



## Fimosis fisiológica, ¿la manejamos en Atención Primaria de acuerdo con las recomendaciones actuales?

Elena Robert Gil<sup>a</sup>, Sara Fuentes Carretero<sup>b</sup>, Anna Gatell Carbó<sup>c</sup>, Alicia Arranz Martí<sup>a</sup>, Nerea Vicente Sánchez<sup>d</sup>, Carme Grande Moreillo<sup>e</sup>

Publicado en Internet:  
15-enero-2025

Sara Fuentes Carretero:  
sfuentes@mutuaterrassa.cat

### Resumen

**Introducción:** la fimosis supone uno de los motivos de consulta más frecuentes en edad pediátrica. Es fisiológica en la mayoría de los niños y se aboga cada vez más por una actitud conservadora centrada en la higiene y el correcto cuidado del prepucio sano. El objetivo de este estudio es analizar la situación actual del manejo de la fimosis en edad pediátrica en Atención Primaria y comparar los resultados con las recomendaciones vigentes.

**Material y métodos:** se ha realizado una encuesta que ha sido distribuida entre los pediatras de nuestra comunidad y una búsqueda bibliográfica sobre protocolos de cuidado del prepucio o *guidelines* para el manejo de la fimosis en las principales webs científicas.

**Resultados:** la mayoría de los pediatras encuestados mantienen una actitud expectante antes de la retirada del pañal (83,6%). A partir de 1-2 años tras la retirada del mismo, un 78,7% de profesionales indican tratamiento tópico y derivan a cirugía cuando ha sido inefectivo, aunque el paciente se encuentre asintomático. Las guías internacionales vigentes abogan por un manejo conservador de la fimosis fisiológica. En casos específicos que precisan intervención, se favorece el tratamiento tópico antes de plantear una cirugía.

**Conclusiones:** en nuestro medio, el manejo de la fimosis en Atención Primaria se ajusta a las recomendaciones en la mayoría de los casos. Queda por discernir en qué momento la fimosis asintomática precisará la derivación a Cirugía. La información a los padres y la comunicación entre equipos es fundamental para un correcto manejo en cada caso.

### Palabras clave:

- Cirugía
- Corticoides
- Fimosis
- Prepucio

## Physiological phimosis, do we manage it according to current recommendations in primary care?

### Abstract

**Introduction:** phimosis is one of the most frequent presenting complaints in pediatric primary care. Most cases are physiologic, and there is increasing consensus in recommending its conservative management, focusing on foreskin care and hygiene. The aim of our study was to analyze the management of this condition in primary care and compare the results to current guidelines.

**Material and methods:** we conducted survey through a questionnaire distributed to pediatricians in our area and performed a literature search for foreskin care protocols or guidelines for the management of phimosis on the main scientific websites.

**Results:** the majority of pediatricians adopt a watchful waiting approach before toilet training (83.6%). One of two years after toilet training, 78.7% of providers start topical treatment, referring the patient to surgery if it fails, even if the child is asymptomatic. Current international guidelines advocate for conservative management of physiological phimosis. In specific cases that require intervention, topical treatment is preferred before considering surgery.

**Conclusions:** in our area, the management of phimosis in primary care adheres to current recommendations in most cases. It is still not clear when asymptomatic phimosis is not going to resolve spontaneously and will require referral to surgery. Education of parents and communication between care teams is essential for adequate management in each case.

### Key words:

- Corticoid therapy
- Foreskin
- Phimosis
- Surgery

**Cómo citar este artículo:** Robert Gil E, Fuentes Carretero S, Gatell Carbó A, Arranz Martí A, Vicente Sánchez N, Grande Moreillo C. Fimosis fisiológica, ¿la manejamos en Atención Primaria de acuerdo con las recomendaciones actuales? Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:21-6. <https://doi.org/10.60147/3ab9a992>

## INTRODUCCIÓN

La fimosis se define como la imposibilidad de retraer el prepucio completamente. Se trata de una condición fisiológica en la mayor parte de los niños y uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria, además de uno de los puntos más importantes en el seguimiento y la exploración del niño<sup>1</sup>.

El papel del pediatra es fundamental en la educación a los padres sobre el cuidado e higiene del prepucio y en el seguimiento de la fimosis fisiológica hasta su completa resolución. En los últimos años, la tendencia es hacia un manejo cada vez más conservador, en vista de las altas tasas de resolución espontánea. Para ello, juegan un papel fundamental los correctos cuidados y, en casos seleccionados, el tratamiento tópico de la fimosis<sup>2,3</sup>.

El tratamiento tópico de la fimosis consiste en la aplicación de crema de corticoide durante varias semanas, lo que, sumado a las retracciones suaves para flexibilizar la piel, consigue una tasa de éxito que llega al 80%<sup>2</sup>. Esta modalidad goza de una amplia aceptación por su simplicidad y su eficacia, pero es preciso prescribirla de manera adecuada y a una edad a la que tanto el niño como los padres colaboren y se impliquen para una correcta adherencia al tratamiento.

Gracias a estas medidas un porcentaje muy bajo de niños acaban precisando intervención quirúrgica por desarrollar fimosis patológica, infrecuente en la edad pediátrica, o por condiciones asociadas, como balanitis o infecciones del tracto urinario de repetición o molestias para la retracción en el niño mayor o adolescente.

Por otra parte, la medida de la adecuación de la práctica clínica habitual a la evidencia científica disponible es una parte fundamental de los estudios de mejora de la calidad asistencial en el ámbito sanitario. Mediante los datos obtenidos se pueden plantear medidas de mejora que optimicen la atención prestada a los pacientes y posteriormente reevaluar los resultados de las mismas<sup>4</sup>. En esta línea, por ejemplo, en otros países de nuestro

entorno se están implementando medidas de acceso a la información sobre el cuidado del prepucio que pueden ayudar tanto al profesional como a la familia y al paciente con edad suficiente para entender los cuidados y la evolución natural de la fimosis fisiológica<sup>3</sup>. El objetivo de este estudio es evaluar el manejo de la fimosis fisiológica en la Atención Primaria en nuestro medio y su adecuación a las recomendaciones actuales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante una encuesta de diseño propio que recoge los puntos más importantes en el cuidado del prepucio en el niño sano. Dicha encuesta fue distribuida *online* entre los pediatras de Atención Primaria de nuestro medio entre los meses de septiembre de 2022 y mayo de 2023. Las edades de los niños atendidos por estos profesionales oscilan entre los 0 y los 14 años. Las respuestas se recogieron de manera anónima y fueron analizadas mediante estadística descriptiva. Posteriormente, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre protocolos de cuidado del prepucio o *guidelines* para el manejo de la fimosis en PubMed, Scielo y las webs de las principales sociedades internacionales de Urología, Pediatría y Cirugía Pediátrica. Se compararon los resultados obtenidos en la encuesta con las recomendaciones de dichas guías.

## RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 124 respuestas de 290 posibles (tasa de respuesta del 42%). Los resultados más relevantes se resumen en la **Tabla 1**.

Según los datos obtenidos, el 83,6% de los pediatras no da ninguna recomendación antes de la retirada del pañal y sí que lo hace a partir de esta en un 73,8% de los casos. En cuanto al tratamiento, la mayoría prescribe tratamiento tópico (93,4%), en un 86,2% de los casos después de 1-2 años de retracciones correctas tras retirar el pañal. El corticoide más usado es la betametasona 0,1% (69,7%) y

| Tabla 1. Resultados de la encuesta                                     |  |       |
|--|--|-------|
| <b>Recomendaciones antes de la retirada del pañal</b>                  |  |       |
|  | Ninguna  | 83,6% |
|  | Retracciones suaves con el cambio pañal                                    | 16,4% |
|  | Retracciones forzadas progresivas  | 0%    |
| <b>Recomendaciones a partir de la retirada del pañal</b>               |  |       |
|  | Ninguna  | 26,2% |
|  | Retracciones suaves baño   | 52,5% |
|  | Retracciones suaves baño y micción   | 21,3% |
| <b>Tratamiento tópico de la fimosis</b>                                |  |       |
|  | Sí   | 93,4% |
|  | No   | 6,6%  |
| <b>Edad del tratamiento en paciente asintomático</b>                   |  |       |
|  | Nacimiento   | 12,1% |
|  | Año de vida  | 0,9%  |
|  | Retirada del pañal   | 0,9%  |
|  | Después 1-2 años con retracciones correctas tras retirar pañal             | 86,2% |
| <b>Indicación de tratamiento médico</b>                                |  |       |
|  | ITU o balanitis repetición   | 56,7% |
|  | No retractilidad tras retirada pañal                                       | 25,8% |
|  | Otras opciones   | 17,5% |
| <b>Corticoide utilizado</b>  |  |       |
|  | Betametasona 0,1%  | 69,7% |
|  | Betametasona 0,05%   | 26,1% |
|  | Otras opciones   | 4,2%  |
| <b>Importancia de las retracciones durante el tratamiento médico</b>   |  |       |
|  | Mucha  | 79,3% |
|  | Poca   | 20,7% |
| <b>Duración del ciclo de corticoides</b>                               |  |       |
|  | 4-8 semanas  | 85%   |
|  | 1-2 semanas  | 5,8%  |
|  | Otras opciones   | 9,2%  |
| <b>Cuántas veces repiten el ciclo de corticoides si no hay mejoría</b> |  |       |
|  | Solo 1 ciclo   | 14,2% |
|  | Hasta 2 ciclos   | 73,3% |
|  | Más de 2 ciclos  | 12,5% |
| <b>Cuándo derivan a Cirugía Pediátrica al paciente asintomático</b>    |  |       |
|  | Fimosis con fracaso de tratamiento médico después de la retirada del pañal | 98,3% |
|  | Fimosis sin tratamiento médico después de la retirada del pañal            | 1,7%  |

ITU: infección del tracto urinario.

la duración más indicada, entre 4-8 semanas (85%). En un 73,3% de los casos realizan hasta dos ciclos de corticoide. El motivo de derivación más frecuente es el fracaso del tratamiento médico en un 98,33% de los casos. No se especifica en la encuesta la edad de la derivación.

En cuanto a las recomendaciones actuales en las guías principales revisadas, no existe una guía en

nuestro país dedicada específicamente al cuidado del prepucio en el niño sano. Se han tomado como modelo las de la Asociación Europea de Urología<sup>5</sup>, Prepuce Health Canada<sup>1</sup> y Foreskin Conditions Commissioning Guide UK<sup>3</sup>, por la similitud de sus poblaciones y su sistema sanitario al nuestro, a diferencia del sistema en EE. UU. y otros países, donde la mayoría de los niños se someten a circuncisión neonatal.

## DISCUSIÓN

El estudio de la práctica habitual y la adecuación a la evidencia científica existente se engloba en la investigación para la mejora en la calidad. Según la OMS la calidad en la atención sanitaria es el grado en el que los servicios médicos aumentan la probabilidad de resultados deseados. Hemos elegido la fimosis como objetivo de nuestro estudio de calidad por su elevada incidencia, su condición fisiológica y el importante cambio hacia un abordaje conservador que está experimentando su manejo en los últimos años en nuestro entorno.

En la gran mayoría de niños la fimosis se resuelve espontáneamente. La separación del prepucio del glande y la progresiva apertura del mismo se inicia en fases tardías de la gestación y solo es completa al nacimiento en un 4% de los casos<sup>6</sup>. Posteriormente, a lo largo de la infancia, el proceso de descamación de la piel, la formación de perlas de queratina (conocidas comúnmente como esmegma) y las erecciones fisiológicas, junto con el crecimiento del pene, facilitan que la piel se vaya despegando y dilatando hasta una completa retracción prepucial, que se alcanza entre los 3 y los 10 años en la mayoría de los casos. El porcentaje de retracción completa del prepucio va aumentando con la edad. Al nacer, un 96% de los niños presentan fimosis. Alrededor del 50% de los niños de 1 año y el 10% de los niños de 3 años pueden tener fimosis. En la adolescencia, solo un pequeño porcentaje puede seguir teniendo fimosis que podría requerir tratamiento<sup>7</sup>.

La fimosis patológica es una entidad totalmente diferenciada que se caracteriza por una imposibilidad de retraer el prepucio, debida a un proceso cicatricial del mismo. La incidencia oscila entre un 1 y 16% según las series<sup>8,9</sup> y es extremadamente baja en niños<sup>10-12</sup>.

El tratamiento quirúrgico de la fimosis se reserva para casos de fimosis patológica o aquellos casos de fimosis fisiológica que presenten comorbilidades que hagan necesaria la intervención, como presencia de uropatía, infecciones del tracto urinario o balanitis de repetición o molestias o dolor en niños mayores con la retracción o al inicio de la actividad sexual en adolescentes.

Las recomendaciones sobre el cuidado del prepucio sano son fundamentales para reducir la ansiedad de los padres y evitar complicaciones<sup>13,14</sup>. La mayoría de las guías sobre el cuidado del prepucio se basan en opiniones de expertos y se centran en la higiene y una correcta limpieza (Tabla 2).

El equipo de Pediatría de Atención Primaria juega un papel fundamental en esta labor.

De acuerdo con los resultados de nuestro estudio, la mayoría de los pediatras que han respondido a nuestra encuesta siguen estas recomendaciones.

Según las guías tomadas como modelo (Asociación Europea de Urología<sup>5</sup>, Prepuce Health Canada<sup>1</sup>, Foreskin Conditions Commissioning Guide<sup>3</sup>) respecto a las retracciones del prepucio, se realizan según sus indicaciones, ya que en nuestra serie gran parte de los pediatras las recomiendan después de la retirada del pañal. En estas guías recomiendan iniciarlas cuando se puedan realizar fácilmente y durante la higiene. Inciden también en la educación de los padres y los niños, y en nuestra serie queda reflejada la importancia que le dan los pediatras a las medidas higiénicas. Respecto al manejo conservador de la fimosis fisiológica, las guías apoyan el tratamiento tópico como manejo conservador de la fimosis fisiológica, con una duración de 4-8 semanas dos veces al día. En las respuestas obtenidas se observa que se realiza de manera satisfactoria, ya que la mayoría realiza el tratamiento tópico con la duración adecuada. Las recomendaciones indican que la tasa de éxito de este no varía en función de si se trata con corticoide de potencia baja o media. Finalmente, en cuanto a los motivos de derivación, las guías inciden en derivar solo casos de fimosis de diagnóstico incierto o con patología evidente. En nuestra serie derivan en casos de fracaso del tratamiento médico.

Quedaría por resolver la controversia sobre cuándo tratar la fimosis fisiológica asintomática o cómo saber que el prepucio no será retráctil en un cierto punto para evitar que lleguen a la adolescencia y tengan molestias o complicaciones más adelante.

No existen recomendaciones claras sobre la edad ideal a la que pautar el tratamiento tópico de la

**Tabla 2. Cuidados del prepucio: resumen de las recomendaciones de las guías internacionales**

|   | Asociación Europea de Urología   | Prepuce Health Canada  | Foreskin Conditions Commissioning Guide UK   |
|---|--|--|--|
| <b>Educación</b>                                | No retracciones forzadas<br>Hacerlas durante el baño                               | Importancia de la información a los padres y niños sobre los cuidados del prepucio<br>Información clara sobre la higiene e instrucciones de retracción no forzada, retracciones suaves | Importancia de la educación a las familias y mejorar el acceso a la información para los pacientes con fimosis fisiológica |
| <b>Indicaciones retracciones</b>                | Cuando se puedan hacer fácilmente  | Evaluación del prepucio sin forzar las retracciones en las revisiones anuales  |  |
| <b>Cuándo hacer tratamiento tópico</b>          | Fimosis patológica primaria o fimosis fisiológica con anomalías genitourinarias    | En fimosis patológica  | Considerar tratamiento con corticoide tópico en fimosis patológica   |
| <b>Tipo de tratamiento tópico</b>               | Corticoide tópico: 0,05-0,1%, 2 veces al día durante 4-8 semanas                   | Corticoide tópico. Igual de efectivo el corticoide de potencia media o baja  | Corticoide tópico 0,025-0,1%. Máximo 3 meses   |
| <b>Motivo para derivación a Cirugía</b>         |  |  | Diagnóstico incierto o patología evidente  |
| <b>Indicaciones para tratamiento quirúrgico</b> | Balanopostitis recurrente o fimosis sintomática con fracaso del tratamiento tópico | Fimosis que no responde a corticoides tópicos, balanitis xerótica obliterante, parafimosis, ITU recurrente, fimosis asociada a anomalías genitourinarias                               | Fimosis patológica: liquen escleroso, balanitis xerótica obliterante, episodios recurrentes de balanopostitis              |

ITU: infección del tracto urinario.

fimosis en el niño asintomático en ninguna de las guías consultadas. La experiencia de nuestro equipo nos hace intuir que, si el niño no colabora en los cuidados y retracciones, el efecto positivo de la crema se consigue solo parcialmente. En ocasiones, no se mantiene en el tiempo, al no hacer retracciones que mantienen la piel flexible. Además, el prepucio continúa expuesto al efecto del contacto directo con la orina retenida si no se retrae para la micción. Diversos estudios demuestran que el éxito del tratamiento tópico es independiente del grado de fimosis y de la edad del paciente<sup>2,15</sup>, por lo que no hay una ventana terapéutica específica para prescribirlo y sería razonable esperar a que el niño colabore para su aplicación, siempre que esté asintomático.

Llegados al punto, no obstante, en el que el prepucio no es retráctil a pesar de un correcto tratamiento tópico, pero el niño se mantiene totalmente asintomático, se plantea la siguiente pregunta: ¿cuándo se debe intervenir quirúrgicamente? Las recomendaciones actuales son claras en cuanto a la no indicación de cirugía en el niño asintomático

con fimosis fisiológica, pero la preocupación de muchos profesionales y padres es que lleguen a una edad en la que la cirugía pueda resultar más traumática o suponer un posoperatorio más tórpido y de ahí quizás venga el alto porcentaje de derivación a Cirugía de la fimosis sin respuesta a tratamiento tópico, a pesar de las recomendaciones.

Esta cuestión aún está por resolver y para ello deberíamos tener en cuenta el porcentaje de resolución espontánea frente al impacto psicológico y los riesgos de una cirugía en el niño de corta edad frente al riesgo de complicaciones o la experiencia del paciente más mayor cuando se circuncida.

Las limitaciones de este estudio son su tasa de respuesta y la dificultad de reflejar todos los matices del cuidado del prepucio en el niño sano en pocas preguntas.

## CONCLUSIONES

El manejo de la fimosis fisiológica en Atención Primaria en nuestro medio es globalmente homogéneo y

acorde a las guías internacionales actuales, tanto en los cuidados iniciales como en la aplicación del tratamiento conservador. La indicación de la derivación a Cirugía en el paciente asintomático debería revisarse en lo que respecta a la edad para optimizar los recursos y permitir el tiempo suficiente para ver los resultados del manejo conservador.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abara EO. Prepuce health and childhood circumcision: Choices in Canada. *Can Urol Assoc J*. 2017;11(1):S55-62. <https://doi.org/10.5489/cuaj.4447>
2. Wilcox D. Care of the uncircumcised penis in infants and children. En: *UpToDate* [en línea] [consultado el 14/01/2025]. Disponible en [www.uptodate.com/contents/care-of-the-uncircumcised-penis-in-infants-and-children](http://www.uptodate.com/contents/care-of-the-uncircumcised-penis-in-infants-and-children)
3. British Associations of Paediatric Surgeons, British Association of Paediatric Urologists. *Foreskin Conditions Commissioning guide*. 2016 [en línea] [consultado el 14/01/2025]. Disponible en [www.baps.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Revised-Foreskin-conditions-commissioning-guide-for-consultation-02051....pdf](http://www.baps.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Revised-Foreskin-conditions-commissioning-guide-for-consultation-02051....pdf)
4. Sutton G, Fryer S, Rimmer G, Melling C V, Corbett HJ. Referrals from primary care with foreskin symptoms: Room for improvement. *J Pediatr Surg*. 2023;58(2):266-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2022.10.046>
5. European Association of Urology. *Paediatric urology guideline*. 2024 [en línea] [consultado el 14/01/2025]. Disponible en <https://uroweb.org/guidelines/paediatric-urology>
6. Mc Gregor TB, Pike JG, Leonard MP. Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimotic foreskin. *Can Fam Physician*. 2007;53:445-8.
7. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child*. 1968;43(228):200-3. <https://doi.org/10.1136/ad.43.228.200>
8. Steadman B, Ellsworth P. To circ or not to circ: indications, risks, and alternatives to circumcision in the pediatric population with phimosis. *Urol Nurs*. 2006;26(3):181-94.

## RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de los autores: elaboración de la encuesta, recogida de datos, redacción del manuscrito (ER), idea inicial, análisis de datos, redacción del manuscrito (SF), recogida de datos, análisis de datos, corrección del manuscrito (AG), recogida de datos (AA), análisis de datos, corrección del manuscrito (NV), idea inicial, elaboración de la encuesta, análisis de datos y corrección del manuscrito final (CG).

9. Moreno G, Ramirez C, Corbalán J, Peñaloza B, Morel Marambio M, Pantoja T. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 [en línea] [consultado el 14/01/2025]. Disponible en [www.cochrane.org/CD008973/PROSTATE\\_topical-corticosteroids-treating-phimosis-boys](http://www.cochrane.org/CD008973/PROSTATE_topical-corticosteroids-treating-phimosis-boys)
10. Li B, Shannon R, Malhotra NR, Rosoklija I, Liu DB. Advising on the care of the uncircumcised penis: A survey of pediatric urologists in the United States. *J Pediatr Urol*. 2018;14(6):548.e1-548.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.05.024>
11. Hsieh TF, Chang CH, Chang SS. Foreskin development before adolescence in 2149 schoolboys. *Int J Urol*. 2006;13(7):968-70. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2006.01449.x>
12. Yang C, Liu X, Wei GH. Foreskin development in 10 421 Chinese boys aged 0-18 years. *World J Pediatr*. 2009;5(4):312-15. <https://doi.org/10.1007/s12519-009-0060-z>
13. Metcalfe PD, Elyas R. Foreskin management: Survey of Canadian pediatric urologists. *Can Fam Physician*. 2010;56(8):e290-5.
14. Wan S, Wang Y, Gu S. Epidemiology of male genital abnormalities: a population study. *Pediatrics*. 2014;133(3):e624-7. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2285>
15. British Association of Paediatric Urologists, British Association of Paediatric Surgeons, Paediatric Anaesthetists. *Management of foreskin conditions*. 2017 [en línea] [consultado el 14/01/2025]. Disponible en [www.baps.org.uk/content/uploads/2017/03/MANAGEMENT-OF-FORESKIN-CONDITIONS.pdf](http://www.baps.org.uk/content/uploads/2017/03/MANAGEMENT-OF-FORESKIN-CONDITIONS.pdf)