LIDIA RAFAELA COMELLI REYNA

CONTENIDO

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. ALCANCES Y LIMITES

IV. REVISION DE ANTECEDENTES

V. HIPOTEIS

VI. RECURSOS Y PROCEDIMIENTOS

VII. REVISION DE LITERATURA

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

X. CONCLUSIONES

XI. RECOMENDACIONES

XII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las Ciencias Médicas como todas las Ciencias - se ha enriquecido gracias al afán de estudio que desde sus albores y durante siglos ha sido y sigue siendo - preocupación del constante quehacer médico. El contar con adecuados medios de diagnóstico, los que unidos a un perfecto conocimiento de determinada entidad patológica aseguran el mejor tratamiento. Así como la comprensión del dolor ajeno sean incentivos para quienes - se interesan en estas disciplinas aumenten el campo de sus conocimientos.

Siendo la Fimosis una entidad nosológica propia de la primera infancia por ser de tipo fisiológico la Sinequiotomía Prepucial puede ser el procedimiento médico inocuo que puede efectuarse en minutos, con bajo costo económico y con un mínimo de complicaciones pudiendo sustituir en nuestro caso el procedimiento de Postectomía, ya que ésta necesita anestesia, mayor tiempo de hospitalización, así como mayor riesgo de complicaciones, por lo que considero que puede ponerse en práctica en nuestro medio.

El presente trabajo es el producto de un esfuerzo encaminado a brindar al estudiante y médico general la información necesaria acerca de la técnica de Sinequiotomía Prepucial, de manera sencilla y con el afán de que pueda servir en forma fructífera y con el mejor de los criterios su conocimiento y resolución.

Este estudio se propone hacer un análisis prospectivo del cual yo participé y el que se ha efectuado a partir de los meses de Octubre a Diciembre de 1,980 comprende cincuenta casos de pacientes con diagnóstico de Fimosis a quienes se les efectuó Sinequiotomía Prepucial.

En la manera que este pequeño estudio sea conocido y criticado dando margen a que otros estudiantes - efectúen investigaciones similares podré considerarlo - como satisfactorio y productivo y con el consiguiente - beneficio para los niños con este padecimiento.

Sirva pues este trabajo primero a nivel de tesis como un análisis de este problema y que quizás con el tiempo se defina con exactitud su práctica en el campo de la medicina Pediátrica.

Dejo a criterio del lector la utilidad que pueda - ofrecer el presente trabajo.

OBJETIVOS

1. El objetivo principal de este trabajo es presentar nuestra experiencia en cincuenta casos estudiados en el Departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Amatitlán a los que se les efectuó Sinequiotomía Prepucial.

OBJETIVOS GENERALES

1. Profundizar y actualizar procedimiento de Sinequiotomía Prepucial.

2. Sopesar ventajas sobre Sinequiotomía Prepucial versus Postectomía.

3. Que sirva como nota de estudio para aquellos estudiantes que así lo deseen.

4. Que este estudio sirva de inquietud a otros médicos y estudiantes para que efectúen nuevos estudios y profundizen sobre el tema.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Actualizar la técnica de Sinequiotomía Prepucial como tratamiento de la Fimosis en niños.

2. Exponer ventajas y complicaciones de Sinequiotomía Prepucial.

3. Exponer fracasos de la Sinequiotomía Prepucial.

ALCANCES Y LIMITES

Para el presente estudio se tomarán a un grupo de niños que comprende un número de ciencuenta casos que presenten fimosis a quienes se les efectuará Sinequiotomía Prepucial en el Hospital General de Amatitlán, durante el período comprendido de Octubre a Diciembre de 1980.

REVISION DE ANTECEDENTES

1.- Postectomía y Cancer del Pene, por el Dr. Oswaldo Luis Mazariegos Tesis Médico y Cirujano. 1,967. En su revisión de 10 años y 827 pacientes en el Hospital General San Juan de Dios. Encontró 765 postectomizados, de los cuales 633 pacientes fueron circuncidados sin indicación para este procedimiento. Presenta un estudio sobre la acción carcinogenética del esmegma, el cual refiere que en la actualidad no puede decirse que sea un agente directo y específico del Cancer del Pene. Así mismo investigó que el 60 a 80% de los casos de Carcinoma del Pene presentaron problemas de fimosis en algún momento de su vida.

2.- Circuncición en el Niño. Por el Dr. Antonio Mendoza. Tesis Médico y Cirujano en 1,970. En su revisión de 10 años y 774 pacientes encontró que aproximadamente el 80% fueron circuncidados sin indicación adecuada. Dicho estudio concluye que no existe un criterio unánime para efectuar Circuncisión en el niño y que debe formarse un fórum de diversos especialistas para analizar las indicaciones de circuncisión en el niño debido a la diversidad de criterios. Que debe evitarse hasta donde sea posible, efectuar Circuncisión por medidas higiénicas. Que el médico debe de abstenerse de efectuar circuncisión a solicitud de los padres.

3.- Algunas Consideraciones sobre Circuncisión.Por el Dr. César Arnulfo Matzer Milián. Tesis Médico y Cirujano, 1977. En su revisión de casos en el Hospital de Amatitlán durante el año de 1976, encontró que el 70 % de Circuncisiones se había efectuado sólo como medida profiláctica y

sólo por haberse quejado los pacientes que habían presentado algunas molestias y que además el 20% de los pacientes no circuncidados había presentado enfermedades venéreas.

4.- Cancer de Pene en Hospital Roosevelt. Por el Dr. Edgar Guillermo Mora Rosoto. Tesis Médico y Cirujano, 1974. En su revisión de casos durante el período de 1959 a 1973, encontró una incidencia de Cancer de Pene de 1 a 2 por año. En esa revisión se encontraron pacientes con antecedentes de hábitos inadecuados de Higiene.

5.- Sinequiotomía Prepucial. Estudio efectuado en México, dirigido por el Dr. Andrés Straffon, durante el período de 1,970 a 1,978. Dicho estudio refiere le fué efectuada Sinequiotomía Prepucial a 4,800 niños de 3 a 10 meses de edad, los cuales fueron seguidos hasta los tres años post-tratamiento, en dichos seguimientos de casos encontraron solamente 46 complicaciones y la patología mayor encontrada fué diversas dermatosis que cedieron una con vigorizar el aseo, otras ameritaron el uso de alguna pomada tópica y sólo 17 casos ameritaron efectuarles Circuncisión por haber presentado patologías diversas.

En los 17 casos que fue necesario efectuar Postectomía se encontraron 7 casos que no fué posible detectar el tipo de patología que presentaron
3 casos de Dermatosis Crónica en prepucio - exuberante.
2 casos de fimosis.
2 casos de Adherencias Balanoprepuciales fibrosas.
1 caso de Zipper.
1 caso de Balano postitis
1 caso de Parafimosis
O sea que el 100 % de casos que era un total

de 4,800 niños sólo 46 tuvo complicaciones que hacía un 0.95 %

Sobre Sinequiotomía Prepucial no se ha efectuado ningún estudio en Guatemala.

Por lo cual pongo a consideración el presente - trabajo.

HIPOTESIS

PREMISAS:

1.- La Fimosis es una entidad nosológica en infantes varones.

2.- La Sinequiotomía Prepucial puede ser factible - efectuarla en niños se seis meses a tres años de vida, sin complicaciones.

Por lo tanto nuestra Hipótesis será:

EN LA MAYORIA DE PACIENTES FIMOTICOS LA SINEQUIOTOMIA PREPUCIAL ES CIEN POR CIENTO EFECTIVA.

RECURSOS Y PROCEDIMIENTOS

RECURSO HUMANO:

Médico Asesor
Médico Revisor
Estudiane a cargo de la investigación
Cincuenta pacientes de seis meses a tres años de vida.

RECURSOS FISICOS:

Hospital de Amatitlán
Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos
Biblioteca del Instituto de Nutrición - de Centro América y Panamá (INCAP)
Biblioteca del Hospital Roosevelt
Biblioteca Central del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

PROCEDIMIENTO:

Para poder efectuar el presente trabajo se realizó un análisis clínico de ciencuenta casos de niños a quienes se les practicó Sinequiotomía Prepucial en el Departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Amatitlán durante el tiempo comprendido de el 1o. de Octubre al 30 de Diciembre de 1980.

Para poder llevar a cabo el desarrollo del presente trabajo se tomó en cuenta varias cosas, entre ellas las siguientes:

a) Historia clínica y exploración física de cada uno de los pacientes.

b) Consideraciones de las condiciones generales

de cada pte.

c) Evaluación de la Indicación de Sinequiotomía Prepucial.

d) Estudio comparativo de consultas para efectuar el procedimiento.

e) Experiencia como ayudante y luego como ejecutor de quien presenta este trabajo de la técnica efectuada en el procedimiento.

f) Evaluación y controles post-procedimiento en la consulta externa de Pediatría y en las diferentes salas de Pediatría en el Hospital de - Amatitlán.

A los pacientes hospitalizados por otras patológicas, que se les efectuó Sinequiotomía - Prepucial al darles egreso se siguió el caso por Consulta Externa durante cuatro semanas para evaluar su evolución, lo mismo que a los pacientes vistos en consulta externa.

g) Descripción de la técnica empleada.

h) Descripción de las complicaciones encontradas.

i) Sin descuidar otros datos de interés para el estudio como: edad del pte. evolución del pte. procedencia, grupo étnico, medicamentos - usados.

GLOSARIO DE TERMINOS

SINEQUIA: Es adherencia de partes próximas, fusión o adhosamiento.

SINEQUIOTOMIA: Sinequia= fusión o adhosamiento y Tomía= corte, sección o separación.

CIRCUNCISION: (del Latín: Circunciso-Onis) Incisión alrededor, escisión total o parcial del prepucio.
Sinónimos: Peritomía, Postectomía, Postetomía.

FIMOSIS: (del Griego Phimos: bozal, Cabestro) Es - una estenosis anormal natural, congénita o accidental de la abertura del prepucio. La piel normal de la porción terminal del pene reviste al glande, la porción redundante se llama prepucio. En muchos neonatos el prepucio no puede retraerse satisfactoria — mente, esto causa inflamación, infección y edema. La fibrosis y la cicatrización producen constricción del prepucio e imposibilidad de descubrir el glande.

PARAFIMOSIS: Es una constrición de la corona del glande por un anillo formado por el - prepucio fimótico o inflamado que se retrae y queda atrapado proximalmente al glande y no es posible volver hacia adelante, puede sobrevenir edema grave incluso necrosis del glande por izquemia.

GENERALIDADES

EMBRIOLOGIA DEL PENE

PERIODO INDIFERENCIADO:

Es su inicio en los embriones jóvenes, se forma en la línea media en posición inmediatamente cefálica a la depresión del proctodeo una elevación denominada eminencia cloacal. Esta se diferencia pronto y se convierte en una prominencia central, el tubérculo genital que se diferencia para constituir el pene en el macho o el clítoris en la hembra. A lo largo de la superficie caudal del tubérculo genital se encuentran los pares genitales que son pliegues que se extienden hacia el proctodeo. Entre los pliegues genitales se observa una depresión longitudinal en cuya región proximal se abre el seno urogenital. Este orificio urogenital estaba separado de la abertura anal cuando el pliegue urorrectal subdividió la cloaca primitiva. Más lateralmente a los lados de los pliegues genitales hay un par de elevaciones vagamente delineadas que se llaman 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. Así la uretra masculina se alarga por el agregado de una porción peneana. Este hecho 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 cicatríz 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 este resulta de una combinación entre un pliegue prepucial que nace inmediatamente junto al surco coronario y el crecimiento de una laminilla epitelial, glande prepucial que tiene qué 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.

EMBRIOLOGIA DEL PREPUCIO:

Durante la vida fetal y en el inicio de la etapa del desarrollo el prepucio es un crecimiento de 60mm. sobre la superficie del tubérculo genital a nivel del surco coronal. Este crecimiento conocido como lámina glandal se sienta primariamente perpendicular a la superficie. Posteriormente el crecimiento del hectoderma cubriendo la punta del pene; empuja su punto de fijación distalmente hasta la lámina glandal viene por sí misma

a situarse paralelalemte a la superficie y en plano del futuro saco prepucial. Durante esta época del desarrollo, se puede decir que el glande está cubierto por el prepucio, pero la lámina glandal no se encuentra libre para separarse del glande. La lámina glandal hasta ahora ha sido deficiente en la línea media ventral por lo que aquí el prepucio es incompleto; al alcanzar 100 mm. cuando la fosa navicular de la uretra ha sido formada la fusión de las dos vainas coincide con la fusión de las alas del prepucio. El frenillo permanece como vestigio de la conección de estos procesos. En el inicio de la vida fetal la superficie visceral del prepucio se encuentra unida por epitelización al glande y la separación normal de las dos estructuras se hace por absorción del epitelio; durante el proceso de maduración esta separación del prepucio del glande se realiza en el último trimestre de la vida intrauterina o hasta después del primer año de vida post-natal. La separación de la lámina glandal del glande, está precedida por la formación de "perlas epiteliales", de generación celular, las cuales se han visto cuando el prepucio del infante se retrae forzadamente.

ANATOMIA:

PENE:

Presenta una dimensión aproximada de diez a once cms. de largo y de dos a tres cms. de circunferencia.

SU CONSTITUCION ANATOMICA ESTA FORMADA POR:

a) ORGANOS ERECTILES:

1. - Cuerpo Cabernoso
2. - Cuerpo Esponjoso
3. - Glande

Estos están constituidos de estructuras de albugínea de forma trabecular.

b) ENVOLTURAS O CUBIERTAS DEL PENE:

1. - Piel: delgada, débilmente adherida a él, sin tejido graso y vello.
2. - Dartos o Cubierta Muscular
3. - Capa Celulosa por la que corren vasos y nervios superficiales
4. - Cubierta Fibroelástica o Fascia Penis que se encuentra sobre formaciones erectiles
5. - Prepucio
6. - Ligamento suspensor del pene
7. - Vasos, Linfáticos y Nervios

El pene está situado inmediatamente encima de las bolsas escrotales delante de la sínfisis del pubis, se dirige oblícuamente 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 libre, que en estado de flaccidez se presenta péndula formando con la primera el ángulo del pene. En estado de erección se eleva hacia el abdomen. Se consideran en el pene un cuerpo y dos extremidades. El cuerpo es cilíndrico algo aplanado de delante a atrás, con una cara superior una inferior y dos bordes laterales, extremidad posterior o raíz del pene, la extremidad anterior está representada por el glande y su prepucio.

GLANDE:

Es una eminencia conoide que presenta un vértice dirigido hacia adelante en cuyo centro se encuentra una hendidura vertical que corresponde al meato urinario. La base o corona está limitada por una estrangulación denominada surco coronario o surco balano

prepucial. La superficie del glande es lisa y sumamente sensible, presenta en su parte inferior un surco medio llamado frenillo y las fositas laterales que coinciden con el surco balano prepucial.

PREPUCIO:

Es el repliegue de piel dispuesto en forma de manguillo alrededor del glande. La longitud del prepucio es variable, algunas veces sobrepasa la longitud del glande y entonces se habla de prepucio redundante; otras veces termina inmediatamente por detrás del meato urinario, otras veces termina en una circunferencia y demasiado estrecho lo que dificulta su retracción sobre el glande produciendo problemas de tipo mecánico. Se considera dos superficies, una interna formada por membrana mucosa que se encuentra en íntimo contacto sobre el glande, también se considera una superficie posterior adherida al surco balano prepucial. Al espacio comprendido entre el prepucio y el glande se le denomina cavidad prepucial o cavidad virtual que es importante por ser donde se colecta el esmega. La superficie externa se encuentra formada por la piel. La superficie interna y externa en su porción distal forman una circunferencia denominada orificio prepucial.

VASOS:

ARTERIAS:

Se dividen en arterias de las cubiertas y de los órganos eréctiles. Las arterias de las cubiertas proceden de las Pudendas Externa y Perineal Superficial.

Las arterias de los órganos eréctiles: en el Cuerpo Esponjoso por la Arteria Bulbo Uretral rama de la Pudenda Interna y por la Dorsal del Pene.

Cuerpos Cavernosos por las dos arterias Cavernosas y la Dorsal.

VENAS:

Se dividen en Sistema Venoso Superficial y Sistema Venoso Profundo.

SISTEMA VENOSOSO SUPERFICIAL: Se origina en las cubiertas. La mayor parte de las venas 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.

SISTEMA VENOSO PROFUNDO: Se origina en los órganos eréctiles y de las numerosas venas que lo forman, 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 Pudendas Internas) y otras van a desembocar directamente al Plexo de Santorini.

LINFATICOS:

Se dividen en Superficiales y Profundos:

LINFATICOS SUPERFICIALES: Nacen en los Tegumentos y terminan en su mayor parte en el tronco linfático dorsal superficial y por mediación de éste en los ganglios inguinales superficiales.

LINFATICOS PROFUNDOS: Se originan en la mucosa del glande y se reúnen en un tronco varios linfáticos dorsales profundos ya por el conducto inguinal en los ganglios ilíacos externos. Algunos linfáticos van a los ganglios preservicales atravesando la aponeurosis perineal media.

NERVIOS:

Los nervios de las cubiertas proceden de las ramas genitales del Plexo Lumbar y del nervio Pudendo - Interno rama del Plexo Sacro.

Los nervios de los órganos eréctiles proceden - del Gran Simpático por el Plexo Hipogástrico y del Sistema Cerebral Espinal por el nervio dorsal del pene y el nervio perineal superficial dos ramas del Plexo Sacro.

HISTOLOGIA:

El pene se encuentra constituido por epidermis, glándulas sebáceas, fibras musculares, fascia elástica, albugínea cavernosa y esponjosa, septun penis. La piel del pene es delgada y el tejido conjuntivo subcutáneo es muy laxo, se puede separar fácilmente de los- tejidos subyacentes y es también dilatable, ésta piel está provista de pelo en su región anterior y posee glándulas sudoríparas, en su región posterior está cubierta de pelo y tiene glándulas sebáceas.

El prepucio es un repligue de la piel que contiene entre sus dos hojas tejido conjuntivo laxo, además está formado por haces de tejidos fibro-elástico y haces de tejido muscular cubierto de una fina epidermis . En el surco coronario la piel de la hoja interna del prepucio se pliega y suele tener suficiente elasticidad para retraerse sobre el glande con cuya albugínea conjuntiva se une fuertemente. En la superficie interna del prepucio existen glándulas sebáceas modificadas llamadas Glándulas de Tysson que segregan una sustancia que se encuentra normalmente en la cavidad prepucial desde el nacimiento, dicha sustancia se denomina esmegma o sebo prepucial.

FISIOLOGIA:

El pene recibe el mayor impulso a través del glande el cual por medio de su inervación lo envía a través del nervio pudendo hacia el plexo sacro, y de éste - hacia la médula espinal sacra, que lleva el impulso al cerebro, reproduciéndolo por medio del sistema para simpático y provocando dilatación de las arterias del pene así como un llenado de los espacios sinusoides que se encuentran en el cuerpo cavernoso y esponjoso, los cuales parcialmente provocan oclusión del retorno venoso. Para su lubricación existen las glándulas de Littre y glándulas bulbo-uretrales, entra en juego el plexo hipogástrico y se presenta la eyaculación.

El Prepucio: Como toda parte del organismo tiene una función, se menciona del prepucio su función de protección del glande. Se dice que sirve para cubrir y proteger al glande de úlceras del meato o eczema durante los primeros años de "Incontinencia" cuando el pene está en contacto con los pañales embebidos de orina. - Otra función es la de protección de las delicadas terminaciones nerviosas del glande.

Hasta el momento desconocemos otra función - del prepucio pero quizas con el tiempo se logre descubrir.

TECNICA DE POSTECTOMIA

Se usan diferentes técnicas, con anestesia general cuando se trata de niños menores de 13 años, o bien anestesia por infiltración con bloqueo nervioso en la base del glande, o después de colocar ligadura en la base del pene, infiltración de los cuerpos cavernosos con novocaína al 1% sin epinefrina inyectando dos centímetros cúbicos en cada cuerpo cavernoso.

1.- Técnica con el aparato de campana metálica "Gomco"

2.- Técnica con campana de material sintético Plastibell
3.- " de incisiones dorsal y ventral.
4.- " de corte circular.

TECNICA DE CORTE CIRCULAR: Es una incisión circular con bisturí de piel a nivel de donde se palpa el surco balanoprepucial, replegando luego el prepucio y haciendo incisión de mucosa a un centímetro del surco balano prepucial. Se reseca luego anillo sobrante de piel.

TECNICA DE INCISION DORSAL Y VENTRAL: Se retrae el prepucio hacia atrás para evitar adherencias. Se colocan cuatro pinzas de Healsted (mosquito) y se tracciona. Se practica un corte de 0.5 cms. dorsalmente y otro ventralmente. Debe dejarse 1.5 cms. de distancia del frenillo. Debe tenerse mucho cuidado al traccionar el prepucio porque se puede cortar más de lo debido. Debe ligarse todos los vasos para evitar hematomas. Cerrar bien la herida y dejar una gasa envaselinada entre los puntos.

COMPLICACIONES DE LA POSTECTOMIA:

Las complicaciones pueden suceder a veces por mala técnica quirúrgica empleada o mal manejo postoperatorio:

1.- Hemorragia: Que puede formar hematoma y según su sitio y tamaño puede llegar a la disección consecutiva de la piel del pene.

2.- Infección: Que puede producir la formación de quistes prepuciales y llegar hasta la necrosis.

3.- Estrangulamiento a nivel del sitio de sutura, si se efectúa con puntos contínuos provocando erecciones dolorosas.

4.- Postectomía incompleta por mala técnica, no se liberan bien las sinequias entre prepucio y glande pudiendo formarse anillo de fimosis que oculta parcialmente el pene.

5.- Extirpación excesiva de piel peneana: provoca erecciones dolorosas y priapismo en la edad adulta y hasta el bloqueo de eyaculación.

6.- Fístula: puede ocasionar fístula en la cara ventral del pene cuando inadvertidamente un punto profundo penetra en la uretra.

7.- Lesiones y úlcera del glande y meato: probablemente esto guarde relación con exposición del glande no protegido al pañal empapado en orina.

8.- Meato Puntiforme: Yatrogénico: como consecuencia de úlcera meatal maltratada que estrecha el meato urinario volviéndolo puntiforme. Tiene alta incidencia cuando se efectúa postectomía con el método de Plastibell.

9.- Otra forma de Postectomía 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.

TECNICA DE SINEQUIOTOMIA PREPUCIAL

La técnica es sencilla y fácil de efectuar.

1.- Treinta minutos antes del procedimiento se le administra al lactante Hidrato de Cloral a 50 mg X Kg de peso.

2.- Se coloca al paciente en decúbito dorsal, se sujeta cómoda pero firmemente y con las extremidades inferiores en extensión y ligera abduccion, ya sea con el soporte de plástico o por el ayudante.

3.- El ejecutor se coloca guantes estériles.

4.- Se efectúa asepsia de la región con Clorhexidina o Merthiolate.

5.- Pinza de Healsted (mosquito) curva.

6.- Se Ininica la Maniobra:
a) Se toma con la mano izquierda el órgano fálico.
b) Con la mano derecha se toma la pinza y se introduce en el orificio prepucial.
c) Ya dentro del orificio prepucial se abre la pinza y se procede a quitar las sinequias.
d) Se trata de llegar hasta el surco balano prepucial o sea más allá de la corona del glande y se abre toda la pinza,
e) Luego se vuelve a cerrar la pinza y se inspecciona si ya está desprendido el prepucio - del glande hasta el surco balano prepucial pasando la pinza por todo el rededor del balano.
f) Al estar ya despegado el prepucio del glande se procede a retraerlo todo y se aplica un lubricante que contenga un antiséptico, un - anestésico y un antiinflamatorio, luego se procede a bajar el prepucio nuevamente.

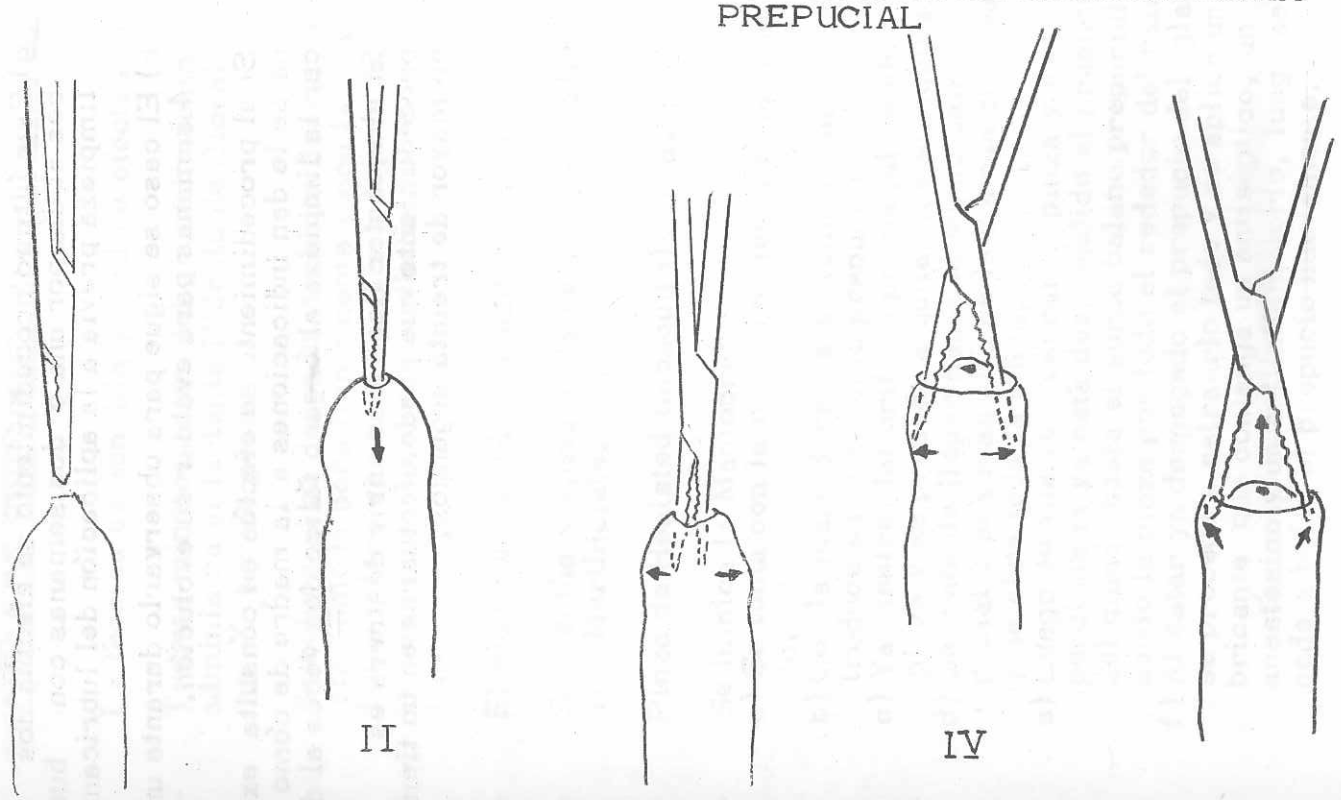
g) Este último procedimiento se efectúa dos veces al día por una o dos semanas con buena limpieza previa a la aplicación del lubricante.

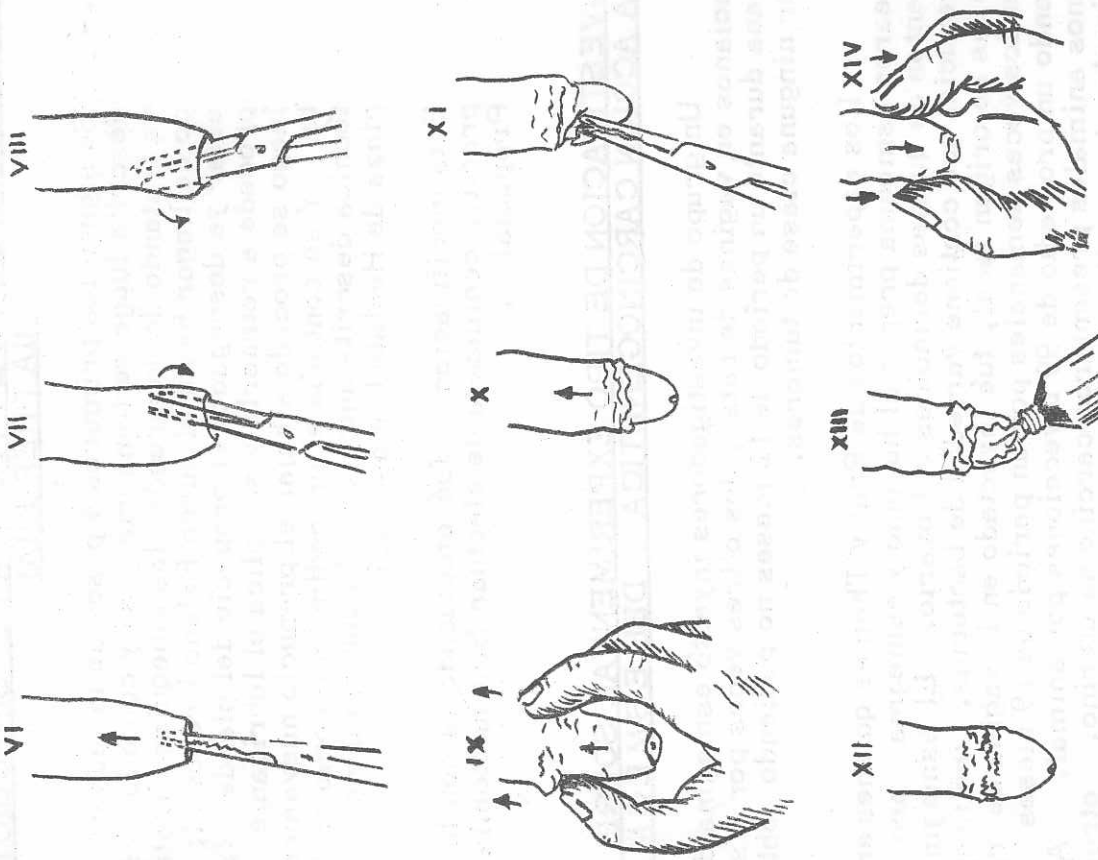
h) El caso se sigue para observarlo durante unas 4 semanas para evaluar su evolución.

7.- Si el procedimiento se efectúa en consulta externa se le dan indicaciones a la madre de cómo hacer la limpieza al órgano fálico dos veces al día.

8.- Si el ejecutor llega a adquirir destreza es un procedimiento que puede efectuarse en un tiempo no mayor de treinta segundos.

PASOS A SEGUIR EN LA TECNICA DE SINEQUIOTOMIA PREPUCIAL





MODIFICACIONES DE LA TECNICA DE SINEQUIOTOMIA PREPUCIAL

1.- Se siguen los primeros 4 pasos de la técnica descrita luego se toma una gasa y con ella se va tratando de desprender las sinequias tratando de llegar hasta el surco Balano Prepucial; al estar ya despegado el prepucio del glande se procede a retraerlo y se aplica el lubricante y luego se procede a bajar el prepucio nuevamente. Y se continúa el procedimiento como en la técnica descrita anterior sólo que sin usar la pinza de Healsted (mosquito).

Esta modificación se fué efectuando ya con la practica continuada de efectuar Sinequiotomías Prepuciales.

INVESTIGACION DE TIPO EXPERIMENTAL SOBRE LA ACCION CARCINOGENETICA DEL ESMEGMA

Un grupo de investigadores inyectó esmegma de ancianos en vaginas de ratas, dos o tres veces por semana durante un período de 12 meses no pudiendo obtener ninguna clase de tumores.

Los experimentos de Prat y Thomas quienes emplearon esmegma prepucial humano y esmegma provenientes de quistes dermoides del ovario. El esmegma prepucial que contiene variedad de bacterias, incluyendo las de origen fecal, fué inyectado en la vagina de ratas dos veces semanales por un período de 19 meses, siendo un promedio de 99 inyecciones por animal. Algunos animales presentaron carcinoma uterino, otros animales desarrollaron abcesos, puesto que el esmegma no es estéril.

Cuando el esmegma fué sometido a esterilización ninguno de los animales desarrolló carcinoma o abcesos.

Heins repitió el experimento con monos obteniendo los mismos resultados.

Concluyeron con sus estudios que el esmegma no es el único agente carcinogenético y que aún en la actualidad no puede decirse que sea un agente directo y específico.

DISCUSION

Según vimos anteriormente en la embriología del prepucio, ésta es una estructura que previene de un anillo de epidermis gruesa que crece hacia adelante sobre el glande. Durante el desarrollo de epitelio escamoso de su superficie interna se fusiona temporalmente con una capa similar de la superficie externa del glande y se encuentra incompletamente separado de éste. Estas dos superficies pueden no separarse hasta un tiempo después del nacimiento. Al final las células centrales degeneran formando el espacio prepucial. En la etapa tardía de la vida intrauterina esta relación se va separando por absorción y descamación epitelial, proceso que termina a veces después del primer año de vida post-natal. Algunos autores creen que el 100% de recién nacidos tienen una sinequia balano prepucial congénita.

Otros autores dicen que al nacimiento sólo el 4% de los recién nacidos tienen prepucio retraíble, a los seis meses de vida el 25% de niños presentan prepucio retraíble, al año de vida el 50% presentan el prepucio retraíble y sólo hasta el tercer año de vida el 90 % de niños presentan el prepucio retraíble.

Por lo anteriormente expuesto podemos decir que existe una fimosis congénita temporal no patológica o sea una fimosis fisiológica.

Como se ha observado en estudios anteriores el acto quirúrgico de la postectomía se efectúa como un procedimiento innecesario, algunas veces como profiláctico, otras ocasiones como una medida higiénica, no habiendo realmente una justificación para efectuar la postectomía, ya que según las leyes de la cirugía que se refiere a que ningún órgano o parte orgánica debe ser extirpada si no está enferma, precepto que deberá

contrariarse muy excepcionalmente y que de no continuar vigorizándose nos pondría por ejemplo a efectuar adenoamigdalectomía o apendicectomía profilácticas.

Por lo tanto debe efectuarse una intervención quirúrgica sólo si está plenamente justificada.

Las indicaciones precisas para ejecutar la postectomía se presentan excepcionalmente en el niño, por lo cual no es razonable ningún tipo de Postectomía profiláctica del prepucio desde el punto de vista de una estadística, según lo encontrado en los estudios efectuados anteriormente.

Vemos además que en la práctica de la Medicina Privada se practique la Postectomía rutinaria en el recién nacido y en el niño mayorcito con inusitada frecuencia lo que conlleva a una ganancia pecuniaria y entraña erogaciones económicas considerables que bien pudieran ser aplicables a otras condiciones prioritarias de bienestar y salud.

La aseveración antigua de que el cáncer Cérvico Uterino en las mujeres era menos frecuente en grupos étnicos a quienes se les efectuaba la Circuncisión en la etapa del Recién nacido a todos sus varones; se comprobó en estudios posteriores lo contrario para otros grupos raciales.

El carácter potencialmente cancerígeno del esmegma producido por las glándulas de Tysson y el cual se acumula más en los varones no circuncidados; por ello recomendamos una buena higiene o sea usar más agua y jabón en esa región anatómica.

El prepucio es un órgano protector para el balano y las formaciones que éste incluye, desde la etapa intrauterina hasta la época en que es necesaria la cu

bierta para evitar el contacto directo con los pañales con orina hasta la época en que preserva las finas y delicadas terminaciones nerviosas del glande.

Un prepucio de mayor longitud que el glande y con el orificio prepucial estrecho, imposible de retraer lo sobre el glande puede confundirse con una falsa longitud del pene formándose una cavidad donde puede acumularse orina y esmegma actuando éstos como agentes irritantes; es por ello que recomendamos la Sinequiotomía Prepucial rutinaria en el recién nacido y lactante menor, procedimiento que ha mostrado el abatimiento de la patología atribuible al prepucio.

Según Freud existen factores psicológicos en el sentido de que el rape fálico, simbolicamente puede significar para algunos niños una castración parcial con los consiguientes disturbios en el comportamiento sexual.

Que llegado el caso la piel del prepucio puede servir como un recurso para procedimientos plásticos sobre todo peneanos congénitos o adquiridos que requieran de ésta cubierta orgánica para algunos tiempos de reconstrucciones plásticas.

El despojo del prepucio en el recién nacido o a otras edades infantiles es considerado una mutilación para algunos autores y contraría a la carta de la O.N.U. sobre "La declaración de los derechos del niño". La que nos hace partícipes de la protección para la salud integral en lo físico, lo psíquico y lo social del niño.

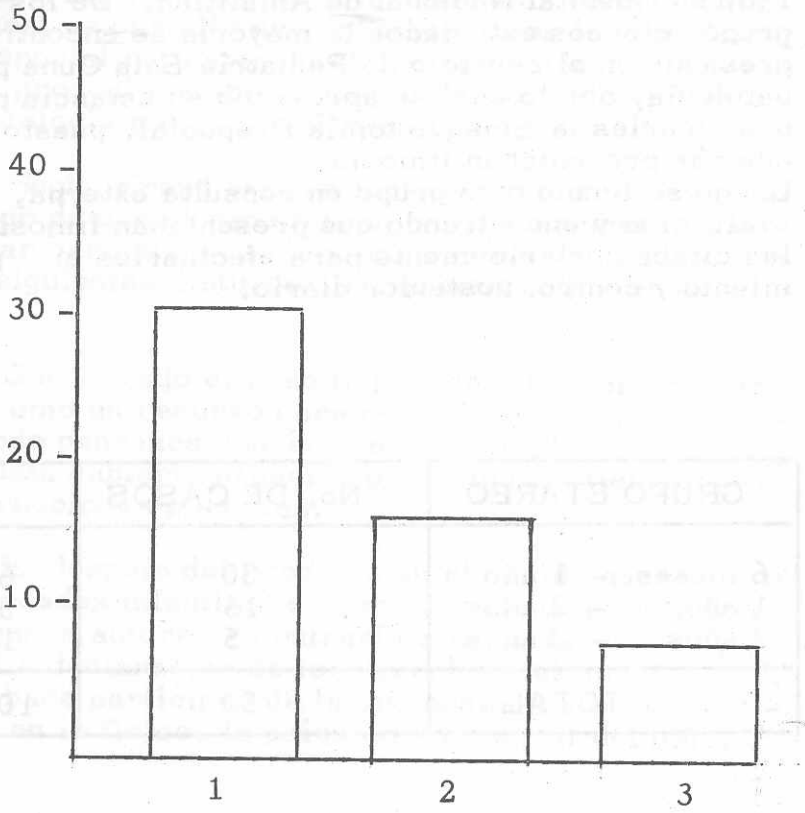
PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Número y Distribución en grupos etáreos de los pacientes estudiados a quienes se les efectuó Sinequiotomía Prepucial en los meses de Octubre a Diciembre de 1980 en Hospital Nacional de Amatitlán. De los tres grupos etáreos estudiados la mayoría se encontraban ingresados en el servicio de Pediatría Sala Cuna por otra patología, por lo cual se aprovechó su estancia para practicarles la Sinequiotomía Prepucial, puesto que además presentaban fimosis.
Luego se formó otro grupo en consulta externa, previa evaluación y encontrando que presentaban fimosis se les citaba posteriormente para efectuarles el procedimiento y control posterior diario.

GRUPO ETAREO	No. DE CASOS	%
6 meses - 1 año	30	60.00
1 año - 2 años	15	30.00
2 años - 3 años	5	10.00
TOTAL	50	100.00

GRAFICA No. 1



1.- 6 meses - 1 año
2.- 1 año - 2 años
3.- 2 años - 3 años

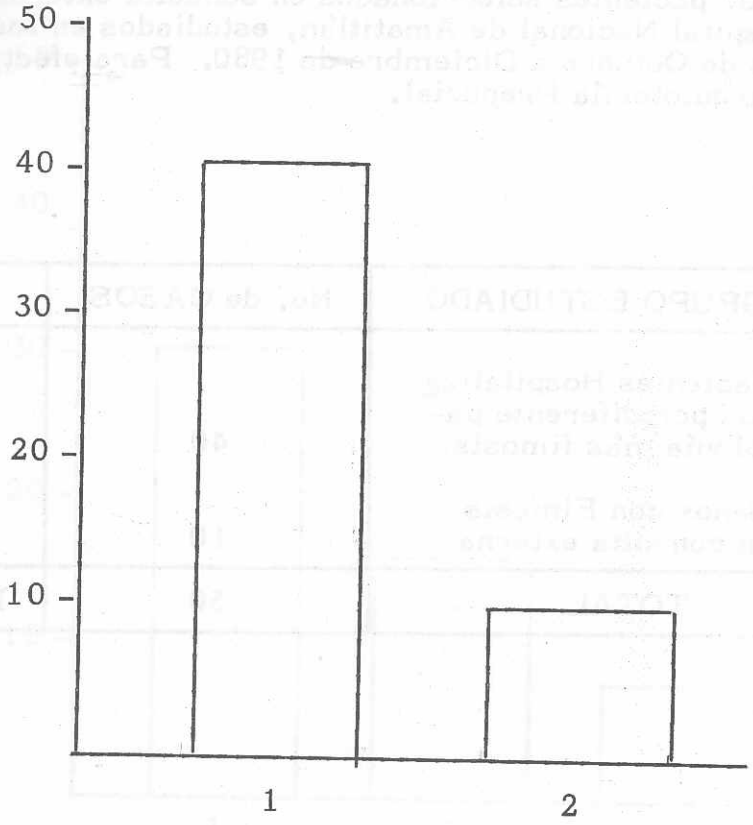
CUADRO No. 2

INDICACION DE SINEQUIOTOMIA PREPUCIAL

Grupo de pacientes Hospitalizados seleccionados y grupo de pacientes seleccionados en consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán, estudiados en los meses de Octubre a Diciembre de 1980. Para efectuarles Sinequiotomía Prepucial.

GRUPO ESTUDIADO	No. de CASOS	%
Pacientes Hospitalizados por diferente patología más fimosis.	40	80
Sanos con Fimosis en consulta externa	10	20
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 2



1.- Niños Hospitalizados por diferente patología más Fimosis.

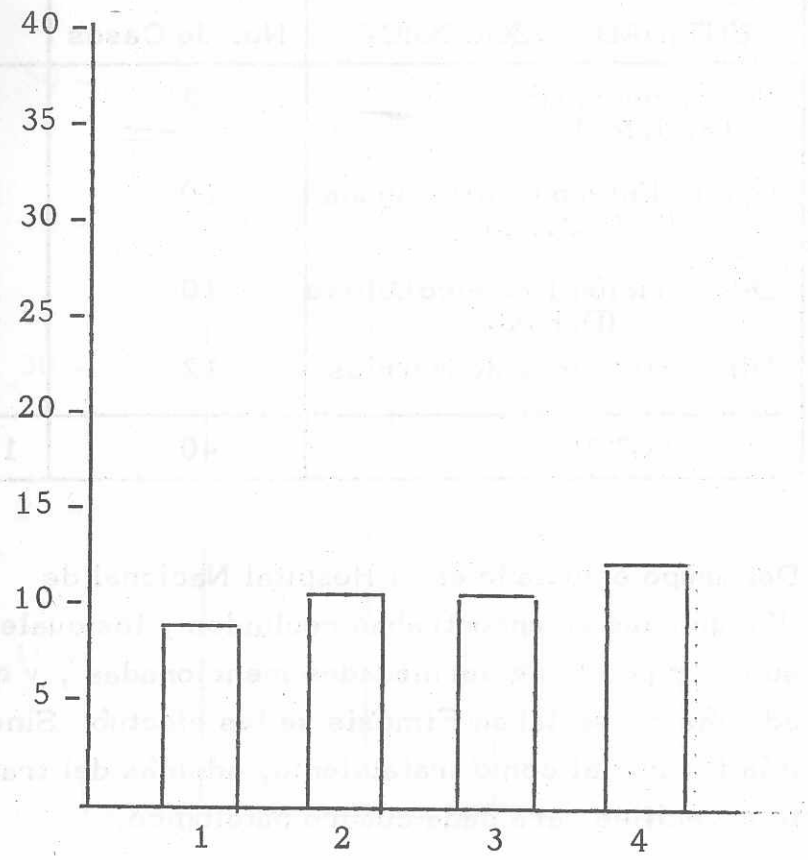
2.- Niños sanos con Fimosis en consulta externa.

CUADRO No. 3

ENTIDAD NOSOLOGICA	No. de Casos	%
Bronconeumonía (B.N.M.)	8	20
Gastro Entero Colitis Aguda (G.E.C.A.)	10	25
Desnutrición Proteico Calórica (D.P.C.)	10	25
Diferentes tipos de Hernias	12	30
TOTAL	40	100

Del grupo estudiado en el Hospital Nacional de Amatitlán quienes se encontraban recluidos y los cuales consultaron por las enfermedades mencionadas, y que además presentaban Fimosis se les efectuó Sinequiotomía Prepucial como tratamiento, además del tratamiento específico para cada cuadro patológico.

GRAFICA No. 3



1.- Bronconeumonía
2.- Gastro Entero Colitis Aguda
3.- Desnutrición Protéico Calórica
4.- Hernias

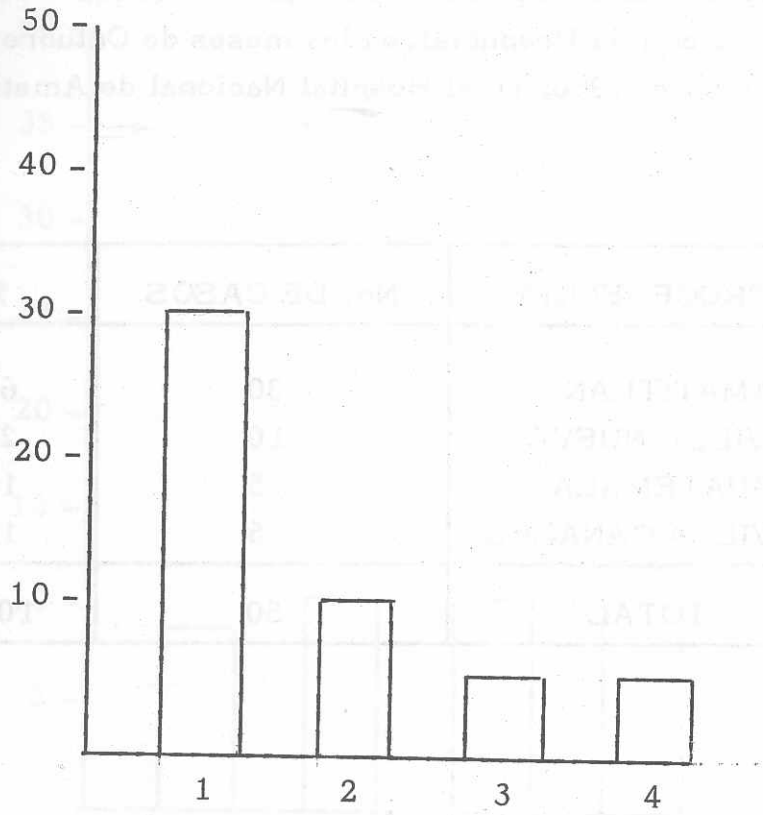
CUADRO No. 4

PROCEDENCIA

Procedencia de los pacientes a quienes se les efectuó Sienquiotomía Prepucial, en los meses de Octubre a Diciembre 1980, en el Hospital Nacional de Amatitlán .

PROCEDENCIA	No. DE CASOS	%
AMATITLAN	30	60
VILLA NUEVA	10	20
GUATEMALA	5	10
VILLA CANALES	5	10
TOTAL	50	100.00

GRAFICA No. 4



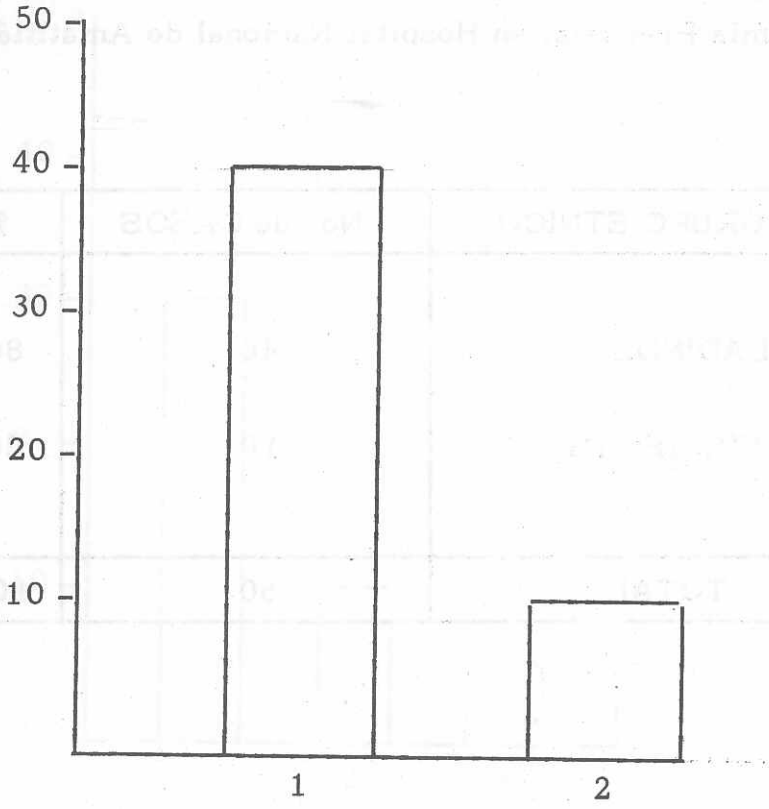
1.- AMATITLAN
2.- VILLA NUEVA
3.- GUATEMALA
4.- VILLA CANALES

CUADRO No. 5

Grupo Etnico de los pacientes estudiados de Octubre a Diciembre de 1980. A quienes se les efectuó Sinequio tomia Prepucial en Hospital Nacional de Amatitlán.

GRUPO ETNICO	No. de CASOS	%
LADINOS	40	80
INDIGIENAS	10	20
TOTAL	50	100.00

GRAFICA No. 5



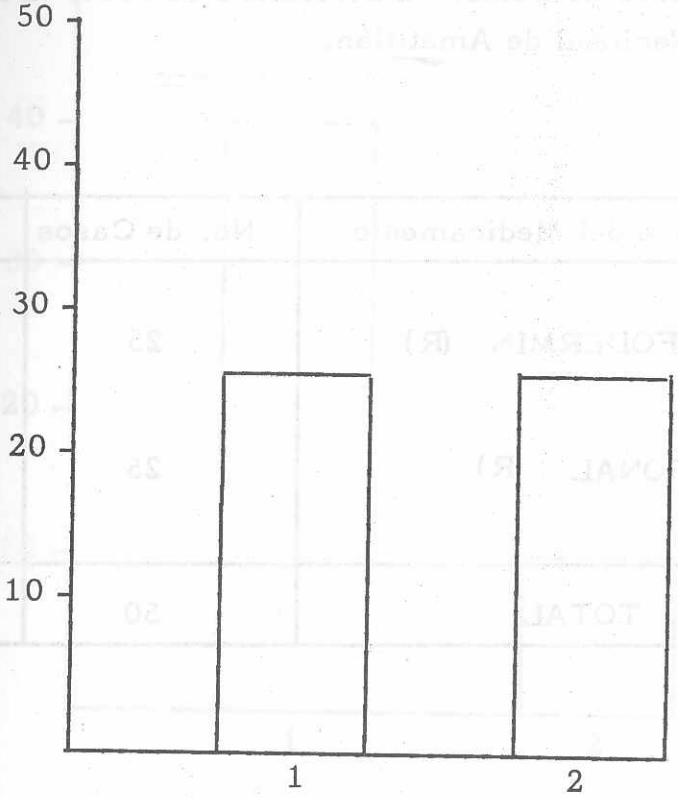
1.- LADINOS
2.- INDIGENAS

CUADRO No. 6

Medicamentos utilizados como coadyuvantes de la Sinequiotomía Prepucial en los pacientes estudiados en los meses de Octubre a Diciembre de 1980. Del Hospital Nacional de Amatitlán.

Nombre del Medicamento	No. de Casos	%
TROFODERMIN (R)	25	50
STIFONAL (R)	25	50
TOTAL	50	100

GRAFICA No. 6



1.- Trofodermín (R)
2.- Stifonal (R)

CUADRO No. 7

COMPLICACIONES POST-SINEQUIOTOMIA PREPUCIAL

ENTIDAD NOSOLOGICA	No. de Casos	%
PARAFIMOSIS	2	4.00

Los pacientes que presentaron Parafimosis como complicación de Sinequiotomía Prepucial se les trató con hielo más calor local y posteriormente al ceder el cuadro inflamatorio la Sinequiotomía Prepucial fue efectiva.

ANALISIS DE RESULTADOS

1.- De los casos estudiados en los meses de Octubre a Diciembre de 1980 se presentaron en relación a edad, así:

De	6m	- a 1 año	60%
De	1	- 2 años	30%
De	2	- 3 años	10%

2.- Más de la tercera parte de los pacientes estudiados fueron menores de un año.

3.- Todos los pacientes estudiados tenían fimosis.

4.- El 80% de los pacientes estudiados fueron casos - que se encontraron hospitalizados por diferente patología (entre estas patologías se encontraron: - Bronconeumonía: 8 casos el 20%
Gastro Entero Colitis Aguda: 10 casos el 25%
Desnutrición Protéico Calórica: 10 casos el 25%
Diferentes tipos de Hernias: 12 casos el 30%)

Estos pacientes además de estas patologías presentaban fimosis.

Se les efectuó su tratamiento de Sinequiotomía - Prepucial y su tratamiento específico para cada - cuadro patológico.

5.- De los pacientes estudiados el porcentaje mayor fué de pacientes originarios de Amatitlán, el 60%.

6.- En cuanto a grupo étnico ocupó un 80% el grupo ladino.

7.- Medicamentos utilizados como coadyuvantes de la Sinequiotomía Prepucial fueron:

1.- Trofodermin (R) en un 50%
2.- Stifonal (R) en un 50%

Se utilizaron estos medicamentos por poseer ambos propiedades antiinflamatorias y antibacterianas.

8.- La complicación secundaria a Sinequiotomía Prepucial fué Parafimosis en u 4%, pero al ceder el cuadro inflamatorio con tratamiento de hielo y calor local, no requirió posteriormente Postectomía y la Sinequiotomía Prepucial fué efectiva.

9.- Los pacientes que se les efectuó Sienquiotomía - Prepucial fueron seguidos y observados durante cuatro semanas.

CONCLUSIONES

1.- El grupo más estudiado fué pacientes menores de un año.

2.- La indicación para efectuar Sinequiotomía Prepucial fué Fimosis.

3.- El porcentaje mayor de pacientes estudiados fueron pacientes hospitalizados por diferentes patologías pero que fueron seleccionados para efectuarles el procedimiento porque presentaban Fimosis.

4.- El porcentaje mayor de pacientes tratados eran residentes de Amatitlán.

5.- El grupo ladino fué el más estudiado.

6.- La Parafimosis fué la complicación encontrada.

7.- La Hipótesis de trabajo se cumplió parcialmente ya que se presentaron algunas complicaciones.

8.- Para efectuar Sienquiotomía Prepucial no se requiere hospitalización, puesto que es un procedimiento inocuo que puede efectuarse en consulta externa y con tratamiento ambulatorio. Solamente requiere seguimiento del caso para su evaluación diaria. Que en nuestro estudio fué observado cada caso durante cuatro semanas.

9.- Los pacientes que se hospitalizaron por otras patologías (B.N.M, G.E.C.A, D.P.C, y diferentes tipos de Hernias) y que presentaban Fimosis se aprovechó su estancia en el Hospital para efectuarles Sinequiotomía Prepucial.

10.- La Sinequiotomía Prepucial es un procedimiento - que puede usarse para evitar la Postectomía rutinaria en el recién nacido y niños mayores, por su fácil ejecución inocuidad y no originar mayores gastos económicos.

RECOMENDACIONES

1.- Realizar una buena historia clínica y un exámen físico completo.

2.- Hacer énfasis en el buen manejo de la ficha médica, para que los sobres clínicos y su contenido sean un instrumento de utilidad como enseñanza para nuevas generaciones.

3.- Desarrollar el seguimiento de casos para una mejor evaluación del tratamiento.

4.- Hacer conciencia en el personal médico la importancia que tiene efectuar la Sinequiotomía Prepucial a recién nacidos y lactantes menores para evitar la patología atribuible al prepucio y así mismo como tratamiento profiláctico del cáncer del pene.

5.- Por su fácil ejecución técnica. No tener mayores complicaciones, ser un procedimiento inocuo y no originar mayores gastos económicos, se recomienda su empleo rutinario en el período de lactancia del niño.

6.- Explicar a las madres la importancia de una buena higiene peneana desde temprana edad, o sea usar más agua y jabón en esa región anatómica.

7.- Que la Sinequiotomía Prepucial se practique como procedimiento terapeútico a todo niño que presente Fimosis.

8.- Se sugiere efectuar nuevos estudios con muestras diferentes para comprobar los resultados del presente estudio.

BIBLIOGRAFIA

1.- Bolande, R.P. Ritualistic Surgery Ciruncision - and Tonsilectomy The New. Eng. Jour. Of Med. - Vol. 280 No. 11. 591. 1969.

2.- Clinical Obstetric and Ginecology. Vol. 23 Number 4 Diciembre 1980. Harper & Row Publishers. LULA O. LUBCHENCO, M.D.

3.- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas . Salvat Editores S.A, Undécima Edición. 1974.

4.- Figueroa Marroquín, Luis. Sosa Galicia, Francisco. Manual de Histología. Cultural Centroamericana S.A. 4a. Edición 1976. Guatemala.

5.- Guyton O. Arthur. Tratado de Fisiología Médica. Cervantes. Edición Interamericana, pp. 1001,1002

6.- Gairdner D. The Fate of The Foreskin. Brit. Med Jour. 2-1433-1949.

7.- Ham. Arthur M. Tratado de Histología. Editorial Interamericana 6a. Edición 1969. p. 953.

8.- Letter. Complication Of Ritual Circuncision In Israel. Pediatrics 54 (4) Oct. 1974.

9.- Levin S. M.B. Brith. Milah. Ritual Circuncision S.A. Medical Jour 39-1125. 1965.

10.- Matzer Milián, César. Algunas Consideraciones sobre Circuncision. Tesis Médico y Cirujano - 1977. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.

11.- Mazariegos Oswaldo. Postectomía y Cancer del Pene. Tesis Médico y Cirujano 1967. Universidad de San carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas.

12.- Mendoza, Atonio. Circuncisión en el Niño. Tesis Médico y Cirujano 1,970. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas.

13.- Mora Rosoto, Edgar. Cancer del Pene en Hospital Roosevelt. Tesis Médico y Cirujano - 1974. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas.

14.- Preston F.N. Whiter The Foreskin. J.A.M.A. Sept. 14- Vol. 213 No. 11, 1853. 1970.

15.- Rubenstein, M.N. and Bason. W.M. Complication Of. Circuncision Done With A Plastic Bell Clamp. Amer. Jour. Dis. Child 116-381 1968.

16.- Ruvier. Compendio de Anatomía y Disección. 3a. Edición. Salvat Editores, pp. 664.

17.- Shulman J. Ben Hur N. Neuman Z. Surgical Complications Of Circuncision. Amer. Jour. Dis Child. 107-149. 1964.

18.- Straffon Osorno Andrés. Circuncisión. Su abuso indiscriminado en el niño. Mimeógrafo Jornadas Médicas Morelenses. México, 1955.

19.- Straffon, O.A, Sinequiotomía Prepucial. Cirugía Pediátrica. Ed. E.M.A. p. 485. México, 1979.

20.- Straffon, O.A, El Abuso de la Circuncisión su Etica Médica. Mimeógrafo. Sociedad Mexicana de Pediatría Quirúrgica. México 1960.

21.- Straffon, O.A, Circuncisión. Porqué Profiláctica en el Recién Nacido, La Sinequiotomía Prepucial como una maniobra para evitarla. Impreso. Laboratorio Shering. XII Congreso Internacional de Pediatría. México, 1967.

22.- Straffon, O.A. Porqué Rutinaria en el Recién Nacido. (La maniobra en el Recién Nacido que la evita) Rev. Gineco. Obat. Vol. 35 No. 27 Año XXIX

23.- Straffon, O.A. Sinequiotomía Prepucial Vs. Circuncisión Profiláctica. Informe sobre 1475 casos. Cirugia y Cirujanos. Tomo XLII. No. 5 169. México 1975.

24.- Straffon, O.A. y Colaboradores, Jefe y Cirujanos adscritos al Servicio de Cirugía Pediátrica Centro Médico La Raza. Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio sobre 4,800 casos. 1978.

25.- Testut- Latarjet. Tratado de Anatomía Humana Aparato Urogenital Salvat. E. Tomo IV. 1968.

26.- Thompson H.C. Et al. Report Of The Add Hoc Task Force On Circuncisicion. Pediatrics 5 (4) 610-1 Oct. 1975.

Br. _____

Br. Linda Marcela Comelli Reyna.

Dr. _____
Asesor.

Dr. Jorge Velásquez Garza.

Dr. _____
Revisor

Dr. José Gustavo de León.

Dr. _____
Director de Fase III

Dr. _____
Secretario

Vo. Bo.

Dr. _____
Decano.