

CARTA AL EDITOR

Sinequirotomía

¿Procedimiento inútil y perjudicial para la infancia?

Sinequirotomy, a useless and harmful procedure for childhood

Roberto Rodríguez-García, Arturo Aguilar-Ye, Leoncio M. Rodríguez-Guzmán

Grupo Interinstitucional de Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social-Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Minatitlán, Veracruz, México.

La carta al editor escrita por González-Durán de León,¹ aparecida en el número de mayo-junio de 2008, no tiene ningún fundamento científico. Si el autor quiere cambiar el pensamiento científico de la pediatría mexicana debería realizar investigaciones sobre el tema y publicarlas, y así poder demostrar lo que dice.

Inicio este escrito analizando los párrafos de la carta enviada, y presento dos estudios de investigación protocolizados y realizados en el Hospital General de Zona No. 32 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Minatitlán, Veracruz. Los estudios fueron presentados en reuniones científicas, y los títulos son: “Frecuencia y porcentaje de sinequias balano-prepuciales en niños”, y “Sinequirotomía balano-prepucial en niños”.²

Revalorar, dar un nuevo valor, ¿a qué o basado en qué?, dónde está la afirmación científica que pueda demostrar lo contrario a lo que se ha escrito y publicado sobre la sinequirotomía. En un artículo, escrito por Straffon-Osorno³ sobre el tema, se pueden encontrar 21 referencias más del mismo autor sobre la sinequirotomía.

La sinequirotomía nace con el propósito de evitar que a los niños se les realizara circuncisión,⁴

tan utilizada en antaño y sin indicaciones adecuadas; en la actualidad sólo se realiza bajo una indicación precisa. La evolución postoperatoria y complicaciones de la circuncisión son más frecuentes, agresivas y prolongadas que con la sinequirotomía.⁵

Si el Dr. González Durán de León observó casos clínicos anormales, y consideraba interesante presentarlos, pues los hubiera publicado, y en la revisión sobre el tema hubiera dicho todo lo que se escribió en la carta al editor.

Los porcentajes que se dan sobre la historia natural del prepucio datan de hace 59 años en una población de niños ingleses.⁶ ¿Qué, durante todo este tiempo no ha habido ningún investigador mexicano interesado en saber sobre la evolución de las sinequias balano-prepuciales en niños de nuestro país? De ahí que les presente los siguientes datos sobre la frecuencia y porcentaje de sinequias balano-prepuciales en niños (Cuadro 1). Fue un estudio descriptivo, prospectivo, transversal, donde se evaluaron 702 niños de tres meses a 12 años de edad, cuyo objetivo fue valorar si había sinequias balano-prepuciales y qué porcentaje estaba adherido al glande, de acuerdo a, si durante la retracción del prepucio no se veía el meato

Cuadro 1. Frecuencia y porcentaje de sinequias balano-prepuciales en 702 niños

Edad (años)	0	10	20	30	40	Sinequia (%)						total
						50	60	70	80	90	100	
< 1	4	16	3	1	1	8	4	7	27	59	9	139
1	8	12	9	4	2	7	3	10	19	36	7	117
2-3	30	23	4	4	5	15	5	5	27	39	6	163
4-6	40	28	12	9	5	8	5	12	17	17	5	158
7-12	67	28	5	6	1	4	1	1	4	6	2	125
Total	149	107	33	24	14	42	18	35	94	157	29	702

urinario era 100%, y si estaba pegado a la corona del glande era 10%. Como podemos ver en el cuadro 1, casi 10% de los niños entre siete y 12 años de edad todavía tenían entre 80-100% de sinequias. En este estudio pudimos concluir que la frecuencia y porcentaje de sinequias balano-prepuciales en niños es inversamente proporcional a la edad del niño; pero en muchos niños escolares todavía encontramos que tienen un buen porcentaje de sinequias.²

En otro estudio de investigación prospectivo-transversal, en donde se incluyeron niños de tres meses a 12 años de edad, se revisaron 410 niños y se realizaron 211 sinequiotomías; 72 fueron manuales y 139 instrumentales. Previo al procedimiento se utilizaba crema de lidocaína con hidrocortisona. Las manuales se realizaron con un porcentaje de sinequias de 50% o menos: se fijaba el glande con los dedos pulgar e índice de la mano derecha, y con el pulgar de la mano izquierda se reducía el prepucio hasta dejar libre al glande. Las sinequiotomías instrumentales, con sinequias de

60% o más, se realizaban con la pinza de Straffon. Al liberar el prepucio se aplicaba una capa generosa de crema de lidocaína con hidrocortisona sobre el glande liberado. Los niños que manifestaban dolor postsinequiotomía se les administraba paracetamol. En las primeras, no se presentaron complicaciones. En las segundas, se presentaron cinco parafimosis, cuatro de ellas en niños menores de un año y la otra en un niño de 17 meses de edad: tres se resolvieron espontáneamente, en otra se redujo manualmente, y después se programó para plastia prepucial, en la última se realizó “calzonera” y después se programó para circuncisión.²

En el pasado, los maestros médicos decían en mi “experiencia”, ahora esta palabra no tiene significado si esa experiencia no se ha comparado con otras de tipo científicas, y quede como un legado para el conocimiento médico. Lo cual quiere decir que si no se hace una revisión clínica metódica a través de un estudio de investigación, cuya finalidad es su publicación científica, pues entonces esa experiencia se reduce a nada.

Referencias

- González-Durán de León. Sinequiotomía, procedimiento inútil y perjudicial para la infancia. Bol Med Hosp Infant Mex. 2008; 65: 241-2.
- Rodríguez-García R, Morales-González JJ, Mariano-Martínez A. Sinequiotomía balano-prepucial en niños. México D.F.: XXVI Congreso Nacional de Pediatría. 23 al 27 de junio de 1998.
- Straffon-Osorno A. La sinequiotomía. Rev Sanid Milit Mex. 2001; 55: 58-61.

- Straffon-Osorno A. Circuncisión ¿Porqué rutinaria en el recién nacido? Rev Ginecol Obstet Mex. 1974; 35: 207.
- Espinoza-Sánchez MT, Arandia-Jiménez A, Mata-Cancino JA, Rodríguez-García R. Evolución postoperatoria de niños sometidos a sinequiotomía balano-prepucial en comparación con circuncisión. Pediatr Mex. 2008. (En prensa).
- Gairdner D. The fate of the foreskin. A study of circumcision. BMJ. 1949; 24: 1433-7.