

Adherencias balanoprepuciales y sinequias vulvares



M. B. Panizo Santos¹, E. Lillo Montero²

¹Pediatra de Atención Primaria. Consultorios de Carranque y Cedillo. Toledo.

²D.U.E. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Las adherencias balanoprepuciales y sinequias son un proceso benigno que motiva frecuentes consultas.

La evolución natural de ambas situaciones es la normalización, la “curación”; por tanto, lo indicado es aconsejar una actitud expectante.

ADHERENCIAS BALANOPREPUCIALES

Debemos en primer lugar diferenciar las adherencias balanoprepuciales de la fimosis “verdadera”.

La fimosis es un estrechamiento (anillo estenótico) del prepucio que no permite descubrir el glande: es un proceso patológico. Las adherencias balanoprepuciales son la unión del epitelio escamoso del glande y del prepucio; es un proceso fisiológico al que se le suele llamar comúnmente fimosis fisiológica. La diferencia de ambas se hace por un simple examen físico: si existe fimosis, el meato uretral no es visible al intentar la retracción, mientras que en las adherencias tras la retracción sí es posible su visualización¹⁻⁴ (figuras 1 y 2).

En el periodo embrionario, el prepucio comienza a formarse entre la semana 8 y la 13, cubriendo el glande. Durante su desarrollo, no existe separación entre el epitelio escamoso del prepucio y glande^{1,2,4}. Esta unión desaparece en el 0-4% de los casos al nacimiento, 25% a los 6 meses, 50% al año de vida, 75-80% a los dos años, 80-90% a los 4 años y en el 99% a los 16 años^{1,2}. Esta separación paulatina de los epitelios ocurre por varios mecanismos: influjo hormonal, producción de esmegma que al ascender libera adherencias y erecciones^{1,2,4}.

Las adherencias protegen al glande de la irritación amoniacal y actúa como “válvula” bloqueando la entrada de contaminantes pero dejando pasar la orina, mientras el niño lleva pañal, ya que en la mayoría desaparece entre los 2-3 años, cuando el niño abandona el pañal.

Tratamiento

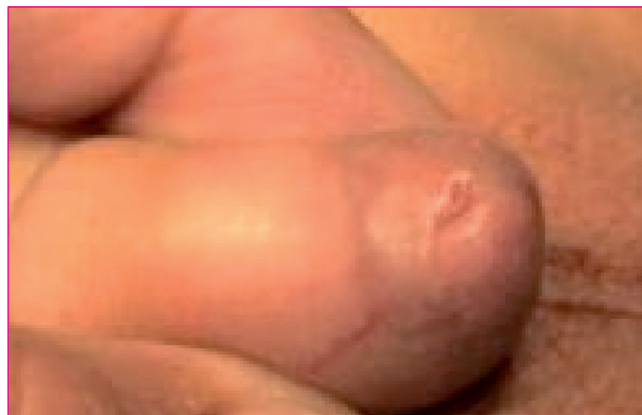
Como se ha indicado, las adherencias son un proceso fisiológico; por tanto, lo más importante es tranquilizar a los padres y esperar su resolución.

Se recomienda la higiene de la zona, a la hora del baño, limpiando el pene sin realizar tracciones forzadas. Es impor-

Figura 1. Adherencias balanoprepuciales



Figura 2. Fimosis



tante indicar a los padres que realicen una higiene adecuada pero no cruenta. A partir del año, podemos indicar una tracción suave del prepucio, sin causar fisuras, ya que éstas al cicatrizar pueden causar una fimosis verdadera^{1,3}.

Si a los 3-4 años no se ha resuelto del todo, podemos continuar esperando o seguir el consejo de algunos autores, que recomiendan la aplicación de una pomada con corticoide (betametasona al 0,1 o 0,05%, clobetasona al 5%, propionato de fluticasona al 0,05%) 2 veces al día durante 1 o 2 meses^{1,2,4}. Es, por tanto, una opción adecuada el pautar crema con corticoide para la resolución de las adherencias.

Una vez producida la liberación de las adherencias, hay que recomendar a los padres que enseñen a su hijo a realizar una higiene adecuada, retrayendo el prepucio antes de orinar con lavado diario tanto del interior como del exterior, durante toda la vida. Muchas de las recaídas ocurren por falta de continuidad de los padres y del niño en el cuidado e higiene².

SINEQUIA VULVAR O ADHERENCIA DE LABIOS MENORES

La adherencia de labios menores es un hallazgo común, benigno y adquirido en niñas prepúberes. La incidencia no es bien conocida, oscila entre el 1% y el 40%, debido probablemente a que se trata de una patología asintomática que puede pasar desapercibida con facilidad. Ocurre en niñas de 6 meses a 6-7 años, con mayor incidencia entre los 13 y 23 meses de edad^{3,5-7,9}.

Las causas de la adhesión de los labios menores no están del todo claras. Se relaciona con niveles bajos de estrógenos (por eso no aparece en neonatos, ya que mantienen el efecto de los estrógenos maternos), con irritación local, dermatitis, inflamación vaginal y con las erosiones en labios menores. Esto conduciría a una adherencia de los labios con una posterior reepitelización, apareciendo una membrana semitransparente que cubre la vagina entre los labios menores. Típicamente las adherencias progresan desde la región posterior hacia la anterior^{3,6-9}.

La mayoría de las niñas permanecen asintomáticas; los síntomas que algunas pueden presentar son infección de orina, disuria, vulvovaginitis o retención urinaria (en raras ocasiones)^{5,7-9}.

El diagnóstico es sencillo con una simple observación de la región vulvar: veremos una fina membrana avascular que

fusiona ambos labios menores. La mayoría de los casos se diagnostica en los controles rutinarios de salud^{8,9}.

Tratamiento

El tratamiento de esta patología es controvertido y ha variado a lo largo del tiempo⁶⁻⁸.

Hoy en día se considera una patología benigna que se corrige de modo espontáneo en el 80% de los casos, por lo que se recomienda una actitud expectante, tranquilizando a los padres y explicando la evolución natural a la curación^{3,5-10}. Únicamente estaría indicado el tratamiento si la sinequia es sintomática. En este caso se puede aplicar bien una crema con estrógenos, bien una crema con corticoide, bien realizar la separación de los labios menores con un objeto romo, o bien practicar una separación quirúrgica.

La aplicación tópica de crema de estrógenos se realiza 2 veces al día durante un periodo de 2-8 semanas; el porcentaje de éxito es variable, desde el 40% al 90%^{3,5-7}. Los efectos secundarios son escasos: hiperpigmentación vulvar y desarrollo mamario^{3,7}. Algunos investigadores están empleando crema con corticoide (betametasona) para evitar este efecto⁶.

Si la membrana que forma la sinequia es fina, puede intentarse la separación manual, ayudándose de un objeto romo y previa aplicación de crema anestésica. Tras la separación es recomendable aplicar vaselina o crema con estrógenos durante al menos un mes para evitar la recidiva^{3,7-9}. En raras ocasiones la adhesión es tan gruesa y fibrosa que requiera cirugía con anestesia general^{3,5,6,8}.

La recurrencia de las sinequias una vez tratadas es frecuente, por lo que se debe insistir a los padres en realizar una buena higiene de la zona vulvar, evitando o tratando precozmente las irritaciones locales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bréaud J, Guys JM. Décalottage ou circoncision: quelle indication dans le phimosis. Arch Pediatr. 2005;12:1424-32.
2. Miguélez C, Garat JM, Recober A. Tratamiento con esteroides tópicos en la fimosis. An Pediatr Contin. 2006;4:183-8.
3. Brown M, Cartwright PC, Snow BW. Common office problems in pediatric urology and gynecology. Pediatr Clin North Am. 1997;44:1091-115.
4. Zavras N, Christianakis E, Mpourikas D, Ereikat K. Conservative treatment of phimosis with fluticasone propionate 0.05%: A clinical study in 1185 boys. J Pediatr Urol. 2009;5:181-5.

5. Starr BS, CPNP Aurora Pediatrics Associates. Labial adhesions in Childhood. *J Pediatr Health Care*. 1996;10:26-7.
6. Nepple K, Alagiri M. Labial adhesions. *eMedicine Pediatrics: Surgery*, 2009. [consultado: 3 abril de 2010]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/953412-print>.
7. Soyer T. Topical estrogen therapy in labial adhesion in children: therapeutic or prophylactic? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20:241-4.
8. Omar HA. Management of labial adhesions in prepubertal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000;13:183-6.
9. Thibaud E, Duflos C. Coalescence des petites lèvres: faut-il le traiter? *Journal de pédiatrie et de puériculture* 2004; 17: 411-3.
10. Orejón de Luna G., Fernández Rodríguez M. Adherencias de los labios menores en niñas prepuberales asintomáticas: tratar o no tratar. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:667-75.