



Servicio Canario de la Salud

Complejo Hospitalario Universitario
Insular - Materno Infantil
Atención Primaria del Área
de Salud de Gran Canaria

GUÍA

GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL



**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA
DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR-MATERNAL INFANTIL**

Revisión 0


GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL

**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA
DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR-MATERNAL INFANTIL**

GUÍA/CPAP/0002/00/2010


Modificaciones respecto a la versión anterior



| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

ÍNDICE

| | | |
|-----------|-----------------------------|-----------|
| 1. | OBJETIVO | 3 |
| 2. | ALCANCE | 3 |
| 3. | CONTENIDO DE LA GUÍA | 4 |
| 4. | BIBLIOGRAFÍA | 11 |
| 5. | ANEXOS | 16 |
| 6. | GRUPO DE TRABAJO | 23 |


| | | |
|------------|---|--|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL | Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |

1. OBJETIVO

Orientar a los Facultativos de Atención Primaria y Especializada con el fin de derivar correctamente las patologías relacionadas con el Servicio de Cirugía Infantil.


2. ALCANCE

El ámbito de aplicación de esta Guía abarca a los pacientes de 0 a 13 años del Área de salud de Gran Canaria que precisen asistencia por el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.


| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

3. CONTENIDO DE LA GUÍA


| <u>Diagnóstico</u> | <u>Derivación</u> | <u>Observaciones</u> | |
|---|---|---|----------------|
| Absceso perianal | Cuando requiere drenaje (derivar a Urgencias HUMIC) | Baños tibios de asiento, antibióticos y analgésicos. Si es fluctuante: derivar | URGENTE |
| Adherencia balano-prepucial | No precisa derivación | Ver Anexo I | |
| Apéndice prearicular (condroma) | > 6meses | | NORMAL |
| Dolor abdominal agudo (sospecha abdomen agudo quirúrgico) | Derivar a Urgencias HUMIC (no dar antiespasmódicos) | Tener en cuenta según edad: apendicitis aguda invaginación intestinal colecistitis aguda etc. | URGENTE |
| Epispadias | Al diagnóstico | | NORMAL |
| Escroto agudo | Urgencia médica Derivación inmediata a Urgencias HUMIC | Posibilidad de torsión testicular vs. orquiepididimitis | URGENTE |
| Estreñimiento en recién nacido de > 72 horas con antecedentes eliminación meconio > 24 horas | Derivar a Urgencias HUMIC | | URGENTE |

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

| <u>Diagnóstico</u> | <u>Derivación</u> | <u>Observaciones</u> | |
|---------------------------------|---|---|--------|
| Fimosis, estenosis prepucial | > 3 años si falla tratamiento tópico < 3 años (2 balanitis o 1 ITU) | Ver Anexo II | NORMAL |
| Fístula perianal | Al diagnóstico | | NORMAL |
| Fisura paladar | Periodo neonatal | | NORMAL |
| Frenillo labio superior | 6-7 años Remitir a odontólogo | | NORMAL |
| Frenillo sublingual corto | Periodo neonatal. Si produce dificultades para la lactancia materna | Excepcionalmente, ya que son habitualmente detectados en Neonatología | NORMAL |
| | A partir de los 4 años si produce problemas de fonación derivar al foniatra (no a Cirugía Infantil) | | |
| Ginecomastia masculina | 13 años (antes si problemas psicológicos severos) | | NORMAL |
| Granuloma umbilical | Si no se resuelve o existe hipersecreción | Ver Anexo III | NORMAL |

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |


| <u>Diagnóstico</u> | <u>Derivación</u> | <u>Observaciones</u> | |
|--|--|--|------------|
| Hemangioma (malformación vascular) | > 5 años Sintomáticos o deformantes: al diagnóstico | Derivación precoz: localización en cara, cuello o crecimiento rápido | NORMAL |
| Hernia epigástrica | Al diagnóstico | | NORMAL |
| Hernia inguinal | Si sospecha de incaeración o estrangulamiento: derivar a Urgencias HUMIC | Ver Anexo IV | NORMAL |
| Hernia umbilical | > 5 años | Incaeración muy rara. Si sintomática, derivar antes. | NORMAL |
| Hidrocele de inicio en el recién nacido | > 1 año (tendencia auto-resolución) | Derivar antes del año si es sintomático (tenso, gigante) | NORMAL |
| Hidrocele lactante o niño mayor (presentación reciente) | Al diagnóstico | Si dolor o hidrocele a tensión: derivar urgente. | PREFERENTE |
| Himen imperforado con abombamiento | Derivar a Urgencias HUMIC | | URGENTE |

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |


| <u>Diagnóstico</u> | <u>Derivación</u> | <u>Observaciones</u> | |
|---|--|---|------------|
| Hiperhidrosis | > 10 años Si dificultades de desarrollo socio-escolar | Solución quirúrgica efectiva (simpaticolisis toracoscópica) | NORMAL |
| Hipertrofia labios menores | > 8 años o cuando causa vulvitis | Puede ser muy molesta en la pubertad | NORMAL |
| Hipospadias | Al diagnóstico | | NORMAL |
| Labio leporino | Periodo neonatal | | NORMAL |
| Linfangioma cervical | Al diagnóstico | | PREFERENTE |
| Malformaciones pabellón auricular (excluyendo orejas aladas) | Al diagnóstico | | NORMAL |
| Malformaciones torácicas: pectus carinatum y pectus excavatum | > 5 años | Si patología pulmonar asociada: derivar a Neumología Infantil | NORMAL |

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |


| <u>Diagnóstico</u> | <u>Derivación</u> | <u>Observaciones</u> | |
|---|---|--|---------|
| Nódulos o masas subcutáneas | Al diagnóstico | En general benignas: quiste inclusión quiste sebáceo quiste dermoides No olvidar existencia de linfoma, fibrosarcoma o rabdomyosarcoma | NORMAL |
| Onicocriptosis (uña incarnata) | > 1 año si hay granuloma, infecciones recurrentes o refractarias a tratamiento | | NORMAL |
| Orejas aladas | > 6 años | | NORMAL |
| Parafimosis | Derivar a Urgencias HUMIC si no se consigue reducir | | URGENTE |
| Polidactilia | Al diagnóstico | | NORMAL |
| Quiste de la cola de la ceja | Al diagnóstico | En general, dermoide de crecimiento progresivo (erosiona la tabla externa) | NORMAL |
| Quiste del cordón (niños) quiste de Nück (niñas) | > 1 año Muy tenso: preferente | | NORMAL |

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

| <u>Diagnóstico</u> | <u>Derivación</u> | <u>Observaciones</u> | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|--------|
| Quistes-fistulas cervico-faciales | Al diagnóstico | | NORMAL |
| Quiste tirogloso | Al diagnóstico | | NORMAL |
| Ránula (quiste mucoso sublingual) | Al diagnóstico | | NORMAL |
| Seno pilonidal | No precisa derivación salvo infecciones repetidas | Mantener higiene adecuada | NORMAL |
| Seno preauricular | No precisa derivación salvo infecciones repetidas | Mantener higiene adecuada | NORMAL |
| Sindactilia manos | Derivación a Traumatología | | NORMAL |
| Sindactilia pies | No precisa derivación | | |

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

| <u>Diagnóstico</u> | <u>Derivación</u> | <u>Observaciones</u> | |
|---|--|--|--------|
| Sinequia vulvar | Sólo las sinequias completas con antecedentes de ITU | Se solucionan solas en la premenarquia | NORMAL |
| Testículo en ascensor | No precisa derivación | Variante de la normalidad | |
| Testículo en conducto o no palpable (criptorquidia) | > 6 meses | | NORMAL |
| Testículo en resorte o retráctil | > 2 años | | NORMAL |
| Varicocele | Al diagnóstico | | NORMAL |

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

4. BIBLIOGRAFÍA

Antón Hernández L, Tracchia Becco R. Calendario quirúrgico pediátrico. Boletín de la Sociedad Canaria de Pediatría. Canarias pediátrica. 2001; 25 (1).

Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: Assessment, Incidence, and Effect of Frenuloplasty on the Breastfeeding Dyad. Pediatrics [revista en Internet]* 2002; [acceso mayo 2010]**; 110 (e63). Disponible en:

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/110/5/e63?eaf>

Cano Novillo I, García Vázquez A, Delgado Muñoz D, López Díaz M. Calendario quirúrgico. Pediatr Integral 2002; 6(10):863-872.

Casado de Frías E, Nogales Espert A. Pediatría. 3ª ed. Madrid: I.M. & C; 1991. Colegio Mexicano de Cirugía Pediátrica. Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica. Méjico: Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica; 2003 [acceso abril 2005]. Sesiones mensuales. Programas académicos. Disponible en: <http://www.pedsurgerymex.org>

Daniels J. Is silver nitrate the best agent for management of umbilical

granulomas? Arch Dis Child. 2001 Nov; 85(5):432.

Daniels J, Craig F, Wajed R, Meates M. Umbilical granulomas: a randomised controlled trial. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 May; 88(3):F257. Fe de erratas en:


[Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 September; 88\(5\): F446.](#)

De Diego García EM, Fernández Jiménez I, Sánchez Abuín A. Cirugía programada. Calendario quirúrgico. Pediatr Integral 2006; 10 (9): 607-13.

Elmore JM, Baker LA, Snodgrass WT. Topical steroid therapy as an alternative to circumcision for phimosis in boys younger than 3 years. [J Urol.](#) 2002 Oct;168(4 Pt 2):1746-7.

Esposito C, Centonze A, Alicchio F, Savanelli A, Settini A. Topical steroid application versus circumcision in pediatric patients with phimosis: a prospective randomized placebo controlled clinical trial. [World J Urol.](#) 2008 Apr; 26(2):187-90.

Ghysel C, Vander Eeck K, Bogaert GA. Long-term efficiency of skin stretching and a topical corticoid cream application for unretractable foreskin

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

and phimosis in prepubertal boys. [Urol Int.](#) 2009; 82(1):81-8.

González ET, Roth D. Common problems in Pediatric Urology. St. Louis: Mosby Year Book Inc; 1991.

Holder TM, Ashcraft KW. Cirugía Pediátrica. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 2000.

Ku WH, Chiu BS, Huen KF. Outcome and recurrence in treatment of phimosis using topical betamethasone in children in Hong Kong. [J Paediatr Child Health.](#) 2007 Jan-Feb; 43(1-2):74-9.

Lotan G, Klin B, Efrati Y. Double-Ligature: A Treatment for Pedunculated Umbilical Granulomas in Children. Am Fam Physician [revista en Internet]* 2002 mayo 15 [acceso mayo 2010]**; 65(10): [2067-2068***]. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2002/0515/p2067.html>

Messner AH, Lalakea ML. Ankyloglossia: controversies in management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2000 Aug 31; 54(2-3):123-31.

Miguélez C, Garat JM, Recober A. Tratamiento con esteroides tópicos en la fimosis. An Pediatr Contin. 2006; 4(3):183-8.

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; 1:667-75.

Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. En la fimosis es aconsejable el tratamiento con corticoides tópicos antes de plantearse una opción quirúrgica. Evid Pediatr. 2007; 3: 82.


Palmer LS, Palmer JS. The efficacy of topical betamethasone for treating phimosis: a comparison of two treatment regimens. [Urology.](#) 2008 Jul; 72(1):68-71.

Pediatric Urology. Pediatric Clinics of North America. 2001; 48(6): 1339-1630. Pediatric Surgery for the Primary Care Pediatrician, Part I. Pediatric Clinics of North America. 1998; 45(4):719-1012.

Pediatric Surgery for the Primary Care Pediatrician, Part II. Pediatric Clinics of North America. 1998; 45(6):1287-1688.

Peña A. Atlas of Surgical Management of Anorectal Malformations. Nueva York; 1990.

Pileggi Fde O, Vicente YA. Phimotic ring topical corticoid cream (0.1% mometasone furoate) treatment in

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL | Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |

children. [J Pediatr Surg.](#) 2007 Oct; 42(10):1749-52.

Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. *Can Fam Physician.* 2007 Jun; 53(6):1027-33.

Sociedad Española de Cirugía Pediátrica [sede Web]*. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Pediátrica; 2003 [acceso abril 2005].

Calendario quirúrgico. Disponible en: <http://www.secipe.org/R650calend.asp>

Surgical Advisory Panel of American Academy of Pediatrics. Guidelines for Referral to Pediatric Surgical Specialists. *Pediatrics.* 2002; 1 (110).

Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol.* 2009 Aug; 80(8):1204-19.

Tebruegge M, Misra I, Nerminathan V. Is the topical application of oestrogen cream an effective intervention in girls suffering from labial adhesions? *Arch Dis Child* 2007; 92:268-271.

van Basten JP, de Vijlder AM, Mensink HJ. The use of corticosteroid cream to treat phimosis. [Ned Tijdschr Geneesk.](#) 2003 Aug 9;147(32):1544-7.

Van Howe RS. Cost-effective Treatment of Phimosis. *Pediatrics* 1998; 102:43-47.

Webster TM, Leonard MP. Topical steroid therapy for phimosis. [Can J Urol.](#) 2002 Apr; 9(2):1492-5.

Zampieri N, Corroppo M, Zuin V, Bianchi S, Camoglio FS. Phimosis and topical steroids: new clinical findings. [Pediatr Surg Int.](#) 2007 Apr; 23(4):331-5.


Zavala A. Cirugía Pediátrica. Orientación General. Guía de Derivación y Edad Operatoria. [monografía en Internet] *. Chile: Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica; 2003 [acceso abril 2005]. Disponible en:

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/CirugiaPediatica/Normas/Normas00.html>

[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 Jun; 5(3):181-5.

Zucker KA. Cirugía Laparoscópica. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2003.

Zwolińska E, Janik P, Ratajczak D. Analysis of treatment results of boys referred to outpatient Peña A. Atlas of

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL | Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |

Surgical Management of Anorectal Malformations. Nueva York; 1990.

Pileggi Fde O, Vicente YA. Phimotic ring topical corticoid cream (0.1% mometasone furoate) treatment in children. J Pediatr Surg. 2007 Oct; 42(10):1749-52.

Segal LM, Stephenson R, Dawes M, Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. Can Fam Physician. 2007 Jun; 53(6):1027-33.

Sociedad Española de Cirugía Pediátrica [sede Web]*. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Pediátrica; 2003 [acceso abril 2005].

Calendario quirúrgico. Disponible en: <http://www.secipe.org/R650calend.asp>
Surgical Advisory Panel of American Academy of Pediatrics. Guidelines for Referral to Pediatric Surgical Specialists. Pediatrics. 2002; 1 (110).

Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. J Periodontol. 2009 Aug; 80(8):1204-19.

Tebruegge M, Misra I, Nerminathan V. Is the topical application of oestrogen cream an effective intervention in girls suffering from labial adhesions? Arch Dis Child 2007; 92:268-271.

van Basten JP, de Vijlder AM, Mensink HJ. The use of corticosteroid cream to treat phimosis. Ned Tijdschr Geneesk. 2003 Aug 9;147(32):1544-7.


Van Howe RS. Cost-effective Treatment of Phimosis. Pediatrics 1998; 102:43-47.

Webster TM, Leonard MP. Topical steroid therapy for phimosis. Can J Urol. 2002 Apr; 9(2):1492-5.

Zampieri N, Corroppo M, Zuin V, Bianchi S, Camoglio FS. Phimosis and topical steroids: new clinical findings. Pediatr Surg Int. 2007 Apr; 23(4):331-5.

Zavala A. Cirugía Pediátrica. Orientación General. Guía de Derivación y Edad Operatoria. [monografía en Internet] *. Chile: Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica; 2003 [acceso abril 2005]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/CirugiaPediatica/Normas/Normas00.html>


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 Jun; 5(3):181-5.

| | | |
|------------|--|--|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL | Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |

Zucker KA. Cirugía Laparoscópica. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2003.

Zwolińska E, Janik P, Ratajczak D. Analysis of treatment results of boys

referred to outpatient paediatric surgery centre with recognition of phimosis. Wiad Lek. 2008; 61(7-9):195-200.

| | | |
|------------|---|--|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |

5. ANEXOS

ANEXO I

ADHERENCIAS BALANOPREPUCIALES

Las adherencias balanoprepuciales son adherencias parciales o completas de la parte interna del prepucio y el glande. Pueden estar presentes desde el nacimiento hasta la pubertad.



Las adherencias balanoprepuciales no se consideran fimosis. En ellas no existe anillo estenótico en el prepucio. Deben ser consideradas como fisiológicas y no precisan tratamiento, ya que tienden a solucionarse solas.

Sólo debe aconsejarse la higiene diaria correcta con retracciones muy suaves, sin forzar y cuando el pene no esté en erección.


QUISTES DE ESMEGMA

El esmegma es sebo de las glándulas de Tyson y detritus celulares. Aparece como “perlas blancas” y tiene la misión de proteger y lubricar el espacio prepucial.

En ocasiones, este esmegma queda englobado por las adherencias balanoprepuciales produciéndose lo que se denomina quiste de esmegma.

No tiene tratamiento farmacológico específico. Sólo normas de higiene y retracciones muy suaves, sin forzar, durante la higiene diaria. Cuando el quiste contacte con el exterior, al ceder la adherencia, debe procederse a su extracción manual, con simples medidas de limpieza.



| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

ANEXO II

FIMOSIS. CONCEPTO Y MANEJO TERAPÉUTICO

Consiste en un alargamiento del prepucio con estrechez distal de su orificio que impide descubrir el glande por completo.



La fimosis congénita **es fisiológica y normal hasta los 3 años** y no precisa tratamiento antes de esa edad, ya que el 90% de los casos se resuelven espontáneamente.


No se deben realizar retracciones forzadas del prepucio en la higiene diaria y correcta del pene. Estas maniobras pueden producir grietas y cicatrices

estenosantes prepuciales y ocasionar una fimosis adquirida.

La fimosis adquirida también puede ser secundaria a procesos inflamatorios e infecciosos.

TRATAMIENTO

| Fármaco | Vía | Dosis | Intervalo | Nombre comercial |
|-------------------------|--------|--------------|---------------|------------------|
| Betametasona (0,05%) | tópica | 1 aplicación | cada 12 horas | Diproderm® crema |
| Clobetasol (0,05%) | tópica | 1 aplicación | cada 12 horas | Clovate® crema |

| | | |
|------------|--|--|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |

Duración del tratamiento: 4-6 semanas. Eficacia del 80-95% casos. Una vez conseguida la solución de la fimosis, seguir con aplicación tópica diaria de vaselina esterilizada y dilataciones suaves. Insistir en retracciones diarias para la higiene interior y exterior del prepucio y glande, así como realizar retracciones prepuciales previas en cada micción. Esta “fisioterapia prepucial” se debe mantener toda la vida.

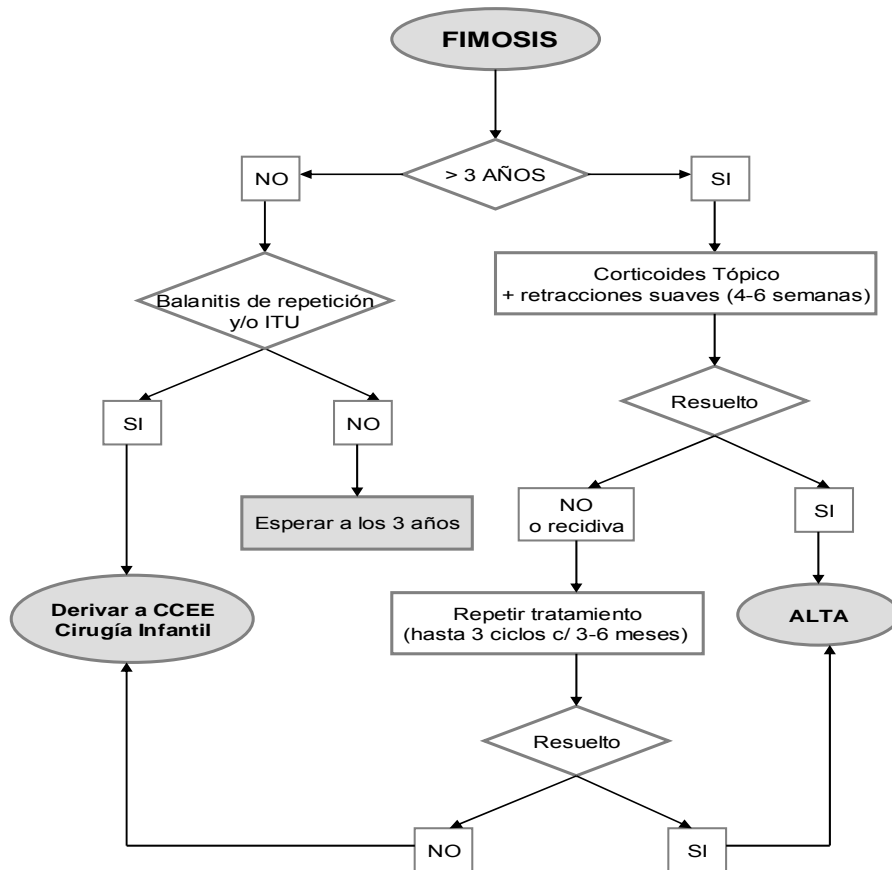
Se administrará una capa fina de crema en el tercio distal del prepucio, previa higiene correcta de la zona, cada 12 horas. Los primeros 3 o 4 días sin hacer dilataciones. Posteriormente se procederá a realizar retracciones suaves, sin forzar.




Una vez que el glande sea visible, se procederá a aplicar la crema también sobre él. Si el tratamiento es efectivo, se continuará con aplicaciones de vaselina estéril y dilataciones durante 1 mes y con la “fisioterapia prepucial” para siempre.

El tratamiento con esteroides es efectivo, indoloro y sin efectos adversos de importancia. La evidencia científica, a nivel mundial, es amplia y avala la efectividad de esta terapia. Debe ser considerado como la primera opción terapéutica, antes de la circuncisión.

FIMOSIS. Algoritmo de derivación



| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL | |

ANEXO III

GRANULOMA UMBILICAL

El granuloma umbilical consiste en un exceso de tejido de granulación que aparece en la base del ombligo una vez se desprende el cordón umbilical, que presenta aspecto pediculado y es de color rojo oscuro.



TRATAMIENTO

Tratamiento conservador, aplicando alcohol de 70° o clorhexidina al 1% en cada cambio de pañal, durante las 2 primeras semanas de vida

Si no se resuelve realizaremos una aplicación tópica con nitrato de plata (Argenpal®).

Aplicar parafina o vaselina en la zona periumbilical para evitar quemaduras, ya que el nitrato de plata es una sustancia corrosiva.




Humedecer la barrita con agua durante unos segundos.

Pincelar la zona a tratar durante unos segundos (dependiendo del tamaño del granuloma), procurando limitar su aplicación a la zona afectada.

La zona tratada quedará de color negro y se desprenderá al cabo de 3 o 4 días. Si por error se aplicara sobre la piel, la mancha de color negro desaparecerá al regenerarse la superficie de la piel.

Si no se resuelve, se puede intentar una nueva aplicación a la semana (no más de 2), y si aún así no se resuelve derivar a Cirugía Infantil con carácter normal.

Si presenta secreción persistente o inflamación periumbilical que no cede al tratamiento habitual para la onfalitis, debemos sospechar una persistencia del uraco o del conducto onfalomesentérico. Se derivará a Cirugía Infantil, sin aplicación de nitrato de plata.

| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

ANEXO IV

HERNIA INGUINAL

La hernia inguinal consiste en la salida del contenido intestinal a través del conducto peritoneo-vaginal, que está permeable, y atravesando el canal inguinal puede llegar hasta el escroto en el niño o los labios mayores en la niña.

A la exploración encontramos una masa que no se suele transiluminar, y que al ejercer una presión suave pueden oírse borgborismos y desaparecer. Si está reducido el contenido podemos notar un engrosamiento del cordón espermático o un anillo inguinal externo amplio.

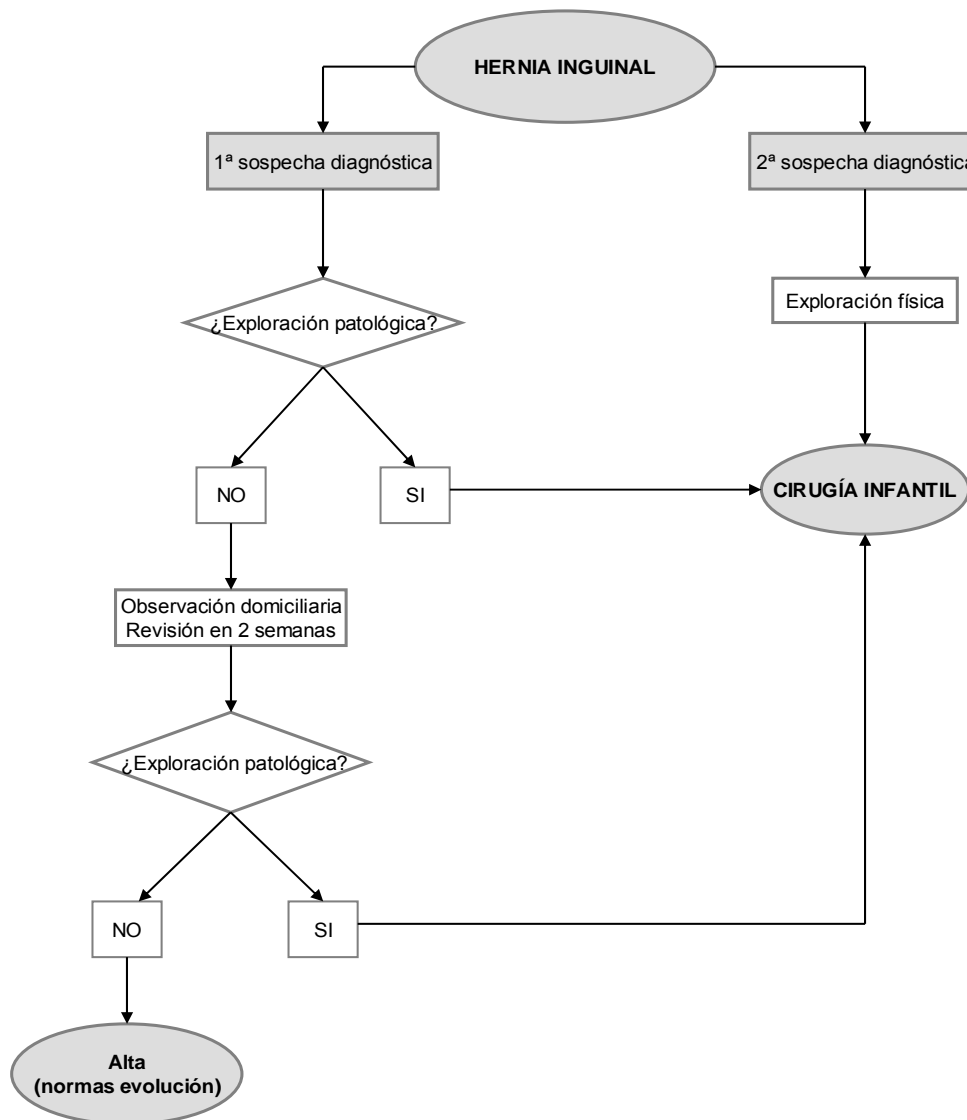
La complicación más frecuente es la incarceration. Una hernia se incarcerationa cuando el contenido intestinal no se puede reintroducir en la cavidad abdominal de forma espontánea o con presión manual. Observaremos una masa dura y fluctuante en la región inguinal y se suele acompañar de irritabilidad, dolor abdominal y vómitos.


El diagnóstico lo suelen realizar los padres que observan un “bulto” en la región inguinal que desaparece y que, con frecuencia, no observamos cuando acuden a consulta. Por lo tanto, aunque la primera exploración no sea patológica deberemos citar al paciente en 2 semanas para una nueva exploración y solo en caso que esta sea normal le daremos el alta. Si con el tiempo los padres vuelven a consultar, aún con una exploración normal, derivaremos a la consulta externa de Cirugía Infantil con carácter normal.

CARÁCTER DE LA DERIVACIÓN

| | |
|---|---|
| URGENTE Derivar a Urgencias Pediátricas HUMIC | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hernia inguinal incarcerationada que no se consigue reducir en Atención Primaria ▪ Hernia reducida y paciente con distensión abdominal y/o vómitos |
| PREFERENTE Derivar a Consultas Externas Cirugía Infantil HUMIC | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Paciente al que se le ha reducido una hernia incarcerationada ▪ Lactantes menores de 6 meses |
| NORMAL Derivar a Consultas Externas Cirugía Infantil HUMIC | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resto de pacientes |

HERNIA INGUINAL. Algoritmo de derivación



| | | |
|------------|---|---|
| Revisión 0 | GUÍA GUÍA DE DERIVACIÓN A CIRUGÍA INFANTIL |  Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria |
| 03/08/2010 | COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL | |

6. GRUPO DE TRABAJO

Don Valentín Ruiz Caballero

Pediatra de Atención Primaria. Sociedad Canaria de
Pediatria Extrahospitalaria

Doña Noelia Montesdeoca Araujo

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud
Vecindario

Don Francisco Machado Fernández

Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario
Materno Infantil de Canarias

Don Manuel Castro Sánchez

Jefe del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital
Universitario Materno Infantil de Canarias

Doña Ángeles Cansino Campuzano

Coordinadora de Pediatría entre Atención Primaria y
Atención Especializada del Área de Salud de Gran
Canaria

Don Néstor Cáceres Alemán

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud
Vecindario

Doña M^a Mar Artilés Suárez

Enfermera. Coordinación de Pediatría entre Atención
Primaria y Atención Especializada del Área de Salud
de Gran Canaria