

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Hipospadias

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-467-11



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

N36 Otros Trastornos de la Uretra
N36.8 Otros Trastornos Especificados de la Uretra
GPC
Diagnóstico y Tratamiento de Hipospadias
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El hipospadias se define como el desarrollo anormal de la uretra esponjosa y del prepucio ventral con un defecto embriológico en la corrección de la curvatura peneana y ubicación anómala del meato uretral a lo largo de su cara ventral.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- 1) Para realizar el diagnóstico de hipospadias se deben identificar a la exploración física los siguientes datos clínicos:
 - Meato uretral ectópico en la cara ventral del pene
 - Prepucio excesivo en la cara dorsal del pene y ausente en la cara ventral
 - Presencia de cuerda peneana (pene incurvado) en grado variable
- 2) Con base a la situación del meato uretral clasificarlo en alguno de los siguientes tipos:
 - Anterior o distal
 - Medio
 - Posterior o proximal
- 3) Realizar exploración física de los genitales externos dirigiéndola a:
 - Evaluar las bolsas escrotales: grado de desarrollo, presencia de pliegues y pigmentación
 - Identificar ambos testículos en su bolsa escrotal mediante palpación
 - Explorar el canal inguinal buscando los testículos en caso de no palparlos en la bolsa escrotal
 - Medir el tamaño del pene (en el recién nacido de término debe ser mayor de 2 cm)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- 1) Se debe considerar el diagnóstico diferencial con un trastorno de la diferenciación sexual cuando el hipospadias se asocia a cualquiera de las siguientes condiciones:
 - Uno o ambos testículos no palpables

- Pene menor de 2 cm de longitud
- Fusión labioescrotal

EDAD IDEAL DE INTERVENCIÓN E INDICACIÓN DE TESTOSTERONA

- 1) Se recomienda que la intervención quirúrgica se realice después de los 6 meses de edad, idealmente entre los 6 y 18 meses.
- 2) En los pacientes con hipospadias y micropene administrar preoperatoriamente enantato de testosterona 2 mg/kg/dosis por vía intramuscular cada semana durante 3 semanas, con el objetivo de que el pene alcance más de 2 cm de longitud.
- 3) En caso de que no sea posible administrar testosterona se sugiere no llevar a cabo la intervención quirúrgica hasta que la longitud del pene sea mayor de 2cm.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

- 1) Ante la evidencia científica actual no es posible recomendar técnicas de primera elección para la corrección de hipospadias. El cirujano dispone de diferentes técnicas quirúrgicas para lograr un meato ubicado en el ápex del glande, corregir la curvatura ventral del pene frecuentemente asociada y lograr el mejor resultado funcional y estético.
- 2) Los expertos que elaboraron la presente guía recomiendan que de acuerdo a la variedad de hipospadias y calidad de la placa uretral, utilicen las siguientes técnicas (tomando en consideración que cualquier otra puede ser adecuada de acuerdo a las particularidades de cada caso):
 - **Hipospadias distal con o sin curvatura peneana:** avance meatal con glanduloplastia (MAGPI) o plato incidido tubularizado (Snodgrass)
 - **Hipospadias medio con cuerda:** colgajo en isla Onlay o cirugía correctiva en 2 tiempos
 - **Hipospadias medio sin curvatura:** plato incidido tubularizado (Snodgrass)
 - **Hipospadias proximal con cuerda:** cirugía correctiva en 2 tiempos
 - **Hipospadias proximal sin cuerda:** plato incidido tubularizado (Snodgrass)
- 3) En el paciente con hipospadias y cuerda peneana es necesario, después de la resección de la cuerda, evaluar las condiciones del hipospadias para planear la técnica de corrección adecuándola a cada caso.
- 4) En los casos de hipospadias medio y proximal se recomienda realizar una adecuada cobertura de la uretroplastia.
- 5) En hipospadias proximales donde no es posible utilizar placa uretral, se sugiere realizar técnicas en

dos tiempos con aplicación de injertos de mucosa oral y cobertura adecuada de la neouretra con túnica vaginalis.

- 6) Se debe usar parche semicompresivo en los pacientes operados de hipospadias medio y proximal y en aquellos anteriores en los que se efectuó disección amplia de tejidos.

MATERIAL DE SUTURA Y SONDA TRANSURETRAL

- 1) Emplear sutura de monofilamento para la uretroplastia.
- 2) Utilizar derivaciones urinarias transuretrales hechas con material de silicona.
- 3) Si no se cuenta con sutura de monofilamento o con sondas urinarias transuretrales de silicona, como alternativa se recomienda:
 - Sutura de multifilamento
 - Sondas de alimentación o tipo Foley de calibre acorde a la edad

REFERENCIA AL TERCER NIVEL

- 1) Todos los niños con hipospadias deben enviarse al urólogo pediatra en el momento en que se realice el diagnóstico.
- 2) Referir urgentemente al servicio de endocrinología pediátrica de tercer nivel de atención al recién nacido que presente hipospadias asociado a cualquiera de las siguientes condiciones:
 - Uno o ambos testículos no palpables
 - Pene menor de 2 cm de longitud
 - Fusión labioescrotal

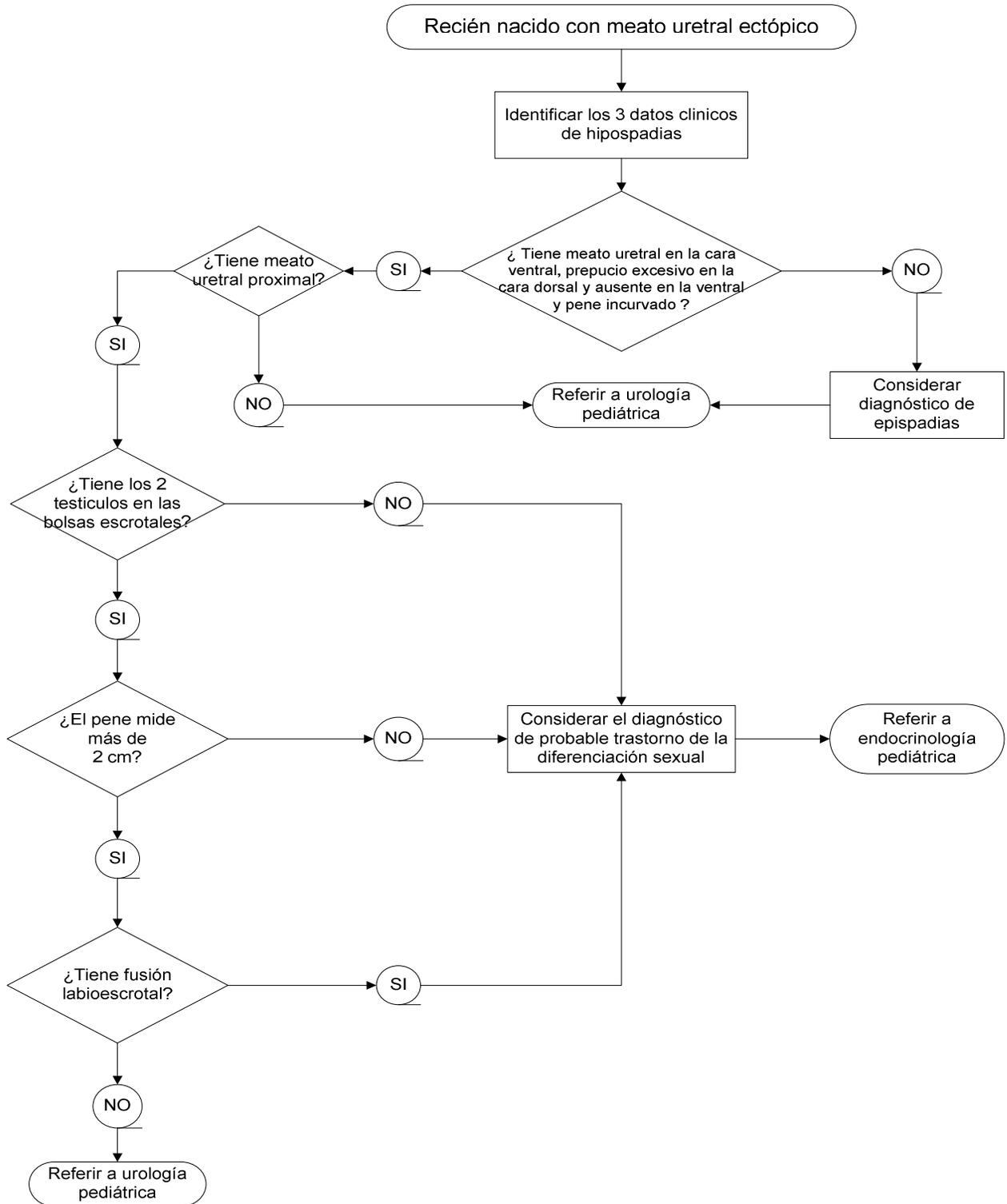
VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

- 1) Como medidas de vigilancia postquirúrgica inmediata se recomiendan las siguientes:
 - Mantener la sonda uretral a derivación permanente de 10 a 14 días
 - Preservar el "parche peneano" seco y limpio, evitar que se mueva y mantenerlo durante 5 días
 - Reposo absoluto durante 5 días
 - Alta al retirar el parche peneano y egresar con la sonda transuretral
 - Cita a la consulta externa siete días después del egreso

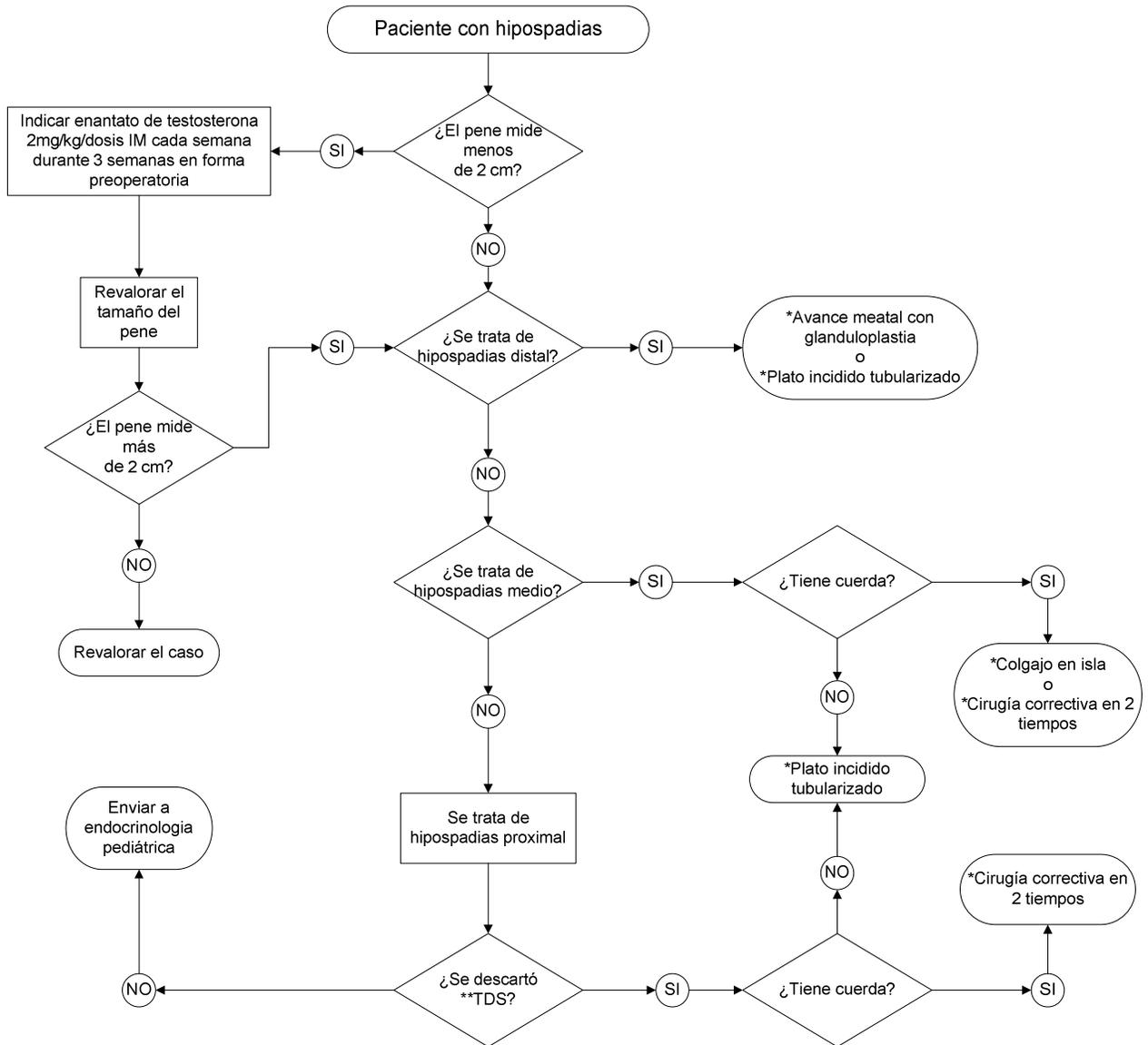
- 2) Llevar a cabo vigilancia postquirúrgica continua con la finalidad de detectar oportunamente complicaciones de la cirugía. La periodicidad de la evaluación dependerá del tipo de hipospadias, de la técnica utilizada, del material quirúrgico empleado y de la calidad de los tejidos por lo que deberá individualizarse en cada caso. Se sugiere que posterior a la primera evaluación (7 días después del egreso) se cite mensualmente durante los primeros 6 meses.

ALGORITMOS

1. DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DEL RECIÉN NACIDO CON HIPOSPADIAS



2. TRATAMIENTO DEL NIÑO CON HIPOSPADIAS



*Técnica quirúrgica sugerida por los expertos que elaboraron la presente GPC, sin excluir la utilización de otras técnicas de acuerdo a las características de cada caso.
 **Trastorno de la diferenciación sexual.