



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Dirección General de Servicios Médicos del D.D.F.
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza Médica
Departamento de Postgrado
Curso Universitario de Especialización en Pediatría Médica



LA CIRCUNCISION EN LA EDAD PEDIATRICA INDICA-
CIONES, CONTRAINDICACIONES, TECNICAS Y
COMPLICACIONES

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A :

DR. MIGUEL GOMEZ OROZCO Y RAMIREZ
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSE LUIS REYES JUAREZ

1 9 8 7





Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

INDICE

	Págs.
Introducción.....	1
Indicaciones.....	4
Contraindicaciones.....	6
Técnicas Quirúrgicas.....	8
Complicaciones.....	13
Material y Métodos.....	18
Resultados.....	19
Discusión.....	24
Conclusiones.....	25
Resumen.....	28
Bibliografía.....	30

INTRODUCCION

La circuncisión ha sido practicada desde épocas inmemoriales por varios pueblos y grupos étnicos, generalmente del oriente medio, como musulmanes y judíos, así como en diversas regiones de Africa, de manera ritual en todos los recién nacidos masculinos (1,2).

Las primeras manifestaciones que describen esta práctica ritual se encuentran en la Biblia, mencionándose en varios versículos de la misma; la importancia que guarda en la sociedad el individuo que ha sido circuncidado - bajo un ambiente de festejos y alegría general.

Sin embargo, dejando a un lado las características religiosas, se plantea el problema de la circuncisión como una medida quirúrgica terapéutica en diversas patologías del pene en general y del prepucio en particular, y que siendo a lo largo de los tiempos un tópico demasiado controvertido sobre el cual se han postulado diversidad - de opiniones, unas a favor, otras en contra, con respecto a las indicaciones y contraindicaciones de esta cirugía, partiendo desde la circuncisión rutinaria del recién nacido, ya que evidentemente es ésta la operación quirúrgica

más común en esta edad y la que probablemente presente me nos complicaciones inherentes a la misma que otras (3), - hasta llegar a situaciones claramente patológicas y cuya resolución tiene en esta cirugía el tratamiento adecuado.

No obstante hay que recordar que como cualquier otra intervención no está exenta de riesgos por lo que de be considerarse lo anterior al ser elegida como una práctica de rutina (4).

Según varios criterios médicos no existe una in dicación médica absoluta para la circuncisión rutinaria - en el recién nacido, sin embargo este procedimiento sigue siendo popular en varios hospitales materno infantiles ya que la fimosis es evitada, la incidencia de balanitis se reduce notablemente, el cáncer de pene es virtualmente eliminado y el hecho de que todos los niños nacidos en dichos hospitales sean circuncidados de manera rutinaria (5)

Aún así, existe una situación específica, aceptada por la mayoría de los médicos pediatras, según la -- cual, la práctica de la circuncisión se encuentra plenamente contraindicada: no debe de realizarse dentro de las primeras 48 horas posteriores al nacimiento, sino hasta -

después de que se haya demostrado que el niño está sano.

Como se verá en el transcurso de esta presentación, las indicaciones médicas y las contraindicaciones - están en relación a bases fundamentadas fisiopatológica-- mente, así como a las técnicas operatorias, de las cuales se mencionan algunas como curiosidades de habilidad qui-- rúrgica en diversas épocas hasta las actualmente utiliza-- das, llegando inclusive a la enumeración de las complica-- ciones resultantes e imputables directamente al procedi-- miento, destreza del cirujano y estado general del pacien-- te, ya sean de manera inmediata o mediata.

Por otra parte, en la mayoría de las veces, es común y frecuente encontrar en la literatura médica citas referentes a la circuncisión en la edad pediátrica enfocando el problema hacia los aspectos psicológicos que resultan en el medio familiar, y más específicamente a los padres del paciente, sin llegar a establecer un criterio que permita al médico pediatra conocer las indicaciones, contraindicaciones, técnicas quirúrgicas y complicaciones de este procedimiento tan común.

Considerando lo anterior será conveniente el - planteamiento de este trabajo de manera integral para -

que a partir de los antecedentes históricos del problema y las necesidades actuales, sea más sencillo decidir en un momento determinado la indicación de la circuncisión en base a un estudio formal y estar prevenidos ante las posibles consecuencias que se deriven de la decisión tomada.

De manera representativa se incluirán los resultados obtenidos en una investigación sobre el problema en cuestión en el Hospital Pediátrico de Xochimilco, de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

INDICACIONES

Las indicaciones médicas para la decisión de la práctica de la circuncisión son muy específicas, sin embargo existen circunstancias especiales en las que la práctica de dicho método quirúrgico se realiza sin ser éste un procedimiento terapéutico.

Se pueden considerar dos tipos de indicaciones:

No médicas. Estas son, desde un punto de vista estricto, cuestiones deontológicas, originadas en la voluntad expresa de los padres del niño (6).

Médicas. Conceptuadas como parte fundamental de la resolución de un problema médico, es decir como una

alternativa más dentro del arsenal curativo del que actualmente se dispone.

Dentro de la patología a este nivel, tenemos la fimosis, que es el estrechamiento del prepucio de modo que éste no puede ser retraído ni deslizado sobre el cuerpo -- del glande para descubrirlo. Generalmente se acompaña de prepucio redundante o largo (7). Generalmente es de tipo adquirido como consecuencia de procesos infecciosos e inflamatorios repetidos que producen fibrosis y adherencias entre el glande y el prepucio. El diagnóstico de fimosis en el recién nacido no puede hacerse con certeza, debido a que el frenillo no se ha desarrollado al nacimiento (8).

Otra patología, la para fimosis, consiste en la inflamación y edema del prepucio cuando éste se ha retraído por encima del glande y no puede ser regresado (7).

Existen otras dos entidades en las que la decisión de circuncidar puede ser tomada en cuenta previo mejoramiento de las condiciones generales del paciente: la balanitis y la postitis. La primera es la inflamación del glande y generalmente se acompaña de la segunda, la postitis, que es la inflamación del prepucio. En condicio

nes que originen frecuentemente dichos padecimientos, la circuncisión debe considerarse una medida terapéutica (7).

Un estudio reciente sobre la baja frecuencia de infecciones de vías urinarias en un grupo de niños circuncidados, comparativamente con otro grupo de niños no circuncidados, debe llamar la atención para fundamentar la circuncisión como un recurso terapéutico más en casos de infecciones recurrentes de vías urinarias (9).

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones de la circuncisión pueden ser clasificadas bajo dos rubros a saber:

De carácter general. Estas son dadas por las condiciones del paciente (10).

De carácter local. Las referentes a las condiciones anatómicas del pene (malformaciones congénitas).

A continuación se describen las aberraciones morfológicas del pene por las cuales la decisión de la circuncisión es obsoleta:

Hipospadias. De todas las anomalías congénitas del pene, es el hipospadias el que reviste mayor importancia, entendiéndose por este nombre los trastornos caracterizados por un desarrollo incompleto de porciones va-

riables de uretra de manera que el meato urinario desemboca debajo del pene, cualquier sitio, entre la abertura normal y el periné. Se consideran cuatro variedades dependiendo del sitio en el cual la anomalía se reconoce:

Hipospadias balánico. Llamado así por estar el orificio uretral a la altura del surco balanoprepucial o un poco más abajo (7).

Hipospadias peneano. Es la variedad más frecuente y se caracteriza por prepucio hendido en su cara ventral y orificio uretral entre el glande y el rafé peneoscrotal. En ocasiones el pene se aprecia parcial o totalmente retraído, incurvado y hundido debido a la cuerda fibrosa, vestigio del canal uretral que no se integró (7).

Hipospadias peneoscrotal. En esta variedad el orificio de salida se coloca entre la raíz del falo y el inicio del rafé escrotal y se manifiesta por pene corto además de retracción e incurvamiento del mismo (7).

Hipospadias perineal. En esta variedad el orificio desemboca atrás del rafé escrotal, en pleno periné anterior. Se acompaña de escroto bífido y en muchas ocasiones constituye un problema a resolver sobre la identificación del sexo (7).

TECNICAS QUIRURGICAS

Desde el advenimiento de la anestesia general, regional y local, en 1842 (14), el procedimiento de la circuncisión se ejecuta en los niños lactantes con patología después de los tres meses y hasta la adolescencia con estas medidas lenitivas, dependiendo de todo ese conjunto de indicaciones y pormenores a los que el clínico se enfrenta en el manejo diario de sus pacientes.

De realizarse en el niño menor de dos años, se hace bajo anestesia general, exceptuando de esta condición a los recién nacidos, en donde los pequeños son sometidos al procedimiento sin anestesia. En lo referente a la anestesia local o regional, es decir, a la infiltración de las cubiertas a seccionar o los plexos nerviosos en su caso -- con novocaína, es exclusivo para los niños mayores de dos años. Un ejemplo de este caso es el bloqueo peneano del nervio dorsal con la droga mencionada (11, 12, 13).

Después de este breve paréntesis, pasaremos a mencionar a algunos autores que idearon diversas técnicas utilizadas en la práctica de la circuncisión, aunque ya no son empleadas en la actualidad, simplemente como curiosidad dentro de la evolución de la cirugía que nos interesa

sa.

Cloquet, Velpeau, Coster, Malgaigne, Taxis, --
Lisfranc, Nelaton, Denovillers, Desruelles, Le Fort, Boyer,
Mayerne, Guillemeau, Ricord, Marion, Vidal de Cassis, son
entre otros, algunos de ellos y aunque algunas de sus téc-
nicas son variaciones de maniobras quirúrgicas previas, -
tienen su validez dentro del concepto histórico en el cual
se desarrollaron.

La técnica de Legueu, clásica y que también se -
conoce como la de la doble incisión circular, utilizada -
desde los años treinta, consiste en la colocación de dos
o cuatro pinzas de mosquito a las 3 y a las 9 o a las 3, 6,
9 y 12 horas del reloj respectivamente. Por intermedio de
ellas el ayudante estira la cubierta prepucial discreta y
sutilmente, con la única intención de que puedan trazar -
las líneas circulares tanto a nivel de la piel como de la
mucosa ya sea con violeta de genciana o algún otro colorante
te.

La marca circular se hace por delante del resal-
te que hace la corona del glande. Se arremanga la piel so-
bre sí, se destruyen las adherencias (balanolisis) y más -
allá del simple descubrimiento del glande se procede a --

trazar otra línea circular sobre la mucosa, a unos cuantos milímetros de su implantación. Con el bisturi de hoja recta se incide sobre el círculo marcado en la mucosa, se desliza nuevamente el resguardo prepucial que abriga el glande y se secciona circularmente también la piel. Con ello se tienen dos incisiones circulares, la una mucosa, la otra tegumentaria, la una interna y la otra externa. Bastará extirpar el pequeño cilindro que resulta de unir sagittalmente dichos cortes circulares, por una última sección, para obtener bordes nítidos que serán afrontados. Los vasos sangrantes son pinzados y posteriormente ligados con catgut muy delgado.

Se procede a afrontar los bordes de la herida, - para lo cual se colocan en los puntos cardinales cuatro hijos de sutura de referencia que serán presentados por el - ayudante para que en los intervalos dejados por los mismos, se suture con puntos separados el resto de los bordes de - la herida. Esta técnica se aconseja para niños escolares y adolescentes (14).

Para lactantes y preescolares se toman dos pinzas de Healstead o mosquito pinzando el orificio prepucial (a las 3 y a las 9 del reloj) y son insinuadas ambas

entre los dedos índice y cordial de la mano izquierda del cirujano, a efecto de que éste regule la tracción necesaria. Con la tijera de punta roma se secciona toda la cubierta del prepucio a nivel de las 12 del reloj y no más de unos milímetros de longitud. Se libera el resto del balano y se asea la cavidad si fuera necesario para que los bordes de la herida sean sostenidos por 3 ó 5 pinzas finas equidistantes, a efecto de que el ayudante, usando - sus dos manos, despliegue el prepucio. Acto seguido, con la tijera curva se incide de manera circular y total de - una porción del forro prepucial, para lo cual, tanto los bordes del prepucio como las pinzas equidistantes colocadas sirven de referencia. Se afrontan los labios de la - herida inicialmente con cuatro puntos de cabos largos en situación cardinal. El ayudante, por pares, los irá regtirando para que el cirujano coloque los puntos de sutu-ra separados en los cuatro cuadrantes así expuestos.

Esta última técnica descrita es la utilizada en la actualidad por la mayor parte de los médicos que reali-zan la circuncisión en varios centros hospitalarios.

Las campanas metálicas GOMCO-USA Pat. 119-180, - tienen en la cara inferior de su placa basal las distintas

medidas a las que corresponden el diámetro de las campanas y que son de mayor a menor: 1.6 cm., 1.45 cm., 1.3 cm. Las campanas de plástico o Plastibell (Hollister Inc.) son desechables y se presentan en el comercio con cinco diferentes diámetros, que son de mayor a menor: 1.5, 1.4, 1.3, 1.2 y 1.1. Para lo referente a las campanas metálicas, se excusa su descripción debido que es una técnica en desuso actualmente.

En pacientes recién nacidos en quienes se desea practicar la exéresis del prepucio, la técnica a emplear es la colocación de la campana de plástico mencionada con anterioridad, para lo cual se fija al niño en una superficie plana y acolchada, en posición dorsal y con las piernas se paradas (para ésto es recomendable una tabla en forma de Y invertida), posteriormente se inicia el aseo del campo ope ratorio previa colocación de campos estériles. Se reco-- mienda la instilación de anestésico local en la mucosa del prepucio con Xilocaina al 1% sin epinefrina. Se procede a pinzar con pinzas de mosquito a ambos lados del prepucio - introduciendo una cánula o dilatador para permitir mayor - amplitud de maniobras al disecar el prepucio del glande, - conociéndose esto con el nombre de balanólisis. A continua

ción se pinza en la porción superior del prepucio con una pinza portaagujas, en su porción media, con el objeto de producir hemostasia. Se incide con unas tijeras en la marca producida con dicha presión aproximadamente 0.5 cm. de longitud para permitir la introducción de la campana entre el prepucio. Hecho lo anterior se ata un hilo de nylon la piel redundante contra la camisa de la campana que cuenta con un canal para este objeto. Se extirpa la piel sobrante junto con la mucosa del prepucio y por último se secciona el manguito, en forma manual. El anillo resultante produce necrosis por isquemia, desprendiéndose posteriormente por sí solo en el transcurso de los siguientes tres a cinco días (14).

La circuncisión con la pinza Mogen, la cual no se encuentra en el país, proporciona un procedimiento simple, rápido y seguro ya que el porcentaje de complicaciones es relativamente bajo (1.6%) (15).

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

Existen 4 complicaciones principales: hemorragia, infección, dehiscencia de los bordes y edema local.

La hemorragia se manifiesta bien como una pérdida continua de sangre o bien como una colección hemática entre

las cubiertas laxas del pene (hematoma). En el primero de los casos basta una simple compresión de la zona para cohibir mediante hemostasia, la salida libre de la sangre. Sin embargo en el caso de un hematoma, éste tiene que ser desbridado y en su interior se debe buscar él o los vasos que le dieron origen para ligarlos correctamente. Según estudios realizados previamente, esta complicación corresponde al 6% de todas las que pueden presentarse (16).

La infección es una de las graves complicaciones inmediatas o mediatas de la circuncisión y en las que existe un factor causal común: la falta de higiene. La infección discreta de las heridas se presenta con relativa frecuencia y se manifiesta por rubor, tumor, dolor y aumento local de la temperatura. Cuando la infección es de moderada intensidad, el aseo local con agua corriente o con antisépticos locales de uso común como el permanganato de potasio, sulfato de cobre, soluciones yodadas, etc. suele ser suficiente. En cambio cuando hay secreción por los bordes es conveniente recurrir al cultivo de la secreción, con el correspondiente antibiograma para iniciar con medicamentos antibióticos por vía oral o parenteral según sea el caso.

Rara vez será necesario recurrir al drenaje de un absceso. Las infecciones severas pueden llegar a provocar

la necrosis parcial del pene. Es útil mencionar que en la mayor parte de dichas infecciones, las bacterias gram negativas juegan un papel importante.

Las dehiscencias parciales o totales de las suturas generalmente dificultan o entorpecen la cicatrización de la herida quirúrgica ya que los bordes de dicha incisión se separan. A ésto contribuyen el estado nutricional del paciente, la falta de higiene, la incultura, la escasez de recursos económicos y las enfermedades parasitarias o infecciones recurrentes o al material de sutura y técnicas utilizadas.

El edema local se presenta debido al excesivo manipuleo cuando se ligan más vasos de retorno (venas) que los necesarios. Esto contribuye a que después de unas horas de realizado el procedimiento aparezca una hinchazón transparente, limitada casi siempre al rodete de la herida, pero que incluso puede llegar a involucrar a la raíz del miembro. Este edema cede espontaneamente o con ayuda de compresas frías locales, el reposo en cama, el masaje local y una dieta adecuada. Pero cuando ésto no tiende a remedir, es posible que se produzca la dehiscencia de los -

planos y los bordes de la herida.

Debido a las técnicas de circuncisión nuevamente aparecidas, han surgido nuevas y graves complicaciones: la supercircuncisión aparece por una exagerada mutilación no solo del prepucio, sino de una gran parte de las cubiertas del pene. Es una verdadera iatrogenia (14).

La retención de la campana de plástico es más común de lo esperado (14).

Otras complicaciones comprenden el pene hundido, falo achaparrado o pene seudopequeño, que es una preocupación estética de los padres del niño circuncidado, sin embargo el miembro, aunque aparentemente corto, al traccionarlo o cuando el niño ya hipedesta, observamos que el cuerpo del falo emerge y es de dimensiones normales (14).

La perforación de las cubiertas peneanas es la pérdida de los tejidos tegumentarios que recubren el falo del niño. Esta complicación es más frecuente con la técnica de la campana de plástico, ya que el privar de la circulación local por la compresión ejercida condiciona el seguimiento obligado de la gangrena y mortificación con la siguiente pérdida de substancia que da por resultado la -

presencia de una hendidura oval que será necesario tratar posteriormente (14).

Las heridas del glande no son infrecuentes si se toma en cuenta la presentación corriente de pequeñas escoriaciones que se producen durante la cirugía. Desde luego, son menos comunes las heridas importantes que hacen labios o bordes sobre él y más raras, pero presentes, las amputaciones totales del balano (14).

La afalia, o falta total del pene, generalmente secundaria a la técnica con campana de Gomco o a la aplicación de corriente eléctrica con fines de hemostasia, es también una complicación potencial (14).

Las fístulas uretrales son provocadas por un corte en el meato uretral (14).

La úlcera meática, consecutiva a la laceración parcial del meato, no tiende a la cicatrización por el contacto de la orina o de las heces, sino hasta edades en que éstos últimos desechos se han controlado más o menos eficientemente (14).

La estenosis del meato postcircuncisional, puede establecerse casi de inmediato sin antecedentes francos de úlcera meática. En este caso es imperativo reintervenir - efectuando una meatotomía (14, 16, 17, 18).

Las torsiones, incurvamientos y demás deformaciones peneanas existen como una complicación de la circuncisión (14).

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados e intervenidos quirúrgicamente por circuncisión en el Hospital Pediátrico Xochimilco de Servicios Médicos del Departamento del Distrito - Federal, en el periodo comprendido del primero de febrero al treinta y uno de julio de 1986.

Las edades de los pacientes considerados en este estudio fluctúan desde los 2 meses a los 12 años de edad y que fueron circuncidados en dicho hospital.

Las indicaciones, técnicas quirúrgicas y complicaciones fueron tomadas en cuenta de manera individual al paciente en estudio.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 62 pacientes, en los cuales la frecuencia de las indicaciones muestra que 53 (85.5%) presentan fimosis, en 7 (11.3%) la fimosis se asocia con prepucio redundante, 1 paciente (1.6%) presenta solamente prepucio redundante, la parafimosis se encuentra en 1 paciente - (1.6%).

CUADRO 1.

Cuadro 1.- Presencia de patología observada en pacientes - circuncidados.

Indicación	Frecuencia	%
Fimosis	53	85.5
Prepucio redundante	1	1.6
Parafimosis	1	1.6
Fimosis + Prepucio		
Redundante	7	11.3
Electiva	0	0
T O T A L E S	62	100

El porcentaje de las complicaciones de acuerdo al número de pacientes estudiados es del 43.5% (27 pacientes) distribuidos de la siguiente manera: edema en 21 (77.8%),-

hemorragia en 2 (7.4%), infección en 2 (7.4%), estenosis - prepucial postcircuncisión en 1 (3.7%) y la respuesta idio sincrónica a los medicamentos tópicos (quemaduras químicas) en 1 (3.7%), ya que en todos los pacientes se utilizó un - regenerador tisular al término de la cirugía.

CUADRO 2.

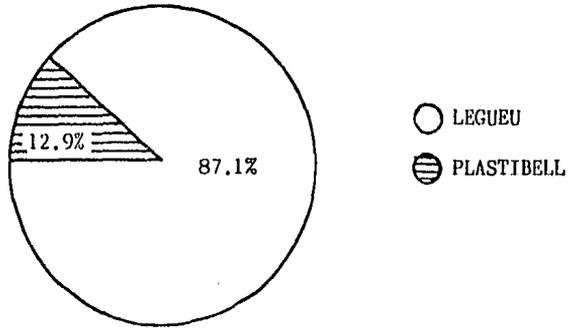
Cuadro 2.- Frecuencia de las complicaciones presentadas en pacientes circuncidados.

Complicación	Frecuencia	%
Edema	21	77.8
Hemorragia	2	7.4
Infección	2	7.4
Estenosis prepucial		
Postcircuncisión	1	3.7
Quemadura Química	1	3.7
T O T A L E S	27	100

Las técnicas quirúrgicas empleadas corresponden por frecuencia a la de doble incisión circular (Legueu) en 54 (87.1%) y con Plastibell en 8 (12.9%), como se observa

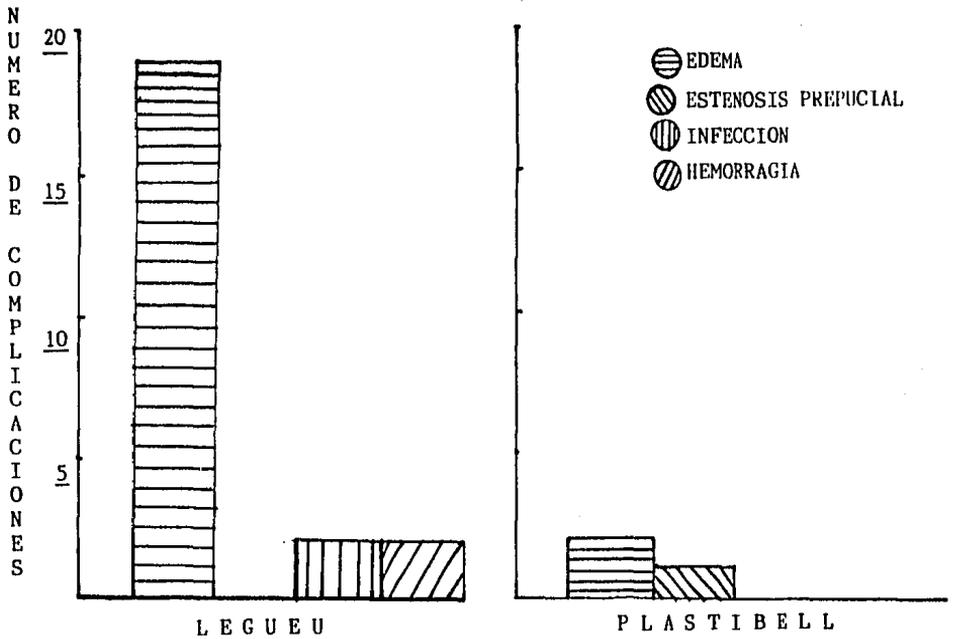
en la gráfica 1.

Gráfica 1.- Frecuencia de las técnicas quirúrgicas empleadas en pacientes circuncidados.



Las complicaciones presentadas dependiendo de la manera quirúrgica utilizada, muestran los siguientes porcentajes: con la cirugía de Legueu, el edema observa en 19 (73.1%), infección en 2 (7.7%) y hemorragia en 2 (7.7%). - Con la campana de plástico, el edema se presenta en 2 (7.7%), estenosis prepucial postcircuncisión en 1 (3.8%). Gráfica 2.

Gráfica 2.- Presencia de complicaciones según la técnica empleada.



Al calcular con una Chi cuadrada si existen diferencias significativas en los resultados previamente mencionados, demostrando con una $P=0.001$, que el número de pacientes sin complicaciones con la técnica de Plastibell son - significativamente mayores ($P < 0.001$). Cuadro 3.

CUADRO 3.

Cuadro 3.- Significancia comparativa entre los resultados obtenidos entre las 2 técnicas quirúrgicas y - las complicaciones encontradas.

Técnica	Con complicaciones	Sin complicaciones
Legueu	115	155
Plastibell	15	25
T O T A L E S	130	180

El promedio de edad en el grupo de estudio fué de 3 años, con una desviación estándar de 2 años 3 meses. El - promedio de días estancia hospitalaria fué de 3 días con - una desviación estándar de 14 horas. Cuadro 4.

Cuadro 4.- Promedio y dispersión de la edad y días estancia intrahospitalaria de los pacientes en estudio.

Variable	Promedio	Desviación Estándar
Edad	3 años	2 años 3 meses
Días estancia	3 días	14 horas

DISCUSION

Si bien los porcentajes obtenidos en esta presentación difieren de los reportados en estudios previos cuya bibliografía consta al final del trabajo, también es cierto que la frecuencia con la que estos datos se presentan guarda relación de manera similar a las existentes en la mayor parte de los hospitales Pediátricos de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal, ya que el grueso de la población que asiste a éstos presenta un nivel socioeconómico estándar.

Considerando la presentación de las variables propuestas en el presente estudio, podemos notar que la fimosis sigue siendo la causa más común de circuncisión en -

el grupo etario sugerido, refiriéndose un porcentaje bastante elevado en otros estudios (42.8%) (15), mientras que aquí lo encontramos representado al doble. Por otra parte, aunque las complicaciones conocidas se encuentran presentes la baja presentación de las mismas, si consideramos la cantidad de los sujetos estudiados, se guarda una importancia similar ya que, por ejemplo, la hemorragia, que en otros - estudios tiene una frecuencia del 0.85%, en esta exposición al igual que la infección, ocupa un 7.7% (16).

Revisiones en otros países concluyen que es la maniobra de Legueu la más frecuentemente recurrida, lo que - está de acuerdo con la nuestra, donde obtenemos el mismo - dato.

Si individualizamos los días de estancia intrahos

pitalaria requeridos por los pacientes postoperados con - complicaciones, llegamos a la conclusión de que en éstos - su estancia prolonga a casi un 50% más de los empleados por pacientes que no presentan ninguna complicación.

CONCLUSIONES

Con la revisión de los resultados obtenidos en - este estudio se obtienen las siguientes conclusiones:

1.- La fimosis es con mucho la indicación médica más frecuente de circuncisión en la edad pediátrica, ocupando un 85.5% de la cirugía en estudio.

2.- Aunque el prepucio redundante no es una indicación formal para la realización de la circuncisión, en esta revisión dicha situación anatómica se asocia con fimosis en un 11.3% obligando con ello a la necesidad de intervenir quirúrgicamente para obtener una curación radical.

3.- La circuncisión no es una intervención quirúrgica inocua ya que el porcentaje de complicaciones que presentan es del 43.5%.

4.- La complicación más frecuentemente encontrada en este estudio, independientemente de la técnica utilizada, es el edema, ya que su frecuencia es del 77.8%.

5.- Una complicación encontrada en el grupo estudiado y que no es referida en la bibliografía revisada, es la respuesta idiosincrásica a los medicamentos tópicos utilizados en el postoperatorio inmediato, y que si bien no es debida a la operación quirúrgica en sí, debe de llamar la atención como una manifestación negativa potencialmente presente.

6.- La complicación más grave encontrada es la estenosis prepucial postcircuncisión, la cual requirió ser reintervenida posteriormente. Aunque la frecuencia de esta complicación es ínfima (1.6%) con respecto a la totalidad de los pacientes estudiados, hay que considerar la agresión a la que el niño fué expuesto y en general a las necesidades del hospital.

7.- La técnica más utilizada es la de doble incisión circular (técnica de Legueu) en un 87.1% lo que corrobora el calificativo de clásica y que la reafirma como a la más recurrida por los cirujanos desde hace 50 años - (14).

8.- Aunque es la manobra de Legueu la más frecuente, también es cierto que es la que registra mayor número de complicaciones ya que el porcentaje de las mismas en este estudio es del 88.4% del total de las registradas en los pacientes estudiados, y que es el edema con un 82.6% la que más se presenta.

9.- De ser posible y cuando esté indicada, la técnica a emplear debe de ser la de la campana de plástico (Plastibell) ya que es la que muestra que el número de respuestas negativas posteriores a su uso es estadísticamente menor que las observadas con la técnica de Legueu, aunque

no hay que olvidar las severas complicaciones que se infieren de manera directa a ella.

10.- Debido a que el número de pacientes estudiados es relativamente bajo, la edad promedio de los niños - circuncidados no es representativa ya que el dato obtenido aquí difiere del de la bibliografía estudiada previamente, la cual refiere que la edad aceptada generalmente es de 2 - años (15) y la encontrada en este reporte es de 3 años.

11.- Los días de estancia intrahospitalaria si- presentan diferencias comparativas en cuanto al promedio de pacientes con complicaciones y sin ellas ya que en los pri- meros la estancia se prolonga aproximadamente en un 50% -- con respecto a los segundos.

RESUMEN

El propósito de esta revisión es conocer las in- dicaciones, contraindicaciones, técnicas y complicaciones de la circuncisión en la edad pediátrica, efectuando un - estudio del tipo revisión de casos en el archivo clínico del Hospital Pediátrico Xochimilco de Servicios Médicos - del Departamento del Distrito Federal.

Se obtuvieron 62 pacientes que reunían las características necesarias para llevar a cabo el estudio propuesto, encontrando a la fimosis como la causa más frecuente de decisión de circuncisión como medida terapéutica de elección.

Aunque la presencia de prepucio redundante no es una indicación absoluta de circuncisión en el niño, el hecho de que se asocie frecuentemente a la fimosis, debe de ser considerado.

La complicación más frecuentemente encontrada es el edema postquirúrgico que aunado a otras complicaciones reportadas, muestran a la circuncisión como una medida quirúrgica no inocua por la alta incidencia de respuestas negativas encontradas. Se reporta un caso de estenosis prepuccial postcircuncisión y otro de idiosincrasia al medicamento tópico utilizado en el postoperatorio inmediato. La maniobra más utilizada es la Legueu seguida por la de la campana de plástico (Plastibell), encontrándose mayor frecuencia de complicaciones para la primera.

La edad promedio de los niños circuncidados es de 3 años y el promedio de los días de estancia intrahospitalaria es de 3 días.

BIBLIOGRAFIA

1. Myer Ra; Omorodion FI; Isenalumhe Ae; Akenzua GI.
Circumcision: It's nature and practice among some ethnic groups in Southern Nigeria. *Sac Sci Med* 1985; 21 (5): - 581-8
2. Wallerstein E. Circumcision. The uniquely American Medical enigma. *Urol Clin North Am* 1985; 12(1): 123-32
3. Weiss G. N. Neonatal circumcision. *South Med J* 1985; - 78(10): 198-200
4. Grossman EA; Posner NA. The circumcision controversy: an up date. *Obstet Gynecol Annu* 1984; 13:181-95
5. Williams. *Obstetricia*. México, D.F. Edit. Salvat, 1980, 389-391
6. Bean GO; Egelhoff C. Neonatal circumcision: When is the decision made?. *J. Fam Pract* 1984; 18 (6): 883-7
7. Holder T. *Cirugía Pediátrica*. México, D.F. Edit. Intera-
mericana, 1985, 864-865
8. Straffon OA. *Cirugía Pediátrica*. México, D.F. Edit. Edi
ciones Médicas Actualizadas, 1981, 506-510
9. Wiswell TE; Roscelli JD. Corroborative evidence for the decreased incidence of urinary tract infections in --
circumcised male infants. *Pediatrics* 1986; 78(1): 96-9

10. Salas AM; Loredo AA; Ramirez MJA; Alvarez NP; Legorreta GJ. Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. México D.F. Edit. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1984, 483-486
11. Vater M; Wandless JS. Caudal or dorsal nerve block? A comparison of two local anaesthetic techniques for -- postoperative analgesia following day case circumcision. Acta anaesthesiol Scand 1985; 29 (2): 175-9
12. Carlsson P; Svensson J. The duration of pain relief - after penile block to boys undergoing circumcision - Acta Anaesthesiol Scand 1984; 28 (4): 432-4
13. Lau JT. Penile block for pain relief after circumcision in children. A randomized, prospective trial. Am J Surg 1984; 147 (6): 797-9
14. Straffon OA. Que hay de cierto sobre la circuncisión. México, D.F. Edit. Letras Médicas Estela, S.A., 1982, 145-153 y 169-188
15. Kaweblum YA; Press S; Kogan I; Levine M; Kaweblum M. - Circumcision using the Mogen clamp. Clin Pediatr -- (Phila) 1984; 23 (12): 679-82
16. Stenram A; Malmofgs G; Okmian L Circumcision for fimosis: a follow-up study. Scand J Urol Nephrol 1986; - 20 (2): 89-92

17. Stenram A; Malmofgs G; Okmian L. Circumcision for fimo
sis: indications and results. Acta Paediatr Scand -
1986; 75(2): 321-3
18. Griffiths DM; Atwell JD; Freeman NV. A prospective --
surbey of the indications and morbidity of circumcision
in children. Eur Urol 1985; 11(3): 184-7