

La balanólisis como sustituto de la circuncisión *

MANUEL GIL BARBOSA, M.C.*
CARLOS AGUILERA GONZÁLEZ, M.C.*
ADALID ALIPAZ, M.C.*
JOSÉ LUIS GARCÍA SÁNCHEZ, M.C.*

LA CIRCUNCISION es, quizá, la intervención más antigua y sin duda una de las más frecuentemente practicadas en la actualidad; a pesar de lo cual hasta el momento sus indicaciones siguen siendo controvertibles y sujetas a discusión.

En nuestro país al igual que en otros, con la adquisición cultural progresiva que incluye la de tipo médico, las posibles ventajas de esta cirugía se han popularizado; llegando al extremo de ser solicitada por los padres a pesar del desconocimiento global del problema y, peor aún, realizada por

muchos con carácter puramente "iatroeconómico".

En este trabajo no nos proponemos discutir las indicaciones o desventajas de la circuncisión, incluyendo entre las primeras las de tipo religioso o profiláctico, sino dar a conocer nuestros resultados con un procedimiento sustituto cuando eventualmente, debido a la patología preexistente, ésta pudiera estar indicada.

Sin embargo, no podemos pasar por alto algunos aspectos de interés en el tema y que someramente revisamos.

MATERIAL Y METODO

Durante los últimos tres meses de 1974 se trataron en el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de Especialidades del IMSS de Puebla, 73 pacientes escogidos al azar y que fueron referidos a nuestra consulta por presentar algún trastorno patológico a nivel del glande o de sus envolturas, siendo la fimosis la causa más frecuente.

El procedimiento empleado consistió en la dilatación manual o con ayuda de una pinza mosquito, de prepucio; la liberación de todas sus adherencias al glande; el aseo mecánico a nivel del surco balanoprepucial; y la utilización esporádica de una pomada lubricante. En los casos iniciales se empleó un aerosol anestésico a base de xylocaina y siempre se indicó al familiar la práctica manual de dichas dilataciones.

* Del Hospital de Especialidades del IMSS. Puebla, Pue.

Cuando esta balanólisis no pudo ser realizada de primera intención, se citó consuetudinariamente al paciente hasta obtener el efecto esperado y bajo un protocolo preelaborado se valoró a cada enfermo a los 5, 15 y 30 días; consignando en todos los casos: la edad, tiempo de evolución y número de ataques, el grado de fimosis de acuerdo a la abertura del orificio prepucial durante su retracción manual no forzada, distinguiendo de esta forma cuatro grados. El tamaño o dimensión del prepucio se valoró en forma apreciativa en cruces, obte-

niendo tres grupos distintos. Se tabuló la sintomatología en cada niño y se realizaron el mayor número de urocultivos posibles para descartar su repercusión en las vías urinarias.

Por lo que respecta a la balanólisis en sí, se consiguió el grado de dificultad apreciada en su realización, el número de intentos efectuados hasta su completo despegamiento, las complicaciones observadas y el tipo de evolución en las consultas de control realizadas. Finalmente, se revisó el tema en la literatura accesible de 10 años a la fecha.

RESULTADOS

A nuestro servicio acudieron en forma mensual un promedio de 136 pacientes durante los meses que duró el estudio, de los cuales 25 (18.3%) fueron referidos con diagnóstico de fimosis, postitis y balanitis. De 2,000 ingresos en 1973 a las salas de pediatría, 94 (4.7%) correspondieron a dicha patología; fueron operados y representaron 7.5% del total de intervenciones realizadas ese año en niños.

De los pacientes que fueron tratados mediante balanólisis cinco eran recién nacidos, 28 lactantes, 35 preescolares y cinco mayores de siete años (Cuadro 1). Consideramos a la supuesta fimosis como grado I cuando el prepucio descubría la totalidad del glande; como grado II cuando lo hacía hasta la mitad del mismo; como grado III al observar solamente el meato urinario externo, y total o grado IV, a los casos en donde los bordes de la abertura prepucial se encontraban íntimamente adheridos no dejando ver ninguna parte del glande (Cuadro 2). En cuanto a la longitud o redundancia del prepucio, se consideró de + aquellos que midieron entre 0 y 0.2 mm; de ++ cuando oscilaron entre 0.2 y 0.5 mm, y de +++ a los mayores de 0.5 mm (Cuadro 3).

Cuadro 1

LA BALANOLISIS COMO SUSTITUTO DE LA CIRCUNCISION DISTRIBUCION POR EDADES

| Edades pediátricas | No. de casos | Porcentajes |
|--------------------|--------------|-------------|
| Recién nacidos | 5 | 6.8 |
| Lactantes | 28 | 38.5 |
| Preescolares | 35 | 47.0 |
| Escolares | 5 | 6.8 |
| Total | 73 | 100.0 |

Cuadro 2

LA BALANOLISIS COMO SUSTITUTO DE LA CIRCUNCISION GRADO DE FIMOSIS

| Grado | No. de casos | Porcentaje |
|-------|--------------|------------|
| IV | 28 | 38.4 |
| III | 33 | 45.2 |
| II | 9 | 12.3 |
| I | 3 | 4.1 |
| Total | 73 | 100.0 |

La sintomatología en forma general y en orden decreciente se manifestó por disuria, edema, ardor, dolor, eritema y prurito, entre otros (Cuadro 4). 50 pacientes fueron enviados después del primer ataque y 23 después de dos o más crisis; 19 con menos de una semana de evolución, pero las molestias se referían desde poco después del nacimiento. Al tratar de relacionar en forma porcentual solamente estos síntomas con los diferentes tipos de prepucio, no encontramos grandes dife-

Cuadro 3

LA BALANOLISIS COMO SUSTITUTO DE LA CIRCUNCISION TIPO DE PREPUCIO

| Tipo | No. de casos | Porcentaje |
|-------|--------------|------------|
| + | 36 | 49 |
| ++ | 27 | 37 |
| +++ | 10 | 14 |
| Total | 73 | 100 |

Cuadro 4

LA BALANOLISIS COMO SUSTITUTO DE
LA CIRCUNCISION
SINTOMATOLOGIA

| <i>Sintomas</i> | <i>No. de casos</i> | <i>Porcentaje</i> |
|-------------------|---------------------|-------------------|
| Disuria | 23 | 31.5 |
| Edema | 22 | 30.1 |
| Ardor | 18 | 24.6 |
| Dolor | 17 | 23.2 |
| Eritema | 17 | 23.2 |
| Prurito | 16 | 21.9 |
| Secreción | 9 | 12.3 |
| Globito al orinar | 7 | 9.5 |
| Infección | 6 | 8.2 |
| Chorro delgado | 5 | 6.9 |

rencias especialmente entre los grupos de + y +++ (Gráfica 1); pero al relacionarlos con los diferentes grados de fimosis, los casos más severos (grado IV) mostraron una sintomatología francamente menor que los restantes (Gráfica 2).

La balanolisis se efectuó en forma satisfactoria en 58 casos, fue dificultosa en 10, accidentada en uno e imposible en tres (Cuadro 5). Se obtuvieron resultados con éxito (retracción prepucial completa y ausencia de síntomas) en 63 casos (86.3%); se consideraron tres fracasos (4.1%) y se perdió el control de siete pacientes (9.6%). Durante las citas de control se observó incremento progresivo de los resultados satisfactorios, fundamentalmente entre la primera y segunda observación (Cuadro 6).

Durante la balanolisis o en el transcurso de las dilataciones hubieron 10 complicaciones: tres desgarros menores, cuatro balanitis, dos sangrados y una parafimosis; algunas de éstas se presentaron en el mismo paciente. Una molestia común fue la disuria y el eritema en las 24 horas siguientes al

Cuadro 5

LA BALANOLISIS COMO SUSTITUTO DE
LA CIRCUNCISION
RESULTADOS

| <i>Resultado</i> | <i>No. de casos</i> | <i>Porcentaje</i> |
|------------------|---------------------|-------------------|
| Satisfactoria | 59 | 80.8 |
| Dificultosa | 10 | 13.7 |
| Imposible | 3 | 4.1 |
| Accidentada | 1 | 1.4 |
| Total | 73 | 100.0 |

procedimiento inicial, registrado en 30 y 42 casos, respectivamente; cediendo en la mayoría en dicho lapso de tiempo. De 38 urocultivos realizados en ninguno se obtuvo resultado positivo.

Cuadro 6

LA BALANOLISIS COMO SUSTITUTO DE
LA CIRCUNCISION
CONTROL DE LA EVOLUCION

| | <i>No. de citas</i> | <i>Bueno</i> | <i>Malo</i> | <i>Regular</i> |
|---------|---------------------|--------------|-------------|----------------|
| Primera | (5 días) | 82.3 | 8.1 | 9.7 |
| Segunda | (15 días) | 92.9 | 1.8 | 5.3 |
| Tercera | (30 días) | 98.2 | 1.8 | 0.0 |

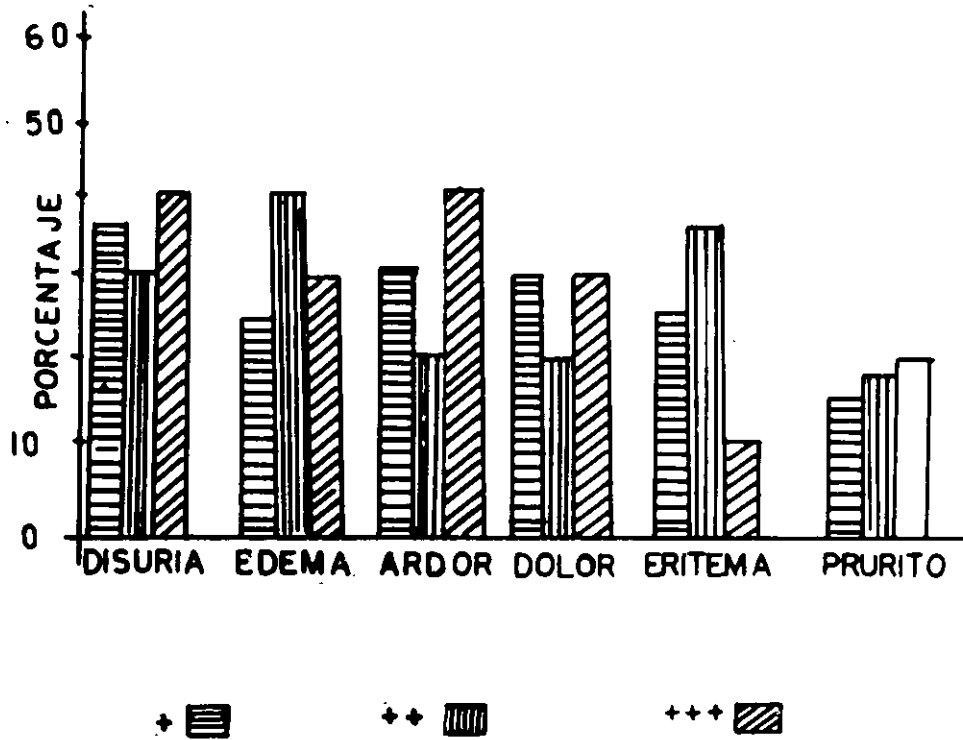
Los tres pacientes en que fracasó este despegamiento fueron operados siguiendo una técnica usual, evolucionando sin complicaciones pre y postoperatorias. Su fimosis fue considerada como grado IV y el prepucio de ++ en todos ellos.

DISCUSION

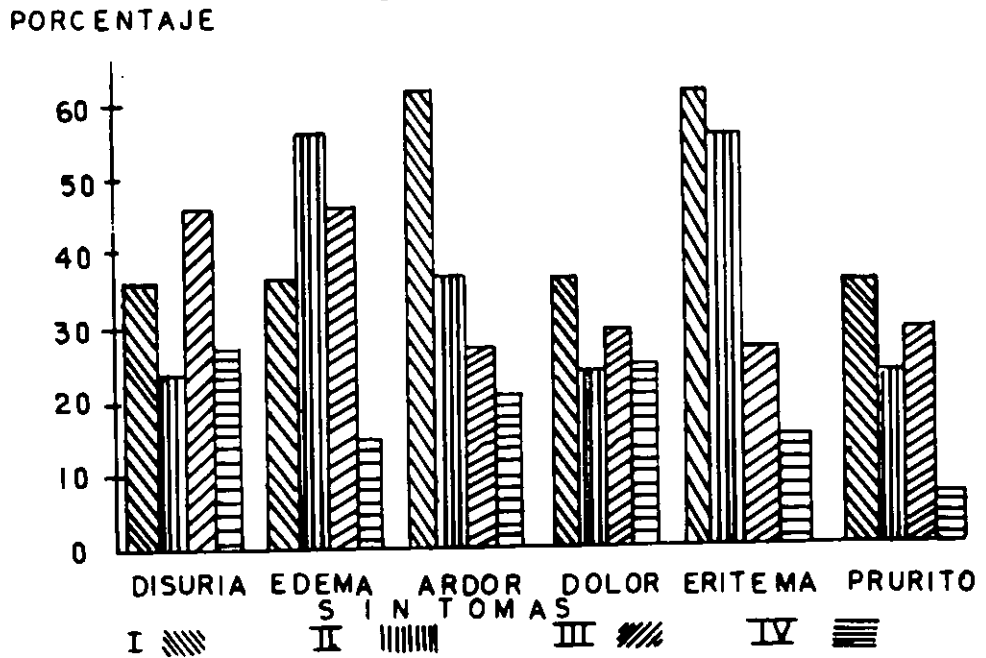
La circuncisión ha sido y es una práctica ritual ampliamente diseminada en todo el mundo, independientemente de las situaciones religiosas como la muy conocida cita bíblica en la que Dios y Abraham establecen un convenio o la práctica islámica a los 13 años de edad, al igual que Mahoma, aunque de esto nada nos dice el Corán. Las operaciones tendientes a reconstruir el prepucio voluntaria o involuntariamente han sido realizadas

desde los tiempos helénicos y faraónicos y quizá antes por numerosas tribus africanas y australianas, por los habitantes de Arabia, Gabón, Malasia y Borneo. en algunas regiones de la India, Marruecos, Fiji, Abisinia e Irak; y en nuestro continente por los aztecas, mayas y algunos pobladores de Norte y Sudamérica. En la actualidad se calcula que más de 500 millones de habitantes de la población mundial siguen esta costumbre.

GRAFICA 1.—Relación porcentual entre los síntomas y el tipo de prepucio.



GRAFICA 2.—Relación porcentual entre los síntomas principales y el grado de fimosis.



A la luz de la discusión científica, tres son, seguramente, las principales indicaciones de la circuncisión: la profilaxis del carcinoma peneano y cervicouterino; la facilidad para realizar mejor higiene genital y, por tanto, la disminución de enfermedades venéreas, y por último, la fimosis tanto congénita como adquirida.

En nuestro medio, esta última causa es la principal razón del envío de pacientes con sintomatología urinaria que llegan a alcanzar porcentajes elevados en nuestra consulta y a la que nos referimos fundamentalmente.

Llamamos fimosis a la disminución considerable de la abertura prepucial que impide la dilatación del mismo y su correcto deslizamiento hasta el surco balanoprepucial, situación considerada por algunos autores como rara y frecuentemente confundida con las habituales sinequias congénitas y fisiológicas entre éste y la mucosa del glande, que en el periodo neonatal llegan a observarse entre el 96 y el 100% de los niños, a los seis meses en el 80%, entre uno y dos años en 50 y 20%, respectivamente y a los tres años de edad solamente en el 10%; mismas que ocasionan una disminución virtual del orificio prepucial. Después de esta edad su porcentaje seguramente es menor; sin embargo, si no ha habido un correcto despegamiento previo y aseo adecuado, se agregan las infecciones que producen ocasionalmente una verdadera fimosis difícil de vencer en donde la cirugía alcanza su máxima indicación.

La liberación de las adherencias balanoprepuciales como procedimiento favorecedor de la higiene peneana ha sido recomendado desde hace tiempo, y de hecho forma parte de algunos programas de salubridad en los países escandinavos y en Estados Unidos. Su utilización en los recién nacidos, como sustituto de la llamada "circuncisión profiláctica", ha quedado plenamente demostrada tanto en nuestro medio como por otros autores. Sin embargo, en la revisión de la literatura realizada no encontramos referencias de esta maniobra en niños de mayor edad y con sintomatología específica a dicho nivel.

De nuestros pacientes solamente cinco se hallaban en la etapa neonatal, siendo el grupo más numeroso el de los preescolares, seguramente por las razones antes expuestas. La exploración del prepucio demostró que efectivamente éste era poco retráctil y en 28 (grupo IV) ni siquiera permitía la visualización del meato urinario; lo cual aunado al elevado porcentaje de pacientes con prepucio redundante (++ y ++++) confirma la aparen-

te severidad de estos casos, habiendo llegado algunos en estadios agudos donde el edema, el eritema o el prurito era evidente. La mayoría fue enviada después del primer ataque, pero la disuria fue claramente explicable por los hallazgos antes referidos.

El hecho de no haber encontrado diferencias importantes entre los síntomas aludidos y los diferentes tipos de prepucios, siendo incluso los problemas más severos cuando la fimosis se consideró de menor grado, hace pensar que cuando menos desde el punto de vista estadístico los cuadros sintomatológicos no tienen relación con la retractibilidad y longitud del prepucio; siendo éstos posiblemente debidos a un problema agregado como es la infección, capaz de injertarse sobre cualquier glande o prepucio desaseado.

Ante estas evidencias, supusimos que una vez lograda la total retracción del prepucio el aseo se puede efectuar diaria y fácilmente, cediendo la infección y por tanto las molestias del paciente. En efecto, practicamos en todos los pacientes con fimosis el despegamiento y lisis de las adherencias balanoprepuciales, lo cual se pudo efectuar de primera intención y sin dificultad en más de las dos terceras partes del lote en estudio, utilizando al principio un anestésico local que se consideró de escaso valor, por lo que su uso fue abandonado. No dejamos de reconocer que el procedimiento es incómodo, pero evidentemente es más molesto que doloroso y aunque muchos mostraron una disuria inmediata posterior, la recomendación de "baños de asiento" con agua tibia la hizo desaparecer en 24 horas.

En aquellos casos en que la balanólisis se consideró dificultosa la ayuda familiar fue definitiva, ya que con las dilataciones y aseos diarios en menos de cinco días el problema se resolvió, quedando sólo tres pacientes en los que desde la primera vez la retracción prepucial fue imposible por la cicatrización y fibrosis resultante de las infecciones repetidas, que como ya se ha mencionado, irremediablemente tuvieron que ser operados.

La balanólisis no deja de tener ciertos problemas ya que, independientemente de las molestias en sí, la retracción brusca del prepucio puede ocasionar desgarros, o bien por la manipulación del mismo, cuadros de balanitis. Este tipo de infecciones se presentó con mayor frecuencia en los pacientes en que inicialmente utilizamos pomada con corticosteroides, por lo que también dejamos de emplearla al no encontrar mayores ventajas con su uso. Los casos de sangrado siempre fueron moderados y consecutivos a un desgarró durante la maniobra, siendo

todos controlados mediante compresión temporal. En un solo paciente, el familiar no pudo devolver la posición habitual del prepucio después de haberlo retraído y regresó a la consulta con una parafimosis importante que fue mecánicamente resuelta. En este niño se continuaron las dilataciones y a los 30 días se consideró parte de los éxitos.

A pesar de haber perdido el control de siete pacientes (.6%) y de considerar a tres (4.1%) como fracasos, la balanólisis evidentemente alivió de sus síntomas a 63 niños (86.3%). Creemos indispensable en estos resultados la sensibilización familiar previa al procedimiento, la aceptación del método y la continuidad en el aseo y dilataciones domiciliarias. Siguiendo estos lineamientos obtuvimos a los cinco días 82.3% de resultados satisfactorios, a los 15, 92.9% y a los 30, 98.2%, apreciando una variante mínima entre las dos últimas citas; de aquí que desde entonces seguimos realizando la balanólisis ya sin citas de control hasta un mes después en que damos de alta a la mayoría de los pacientes. Ocasionalmente no se efectúan las dilataciones en forma satisfactoria durante el baño diario, observando recidiva de las senequias casi siempre a nivel del surco balanoprepucial, las cuales se lisan con extrema facilidad, ya sea en forma intencional por nosotros mismos, o bien en forma espontánea tarde o temprano y sin ninguna molestia.

Finalmente, creemos importante señalar de nuestra revisión realizada, que si bien es cierto que la incidencia del carcinoma cervicouterino en la mujer judía es nula, también existen otros núcleos de población que sistemáticamente practican la circuncisión en donde tal patología reviste características no significativas y que a pesar de haberse demostrado el papel carcinogénico del esperma humano solamente en algunos animales, supuestamente confirmado al no encontrar un solo caso de esta neoplasia en más de 13,000 monjas estudiadas, existen otros factores de igual importancia en su presentación como son: el nivel socioeconómico bajo y por tanto de higiene deficiente, la frecuencia de coitos en edades tempranas, la multiparidad, las relaciones extramaritales, las infecciones y, quizá, factores racionales que hacen variar su frecuencia, acentuándose en ciertos grupos étnicos fundamentalmente el judío, quienes practican el ritual Niddah, existiendo por ello menor número de exposiciones supuestamente cancerígenas.

En cuanto al carcinoma peneano, también es cierta la existencia de inmunidad en los judíos, aunque se conocen más de una docena de casos

informados y otros trabajos que autentifican la presencia de la neoplasia en grupos que rutinariamente practican la circuncisión, como son los musulmanes aunque a mayor edad, siendo en todos el común denominador la higiene genital deficiente. De cualquier manera, la entidad es tan infrecuente que se ha calculado con base en estadísticas estadounidenses que si un cirujano realiza una circuncisión cada diez minutos durante ocho horas y por cinco días a la semana, sería capaz de evitar un caso de carcinoma del pene cada seis años.

Por todo lo anterior, podemos concluir que la circuncisión profiláctica del recién nacido no tiene un argumento científico de peso para ser realizada, especialmente si entendemos que el prepucio del neonato se encuentra en desarrollo y que sus adherencias al glande son normales, fisiológicas y útiles. Aún más, cuando el prepucio es recortado por cualquiera de las múltiples técnicas propuestas, los riesgos son numerosos; habiéndose demostrado plenamente la disminución del calibre uretral en adultos circuncidados al nacer, así como la lisis de dichas adherencias, incluso en forma espontánea durante la etapa preescolar, o bien la ausencia de problemas infecciosos y neoplásicos a nivel genital cuando el caso es satisfactorio.

Pensamos que con el procedimiento empleado en nuestro estudio no solamente puedan resolverse los casos en que las adherencias persistan más allá de los tres años de edad, sino que también aquellos pacientes con sintomatología derivada de la infección, condicionada por la infectividad del aseo en un prepucio virtualmente cerrado y adherido como lo hemos demostrado en 86.3% de nuestros casos, restringiendo aún más el empleo de la circuncisión que a mayor edad acarrea problemas de sensibilidad y para algunos también de tipo psicológico.

Creemos en todo caso que la circuncisión, profiláctica o no, pudiera tan sólo estar indicada en aquellos niños desamparados de la medicina social y de los medios higiénicos culturales necesarios, tal vez realizándola en forma masiva como lo propone alguien. Sin embargo, esta clientela es la que menos la solicita o paga por ello; y para modificar este problema, lo indispensable sería una propaganda adecuada y accesible a tales núcleos de población de este método de higiene genital efectivo.

A nivel institucional, es de capital importancia la sensibilización del médico de cabecera o familiar en la práctica rutinaria de la balanólisis, ya sea como simple medida higiénica o como primera posibilidad terapéutica en los casos de fimosis, con lo que seguramente se evitaría no tan sólo una merma

económica sino también del esfuerzo humano en hospitales y clínicas donde se realiza este tipo de cirugía. A nivel particular, quizá algún día sea ne-

cesario legislar sobre estos problemas y poder así modificar este tipo de cirugía crónica remunerativa.

Gil Barbosa, M. y cols.: La balanolisis como sustituto de la circuncisión. Sal. Públ. Méx., XVIII, N° 5, pág. 893, 1976.

R E S U M E N

Se presentan y analizan los resultados del despegamiento de las adherencias balanoprepuciales, efectuado en 73 pacientes que fueron enviados a la consulta de Cirugía Pediátrica del Hospital de Especialidades del IMSS de Puebla con diagnóstico de fimosis. Bajo protocolo preelaborado se tabuló: la edad, tiempo de evolución, número de ataques, grado de fimosis de acuerdo a la abertura del orificio prepucial, dimensión del prepucio y la sintomatología referida en todos los casos, describiéndose el método de la balanolisis y su manejo domiciliario.

Se encontraron cuatro grados diferentes de fimosis y tres tipos de prepucio que relacionados porcentualmente con sus síntomas no mostraron dife-

rencias significativas, atribuyéndose los mismos al desaseo genital existente sin importar las características de dichas estructuras. La balanolisis fue satisfactoria en 58 casos, dificultosa en 10, accidentada en uno e imposible en tres que finalmente fueron operados. Los resultados se consideraron exitosos en 63 (86.3%), fracasaron en tres (4.1%) y se perdió el control de siete pacientes (9.6%). Durante las citas de control (5, 10 y 15 días) se observó un incremento de los resultados satisfactorios.

Se describen los problemas encontrados durante y después del procedimiento y se comparan las ventajas del mismo respecto a la circuncisión a cualquier edad, tanto a nivel institucional como privado, tratándose de definir a la verdadera fimosis.

Gil Barbosa, M. y cols.: La balanolisis como sustituto de la circuncisión. (Balanolisis as a substitute of circumcision. Sal. Públ. Méx., XVIII, N° 5, pág. 893, 1976.

S U M M A R Y

The results of the separation of balanoprepucial adherences, done in 73 patients, are presented and analysed here. Patients came with a diagnosis of fimosis. Age, time of evolution, number of attacks, grade of fimosis in relation to the opening of the prepuce, size of the prepuce and the symptomatology of all the cases we recorded, describing the method of balanolisis and its handling at home.

Four different grades of fimosis were found and

three types of prepuce, that in relation with the symptoms had no significative differences, attributing them to genital uncleanliness.

The balanolysis was satisfactory in 58 cases, difficult in 10, accidented in one and impossible in three of them, that finally were operated. The results were succesful in 63 cases (86.3%), failed in three (4.1%) and control of the patient of the patient was lost in seven of them (9.6%).