

1126
13
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL 'LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS'

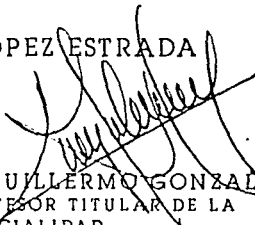
**MANEJO POSTOPERATORIO
DEL PACIENTE
CIRCUNCIDADO**

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL
TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:
CIRUGIA PEDIATRICA

PRESENTA LA
DRA. MARIA ANTONIETA LOPEZ ESTRADA



DR. JORGE ROBLES A.
COORDINADOR DE CAPACITACION Y
DESARROLLO E INVESTIGACION



DR. GUILLERMO GONZALEZ R.
PROFESOR TITULAR DE LA
ESPECIALIDAD

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

La circuncisión es la cirugía más frecuentemente realizada en la infancia. Es un procedimiento relativamente sencillo sin embargo no esta libre de complicaciones.

El objetivo de este trabajo es evaluar la evolución postoperatoria de los pacientes circuncidados. Se compara dos formas de tratamiento: sediluvios vs sediluvios más antibióticos tópicos.

Se incluyeron 44 pacientes. 18 de ellos (41%) pertenecieron al grupo A (sediluvios) y 26 (59%) al grupo B (sediluvios más antibióticos tópicos). No existió diferencias entre los dos grupos estudiados al momento de su inclusión. Se siguieron durante tres semanas. Los pacientes del grupo B tuvieron una menor cantidad de costras y la inflamación se resolvió más rapidamente, sin embargo, no existió una diferencia estadística entre ambos grupos.

La conclusión del estudio es que los antibióticos tópicos mejoran discretamente la evolución del paciente circuncidado. Esta mejoría probablemente se deba a su acción lubricante.

Palabras clave: Circuncisión, fimosis, antibióticos tópicos.

ABSTRACT.

The most frequent surgery done in the infancy is the circumcision. Although it is an easy surgery, the circumcision frequently has complications.

The study's objective is to know the characteristics of the evolution of these patients. We used two kinds of treatment: local asepsia vs local asepsia plus topical antibiotics.

Forty four patients were included. 18 (41%) were in the group A (local asepsia) and 26 (59%) in the group B (local asepsia plus topical antibiotics). There's no difference between the two groups before beginning the study. We follow the patients for three weeks. The group B patients had better evolution than group A. They had less inflammation. Nevertheless the difference didn't reach statistical significance.

We conclude that the topical antibiotics improve little the postoperative evolution. This could be related to its lubricant properties.

I. INTRODUCCION:

Desde tiempos muy antiguos; la circuncisión se ha realizado en la mayoría de los casos como parte de un ritual(3). En muchas ocasiones se realizaba al momento del nacimiento o al llegar a la adolescencia (4). Estas tendencias se mantienen hasta la actualidad. Los médicos que la practican en nuestro medio con frecuencia no es el personal más capacitado, realizandolo en ocasiones con una anestesia inadecuada (9), en especial en los neonatos. En muchas ocasiones la indicación de la circuncisión es inadecuada (1). La mayoría de los autores aceptan como indicaciones la presencia de infecciones urinarias de repetición (2), cuadros de postitis (5) , fimosis verdadera y parafimosis. Quizas una de las indicaciones más frecuentes es el deseo persistente de los padres (8).

A pesar de que es un procedimiento relativamente sencillo no esta exento de complicaciones (11,10). Estas son especialmente frecuentes en la etapa neonatal (13). El periodo postoperatorio en la mayoría de los casos se caracteriza por requerir cuidados especiales por parte de los padres por lo menos durante 15 días Se le ha dado poca importancia a este hecho.

II. GENERALIDADES.

2.1 Antecedentes históricos:

Aunque no se conoce el origen de esta práctica ritual hay evidencias de que los egipcios ya la realizaban (4). En 1891 el Dr. P.C. Remandino postuló que la circuncisión curaba gran número de enfermedades como la epilepsia, el asma, algunas hernias y el prolapso rectal (4). En 1910 el Dr. Joseph Preuss, en su libro "Medicina bíblica talmúdica" señaló que los judíos gozaban de un mejor estado de salud por la práctica rutinaria de la circuncisión. En los años de 1875 a 1950 no hubo ninguna oposición a la práctica rutinaria de la circuncisión en los Estados Unidos e incluso era una medida recomendada. A partir de 1949 aparecieron gran cantidad de trabajos que cuestionaban la utilidad de esta cirugía tomando en cuenta la relación costo-beneficio. No obstante ello, la circuncisión es un procedimiento que aún en la actualidad se realiza en muchas ocasiones sin una indicación médica precisa.

2.2 Definición:

La circuncisión es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpa la cantidad necesaria de prepucio para que el glande quede descubierto. (10).

2.3 Incidencia:

La frecuencia con que se realiza la circuncisión ha variado con la historia. En 1960, aproximadamente el 80% de los recién nacidos vivos en los Estados Unidos se les practicaba la cirugía. Esta práctica rutinaria ha cambiado en la actualidad. A pesar de ello el 50-60% de los recién nacidos son sometidos a dicha cirugía (13).

2.4 Etiología:

Las causas por las cuales se realiza la circuncisión son variadas: religiosas, costumbre, imitación, etc. Son pocas las indicaciones médicas para la práctica de la circuncisión.

2.5 Cuadro clínico:

Dentro de las indicaciones médicas las más importantes son:

a. Cuadros de balanopostitis de repetición: La balanopostitis es el resultado del acumulo de esmegma secundario a una falta de aseo del espacio virtual que existe entre el prepucio y el glande. Esta zona frecuentemente esta colonizada por germen gram negativos como el Proteus sp. y la E.coli (16). Algunos autores han informado que la cantidad de flora local es mayor en los pacientes no circuncidados, por lo que se cree que el aseo

adecuado que permite la circuncisión impide la reaparición del proceso infeccioso.

b. Cuadros de infección de vías urinarias de repetición: En diversos estudios se ha encontrado que el 95% de los pacientes con infecciones de vías urinarias de repetición no estaban circuncidados (16,10). Algunos autores han postulado que la circuncisión protege a los infantes masculinos de infecciones urinarias, al prevenir la colonización bacteriana del prepucio. Por otra parte los hombres no circuncidados tienen una frecuencia mayor de enfermedades venereas, cancer de pene. Las mujeres que son parejas de hombres no circuncidados tienen mayor riesgo de cancer cervicouterino.

c. Parafimosis: Esta es una de las indicaciones absolutas de circuncisión ya que aún cuando se logre reducir la parafimosis, la piel y mucosa edematizadas sufren la aparición de adherencias entre el glande y la piel de prepucio. Este fenomeno aumenta el riesgo de tener una fimosis verdadera, la cual puede ser grave y capaz de obstruir el flujo de la orina. Es la práctica en nuestro servicio esperar ocho días después de la resolución de la parafimosis para la realización de la circuncisión. Esto permite que la cirugía se realice con mayor facilidad.

2.6 Tratamiento:

Actualmente consideramos que no hay indicación para la realización de circuncisión en el recién nacido. La

parafimosis iatrógena es la excepción a la regla. Si por una razón paramédica se desea realizar en este periodo se sigue la siguiente conducta. Si el paciente tiene menos de tres meses la circuncisión se realiza con campana en consultorio. Si el paciente tiene entre 3 y 6 meses la circuncisión se hace con campana en quirófano. Finalmente si el paciente es mayor de 6 meses, la cirugía se realiza con técnica quirúrgica en quirófano.

III. JUSTIFICACION:

Crear normas de manejo en el postoperatorio del paciente circuncidado, para evitar una evolución tórpida y dolorosa. El objetivo principal será evitar el acumulo de costras meliséricas en el glande recién expuesto.

IV. OBJETIVOS.

A. Comparar la evolución postoperatoria de los pacientes con dos formas de tratamiento diferentes. Una parte de los pacientes recibieron sediluvios mientras que el resto recibieron sediluvios más antibiomaticos tópicos.

V. MATERIAL Y METODOS.

Se incluyeron a todos los pacientes que fueron circuncidados en el servicio de Cirugía pediátrica del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" en el periodo comprendido entre el 10. de Marzo de 1989 y el 31 de Diciembre de 1989.

Los pacientes fueron sorteados en dos grupos:

GRUPO A: Pacientes que en el postoperatorio recibieron únicamente sediluvios.

GRUPO B: Pacientes que en el postoperatorio recibieron sediluvios mas antibioticos tópicos (Polimixina + Neomicina + Bacitracina)

El estudio es de tipo prospectivo y abierto. Los criterios de exclusión fueron el fallecimiento del paciente antes de su egreso o que la cirugía hubiese sido practicada en otra institución. Se consideró como un motivo de eliminación del estudio el no acudir a dos o mas revisiones.

El seguimiento fue realizado por uno de los autores del estudio, con el objetivo de disminuir la variabilidad interobservador. Los pacientes fueron citados cada semana despues de su egreso. La vigilancia se continuo durante las primeras tres semanas posteriores a la cirugía. En cada consulta se evaluó la presencia o no de costras meliséricas, inflamación y búsqueda intencionada de complicaciones. Los dos primeros parametros fueron medidos subjetivamente por medio del sistema de cruces (0 a 4).

VI. ANALISIS ESTADISTICO:

Los resultados estan expresados como promedios y porcentajes. Las variables continuas se compararon por medio de la prueba de t de Student, mientras que las discontinuas por medio de la prueba de Chi cuadrada.

VII. RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 44 pacientes. 18 pacientes (41%) pertenecieron al grupo A y 26 pacientes (59%) al grupo B. A 35 de ellos se les realizó circuncisión con técnica, mientras que a los 9 restantes se les practicó con el empleo de una campana. No hubo diferencias entre los grupos A y B respecto al tipo de cirugía practicada.

La edad promedio de los pacientes fue de 3.5 años (rango de un mes hasta 8 años). No hubo diferencias en edades entre ambos grupos. Ninguno tenía algún problema médico asociado.

Todos los pacientes fueron egresados durante el primer día postoperatorio. Ningun paciente fue perdido durante el seguimiento. Durante su seguimiento fueron evaluados en tres ocasiones.

La resolución completa de la inflamación y la desaparición de las costras meliséricas fue similar en ambos grupos, sin embargo el tiempo en que se dieron estos cambios fue discretamente menor en el grupo B. Las

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

diferencias no alcanzaron significancia estadística. En el grupo A la resolución completa se alcanzó en 3 semanas en promedio mientras que en el grupo B se alcanzó en 2 semanas.

La intensidad de la reacción inflamatoria fue similar en ambos grupos, sin embargo la cantidad de costras fue mayor en el grupo A.

Solo se observó un complicación. El paciente pertenecía al grupo B. La complicación fue una hemorragia de poca magnitud. En este caso, la circuncisión se realizó con campana.

VIII. CONCLUSIONES:

1. Nuestros resultados no apoyan el empleo rutinario de antibióticos tópicos en pacientes post-circuncisión.

2. Hay una leve mejoría con el uso de antibióticos tópicos sin embargo esta no alcanzó una significancia estadística. El efecto lubricante de los ungüentos utilizados sería la explicación más probable de la mejoría observada. Es poco probable que la mejoría observada pudiese ser debida a la acción bactericida del medicamento ya que en el grupo control no existió algún caso de infección.

3. Es necesario continuar con investigaciones para encontrar algún medicamento que acorte la evolución postoperatoria de estos pacientes.

MANEJO POSTOPERATORIO DEL PACIENTE CIRCUNCIDADO

	GRUPO A	GRUPO B
No. PACIENTES	18	26
EDAD	3	2
INFLAMACION (CRUCES)	4	3
No. COSTRAS (CRUCES)	4	3
TIEMPO DE EVOLUCION (SEMANAS)	3	2
COMPLICACIONES	0	1

Fuente: Archivo del Hospital Regional
Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE.

BIBLIOGRAFIA

1. Gary L. et al. Care of Uncircumcised children. The Western J. Med 1985;142,270-272.
2. Maj Thomas et al. Decreased incidence of Urinary tract infections in circumcised male infants. Pediatrics 1985;75; 901-903.
3. Glen F. et al. Circumcision. Pediatrics Annals 1989;18;208-213.
4. Wallerstein E. The Uniquely American Medical Enigma. Urol - Clin North Am. 1985;12;123-132.
5. Fussell et al. Adherence of bacteria to Human foreskin. J Urol 1988;140;997-1001.
6. Cadman et al. Newborn circumcision: An economic perspective. CMAJ 1984 :131:1353-1355.
7. Roberts et al. Does circumcision prevent urinary tract infections. J. Urol 1986;135:991-992.
8. Kenneth et al. The circumcision Debate. Pediatrics 1987 79:649-650.
9. Howard et al Local anesthesia for neonatal circumcision. JAMA 1988;259;1507-1511.
10. Maj Thomas et al. Declining frequency of circumcision: Implications for changes in the frequency of urinary tract infections. Pediatrics 1987;79:338-442.
11. Gallagher J. et al Monoclonal antibodies in Cancer. NEJM 1986;316:1167-77
12. Holder et al. Tratado de Cirugía pediátrica 1985 p 990-9353
13. Moussali et al. Urología pediátrica. Temas básicos. Ed. Trinitarias p 130-136.6.
14. Welch et al. Cirugía Pediátrica. Ed. Year Book 1988 p 1131-1132.2
15. Kelalis et al. Clinical Pediatrics. Urology. Ed. Saunders 1985 p 950-51
16. Schoen E. The Status of Circumcision of Newborn. NEJM 1990 322:1308-1311.