

FIMOSECTOMIAS CON LA PINZA DE MOGEN

Saul Dorfman-Gemer*

* Servicio de Cirugía. Hospital Chiquinquirá, Maracaibo, Venezuela.

RESUMEN

En la literatura médica se puede observar las controversias cuando se tratan los puntos de cáncer y fimosectomía, indicación rutinaria de la intervención y método quirúrgico a escoger.

Se intervienen 125 niños derivados de las consultas externas del Hospital Chiquinquirá de Maracaibo-Venezuela, en las edades comprendidas entre el nacimiento y los siete años, con el método de la fimosectomía con la Pinza de Mogen. Los niños intervenidos fueron controlados hasta su completa curación.

En el 95% de los pacientes no fué necesaria la utilización de los anestésicos generales; el 57% de los pacientes fueron intervenidos con la inyección previa de meperidina y clorpromazina, produciendo una buena neuroleptoanalgesia; en el grupo de recién nacidos que correspondió al 37% no se utilizó medicamento alguno en el pre-operatorio.

Los pacientes permanecieron en el ambiente hospitalario durante las siguientes 12 horas a la intervención, período después del cual regresaron a su domicilio. El uso de los analgésicos se limitó al 11% de los pacientes

después de las 24 horas de la intervención. Los cuidados post-operatorios fueron mínimos y encontramos una buena curación a las 72 horas, cuando se indicó el baño a los pacientes.

Como complicaciones, encontramos un caso de hemorragia, un caso de edema y un caso de fimosis post-circuncisión, lo que representó un 2.4% de complicaciones. El porcentaje de complicaciones de la presente serie está dentro de la rata de complicaciones de muchas series revisadas y en algunas de ellas por debajo. No se encontró ninguna complicación infecciosa en la presente serie.

INTRODUCCION

Son innumerables los artículos en los cuales se toca un tópico tan controversial como es el cáncer de cuello uterino, pene y próstata, relacionándolo con el acto de la fimosectomía. Weiss (32), Israel (10), Elliot (6) y Burger (2) coinciden cuando anotan varios puntos importantes: a) La baja incidencia de carcinoma de cuello uterino en mujeres a cuyas parejas le ha sido practicada la fimosectomía. b) La extraña aparición del carcinoma de pene en varones circuncidados. c) La menguada frecuencia de infecciones y de balanitis en los varones fimosectomizados.

Es interesante observar la frecuencia de la fimosis anotada por diferentes autores: Gairdner (7) afirma que un 96% de los niños varones en el momento del nacimiento presentan un prepucio no retractable, mientras que en las edades de 1, 2 y 3 años encuentra que la conformación anatómica descrita tiene una frecuencia de 50, 20 y 10% respectivamente; Oster (17), estudiando una población de 9.200 escolares en edades comprendidas entre los 6 y los 17 años, encuentra una frecuencia de prepucio no retractable de un 4%; Weiss (32), como los demás autores, coincide en que la incidencia de la fimosis es alta en el momento del nacimiento y va decreciendo hasta los 3 años de edad cuando se torna estacionaria.

Existe una controversia cuando se trata el punto de la indicación rutinaria de la intervención. Miller (16) es partidario de la intervención inmediatamente después del nacimiento; anota que lo motiva la seguridad, la baja morbilidad, la curación rápida, la buena observación del niño durante su permanencia en el retén y el dolor poco intenso durante la intervención. Contradictoriamente con esta posición, Plata-Rueda (20), Jolly (11) y Preston (21) consideran que la circuncisión rutinaria es la práctica médica que tiene menos indicaciones justificables y defendibles, que expone al niño a las complicaciones de la intervención, además de ser exclu-

siva de una élite social y médica siempre dispuesta a imitar lo foráneo. El Comité de Fetos y de Recién Nacidos de la Academia Norteamericana de Pediatría (5), en su informe respecto a este problema, sostiene que no existen indicaciones precisas para la práctica de la circuncisión neonatal, pero anota las ventajas de la intervención.

Son innumerables los métodos para la práctica de la fimosectomía: dispositivos plásticos como el Plastibell (1, 4, 12), instrumentos metálicos de presión (28, 15, 33) y las intervenciones quirúrgicas que varían en técnica y material de sutura a utilizar (9, 19, 34), pero en todos el fin es la remoción completa del prepucio.

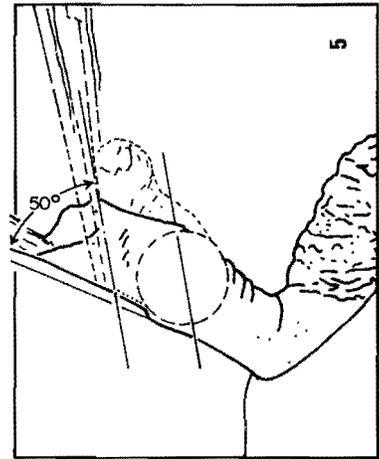
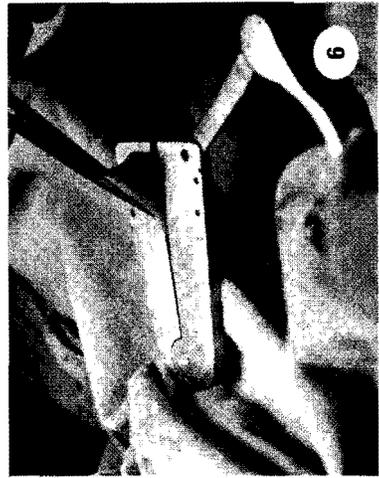
El presente trabajo expone en una forma sencilla, el método y los resultados de la práctica de la fimosectomía mediante la utilización de la Pinza de Mogen (27), método utilizado por los Judíos (25) y de poca penetración dentro de la práctica médica rutinaria.

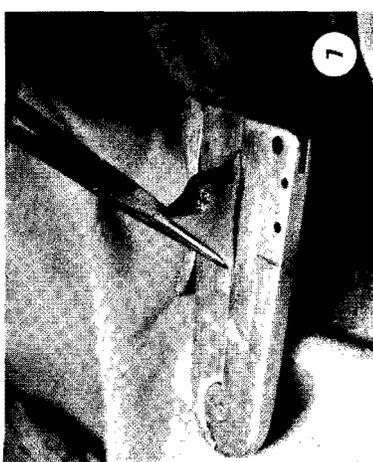
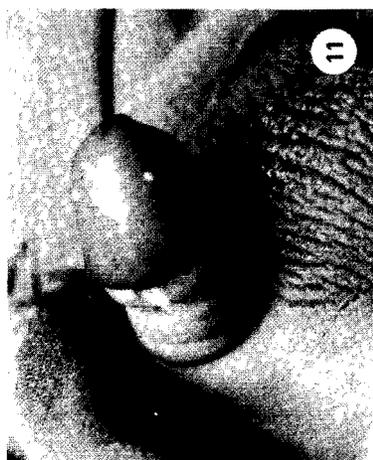
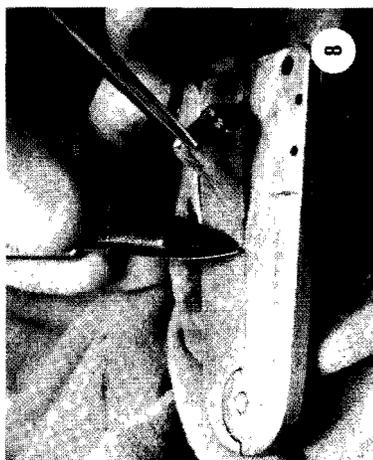
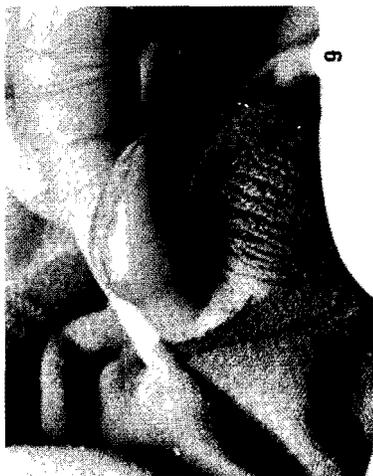
MATERIAL Y METODOS

Se intervienen 125 niños en las edades comprendidas entre el nacimiento y los 7 años. Los pacientes fueron derivados de la consulta externa del Hospital Chiquinquirá. A los pacientes se les elaboró una ficha clínica donde se recogieron los siguientes datos:

- a) Nombre, edad, procedencia y dirección.
- b) Antecedentes patológicos y familiares, predominantemente diabéticos y hemorrágicos.
- c) Indicación de la intervención, ya sea de tipo médico o por petición familiar.
- d) Fecha de la intervención.
- e) Complicaciones intra-operatorias y su tratamiento.
- f) Controles post-operatorios.
- g) Complicaciones post-operatorias y su tratamiento.
- h) Fecha de alta.

Se practica la intervención utilizando un equipo que consta de un crile curvo, crile recto, bisturí, jeringa de 3 cc con aguja N° 26, Lidocaína, un talco a base de undecilenato de zinc, propionato de calcio, hidroxiquinolina, ácido bórico y óxido de zinc, y por último la Pinza de Mogen.





La secuencia de la intervención es como sigue:

a) Neurolepto-analgésia del paciente mediante la inyección de una mezcla de una ampolla de Meperidina y una ampolla de Clorpromazina, a razón de 1 cc de la mezcla por cada 10 Kgs. de peso. En algunos pacientes se utilizó anestesia general con Ketamina.

b) Asepsia y antisepsia de la zona operatoria que incluye pene, testículos, pubis y cara interna de muslos, con una solución de yodopolivinil-pirrolidona.

c) Dilatación del orificio prepucial y liberación de las adherencias hasta el surco balanoprepucial con un crile curvo; la técnica original utiliza un estilete de punta roma (Figs. 1 y 2).

d) Colocación de un crile recto en la cara dorsal del prepucio, cuyo extremo anterior debe llegar a unos 5 mm. por delante del surco balanoprepucial (Fig. 3).

e) Con la pinza colocada se ejecuta una maniobra que consiste en elongar el prepucio en dirección opuesta al pubis, a la vez que al extremo del crile se dirige a la cara del cirujano. Esta maniobra no descrita en la técnica original, tiene como fin la protección del glande en el siguiente paso (Figs. 4 y 5).

f) Colocación de la Pinza de Mogen paralela a la línea oblícua de la dirección del glande (Fig. 6).

g) Cierre de la Pinza de Mogen, previa constatación en forma manual de la libertad del glande. Dicha pinza permanece cerrada durante 3 o 4 minutos (Fig. 7).

h) Sección del prepucio redundante. Se retira la Pinza de Mogen apreciándose que la piel y la mucosa se encuentran completamente adosados (Figs. 8 y 9).

i) Mediante dos gasas colocadas lateralmente, se lleva la piel del prepucio hacia el pubis en forma suave, produciendo la abertura del adosamiento antes descrito, dejando en libertad el glande hasta el surco balanoprepucial (Fig. 10).

j) Revisión del campo operatorio y aplicación del talco (Figs. 11 y 12).

El paciente intervenido permanece en el ambiente hospitalario, por un

período no mayor de 12 horas siguiendo el siguiente esquema: vigilar sangramiento, precaución de no recibir traumatismos en la zona operada, analgésicos y aplicación del talco. El paciente a las 12 horas regresa a su domicilio con el siguiente esquema: vigilar sangramiento, analgésicos y aplicación de gentamicina en crema en la zona operada. A las 72 horas, el paciente puede ser bañado con agua y jabón, con la aplicación ulterior de la crema de gentamicina.

RESULTADOS Y DISCUSION

Como anteriormente se expuso, son variados los métodos con los que se cuentan para resolver el problema de la fímosis. Es necesario conocer a cabalidad el campo anatómico a intervenir, así como también el método quirúrgico para resolver con un mínimo de complicaciones la afección del paciente. Se intervienen 125 pacientes durante los años 1975, 1976 y 1977 distribuidos en 47 recién nacidos (0 a 28 días) que representaron el 37.6%; 71 lactantes (29 días a 29 meses) que constituyeron el 56.8%; 5 pre-escolares (30 meses a 6 años) que correspondió el 4.0% y 2 escolares (7 a 12 años) que representaron el 1.6% (Tabla I).

TABLA I
FIMOSECTOMIAS CON LA PINZA DE MOGEN
POR GRUPOS ETARIOS
HOSPITAL CHIQUINQUIRA
AÑOS 1975-1977

Grupos Etarios	Nº Casos	%
0-28 días	47	37.6
29 días - 29 meses	71	56.8
30 meses - 6 años	5	4.0
7 - 12 años	2	1.6
Total	125	100.0

Fuente: Archivo de Historias Médicas. Hospital Chiquinquirá. Maracaibo. Venezuela.

De los 125 casos intervenidos, el 100% de los mismos fueron controlados en forma ambulatoria, ya sea a nivel de los consultorios externos del Hospital Chiquinquirá o mediante visitas domiciliarias que se realizaron a un grupo de pacientes que no asistieron a los controles post-operatorios.

Se hace revisión de la frecuencia de la entidad nosológica a discutir, y se

observa que constituye una afección frecuente que carece en nuestros hospitales de un número suficiente de camas. Con el presente método se brinda en forma sencilla y con una baja morbilidad el tratamiento de la fimosis.

El material a utilizar, ya descrito es de fácil obtención; se utiliza la Pinza de Mogen, cuyo material es de acero inoxidable, perfeccionada por Harry Bronstein (27) y que se asemeja a las utilizadas en los años 1.300 de nuestra era; tiene como fundamento la aplicación de presión para producir hemostasia y el adosamiento de la piel y la mucosa para la obtención de una buena cicatrización.

El uso de anestesia general se limitó a 6 casos (Tabla II), lo que representó el 4.8%, distribuidos en 3 lactantes y 3 pre-escolares. En los niños recién nacidos que representaron el 37.6% no se utilizó ningún agente anestésico; en el resto de los casos que constituyeron el 57.6% se utilizó neurolepto-analgésia, además de anestesia local. El uso de los anestésicos generales, se reservó a aquellos casos en donde no hubo respuesta satisfactoria a la neurolepto-analgésia.

TABLA II
FIMOSECTOMIAS CON LA PINZA DE MOGEN
TIPO DE ANESTESIA Y GRUPOS ETARIOS
HOSPITAL CHIQUINQUIRA. MARACAIBO. AÑOS 1975-1977

Tipo Anestesia	Grupos Etarios									
	0-28 días		29 días-29 meses		30 meses-6 años		7-12 años		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ketamina	—	—	3	2.5	3	2.4	—	—	6	4.8
Neurolepto-analgésia + anestesia local	—	—	68	54.4	2	1.6	2	1.6	72	57.6
Ningún tipo	47	37.6	—	—	—	—	—	—	47	37.6
Total	47	37.6	71	56.8	5	4.0	2	1.6	125	100.0

Fuente: Archivos de Historias Médicas. Hospital Chiquinquirá. Maracaibo. Venezuela.

Con respecto al uso de los anestésicos generales, Schlosberg (27) quien cuenta con una experiencia de más 10.000 casos, afirma que no existen métodos para evaluar el dolor en un recién nacido y que éstos lloran por igual cuando se les aplica una inyección o cuando se le sostienen las piernas en la mesa de intervención, llanto que desaparece cuando se les despierta el reflejo de succión. Diferentes autores como Barrie (1), Calnan (4) y Schlosberg (27) han presentado casuísticas en donde no se utilizó anestesia general. Weiss (32) en su revisión anota que quienes practican la intervención sin anestesia general, están fundamentados en el hecho de que los

niños recién nacidos presentan un escaso desarrollo de la corteza cerebral y que aún cuando las fibras estén mielinizadas, los signos y los movimientos irritativos son más protectivos que volitivos.

De acuerdo a Paper (citado por Weiss, 32) sería más peligroso aplicar anestesia general a este grupo etario que continuar con la práctica presente, además de no existir estudios prospectivos de la personalidad y de las alteraciones que pudiesen ocurrir por la no utilización de los anestésicos, en adultos y niños circuncidados.

La técnica sencilla en su ejecución fué modificada en dos pasos que se pueden considerar de suma importancia. La técnica original utiliza un estilete de punta roma para la liberación de las adherencias balanoprepuciales. La utilización de un crile curvo en el presente trabajo, permitió mediante visión directa la buena liberación de las adherencias, punto importante anotado por Talarico (30) y Trier (31) en la prevención de las complicaciones cuando la liberación de las adherencias no alcanzan el surco balano-prepucial.

La maniobra ejecutada en el paso "e" (Fig. 5), tampoco descrita en la técnica original y que consiste en el alejamiento del prepucio del pubis y el giro del extremo del crile (50° aprox.) hacia la cara del cirujano, nos permite alejar el prepucio del glande en el momento de colocar la Pinza de Mogen y evitar las injurias que pudiesen ocurrir sobre aquel, además de marcar en forma virtual el sentido de la colocación de la pinza y el corte a realizar sobre la piel y la mucosa prepucial.

Comparado con el método del Plastibell, en el que es necesario esperar hasta un máximo de 12 días cuando se produce la caída del anillo plástico con la porción necrótica del prepucio, para ver el resultado (4, 14, 26), en este método, una vez terminado el acto quirúrgico observamos el resultado de la intervención.

El uso de los analgésicos en el post-operatorio sólo se limitó durante las primeras 24 horas a 14 pacientes de la serie que representaron el 11.2% (Tabla III); el grupo de los recién nacidos no ameritó ningún analgésico. En el grupo de los pre-escolares y escolares se presentaron molestias con el roce de la ropa y la zona operada.

Calnan (4) afirma que no ha visto curación a los 6 días en ningún método quirúrgico para resolver el problema de la fimosis como con el sistema del Plastibell; sin embargo la observación que se obtuvo en el presente trabajo fué que a las 72 horas se consideró buena curación lo que permitió el baño al niño con cuidados mínimos ulteriores.

TABLA III

**FIMOSECTOMIAS CON LA PINZA DE MOGEN
ANALGESIA POST-OPERATORIA Y GRUPOS ETARIOS
HOSPITAL CHIQUINQUIRA. MARACAIBO. AÑOS 1975-1977**

Analgesia	Grupos Etarios									
	0-28 días		29 días-29 meses		30 meses-6 años		7-12 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Con analgesia	—	—	7	5.6	5	4.0	2	1.6	14	11.2
Sin analgesia	47	37.6	64	51.2	—	—	—	—	111	88.8
Total	47	37.6	71	56.8	5	4.0	2	1.6	125	100.0

Fuente: Archivos de Historias Médicas. Hospital Chiquinquirá. Maracaibo. Venezuela.

Las complicaciones más frecuentes de las fimosectomías, independientemente del método son la hemorragia, la infección y las injurias sobre el glande o el pene (3, 18, 29) y se pueden considerar como bajas según los diferentes reportes. Así Mac Carthy (13) reporta un índice de 4.9%; Gee (8) un 2.01% y Patel (18) contradictoriamente a los reportes anteriores, encuentra un 83% de casos complicados. De los casos intervenidos en la presente serie, 3 casos presentaron complicación lo que representó un 2.4% (Tabla IV).

TABLA IV

**FIMOSECTOMIAS CON LA PINZA DE MOGEN
COMPLICACIONES Y GRUPOS ETARIOS
HOSPITAL CHIQUINQUIRA. MARACAIBO. AÑOS 1975-1977**

Complicación	Grupo Etario	N°	%
Hemorragia	0 - 28 días	1	0.8
Edema	0 - 28 días	1	0.8
Fimosis Post-circuncisión	29 días - 30 meses	1	0.8
Total	—	3	2.4

Fuente: Archivo de Historias Médicas. Hospital Chiquinquirá. Maracaibo. Venezuela.

La hemorragia es la complicación mas frecuente y es causada por una inadecuada hemostasia o por trastornos de la coagulación. En la literatura médica se recoge que un 2% de los casos de hemorragia ameritan tratamiento hospitalario (7). Shulman y Ben-Hur (29) encuentran en su estudio 1 caso de hemorragia por cada 800 niños intervenidos; Gee (8) encuentra una incidencia de 1.07% y define como sangramiento post-fimosectomía,

todos aquellos casos en los cuales el sangrado se presenta entre las 4 y las 72 horas después de la intervención y que ameritan tratamiento especial para la solución. Otros autores como Mac Carthy (13), Miller (16) y Patel (18) encuentran una incidencia de 1.5%, 0.33% y 35% respectivamente. En el presente trabajo se encontró un caso de hemorragia que representó el 0.8% (Tabla IV).

La infección constituye la segunda causa mas frecuente de complicación del acto de la fimosectomía, cuyos cuadros pueden ser leves, como la aparición de un eritema y secreción purulenta en la zona operatoria (8), hasta casos graves como septicemia, tétanos, absesos pulmonares, cuyo punto de partida fué una circuncisión infectada (8, 24, 29). Gee (8) en su revisión encuentra una incidencia del cuadro infeccioso de 0.4%, pero lo significativo de su estudio fue que la mayoría de los casos correspondió a los pacientes a los cuales se les practicó la fimosectomía con el sistema Plastibell, cuyo principio básico es el de la necrosis del prepucio redundante. Otros autores como Patel (18) reportan una incidencia del 8% y Mac Carthy (13) que observó la complicación el 2%. Los casos intervenidos en el presente trabajo no presentaron en ningún momento infección, presumiblemente por la aplicación rutinaria de la gentamicina en crema en la zona operatoria.

El tercer grupo de complicaciones, las injurias sobre el glande o el pene, es muy variado y puede ameritar manipulaciones especiales o reintervención para la cura de la complicación. La estenosis del meato, que según Campbell (citado por Schlosberg, 27) es más frecuente, se produce posterior a la ulceración, y se previene mediante el buen aseo de la zona operatoria y la aplicación de cremas o ungüentos que rechazan la humedad de la orina, factor irritante en la delicada piel del niño, cuya cicatrización conduce a la estenosis. Su tratamiento puede ser desde dilataciones hasta meatotomías. Patel afirma que la incidencia de la úlcera del meato es del orden del 31% (18) y el de la estenosis del 8%, además de anotar que existe una relación entre las dos patologías. No se presentó ningún caso de úlcera ni estenosis del meato en la casuística presente.

La fímosis post-circuncisión, otra complicación del tercer grupo, se presenta cuando la remoción del prepucio es incompleta, cuando persisten las adherencias de la mucosa prepucial, o cuando se vuelven a formar las adherencias produciéndose la cicatrización por delante del glande, no permitiendo la retracción del prepucio (22). Se diferencia del pene cubierto o "concealed penis" (30, 31) porque se produce en niños con panículo adiposo pubiano aumentado, que aunado a la retracción normal del pene, se sitúa en el panículo adiposo subpubiano. La fímosis post-circuncisión se presentó en un paciente de la presente serie (Fig. 12) y

se trató de un lactante que a las tres semanas de la intervención consultó por imposibilidad de retracción del prepucio.

El cuadro se resolvió mediante la reintervención, con sección del prepucio redundante y sutura con catgut crómico 000, con evolución satisfactoria, sin problemas estéticos o funcionales. Se comparte la opinión de Redman (22), quien afirma que la complicación se previene mediante una buena remoción del prepucio, previa eliminación de las adherencias y la ejecución de maniobras de retracción del prepucio durante el post-operatorio.

El edema post-operatorio puede ser leve y prosperar hasta causar el comprometimiento del retorno venoso; se presentó en un caso de la presente serie, mejorando espontáneamente a los siete días. Esta complicación puede prosperar hasta la necrosis del glande como se ha reportado con el uso del Plastibell, el cual puede resultar insuficiente en el tamaño, tal como lo afirma Rosefski (23), durante las primeras 24 horas después del nacimiento del niño; el edema normal post-parto aunado a la insuficiencia del diámetro del anillo plástico, son los factores primordiales de la complicación.

Otras complicaciones menos frecuentes (3, 13) son las laceraciones del glande, secciones parciales del glande, remoción exagerada de la piel, necrosis de glande y las fístulas uretrales; estas últimas causadas por la sutura inadecuada, cuando se presenta hemorragia a nivel del frenillo.

ABSTRACT

Phimosectomy with the Mogen Device. *Dorfman-Gemer S. (Servicio de Cirugía, Hospital Chiquinquirá, Maracaibo, Venezuela). Invest Clín 21(3): 183-197, 1980.*— Through out the articles that frequently appear in the Medical Literature we can see controversial opinions, specially when we talk about different topics such as: cancer and phimosectomy, rutinary indication of surgery and also the surgical method to be selected. One hundred and twenty-five children underwent surgery. All of them came from the outpatient clinic at the Chiquinquirá Hospital in Maracaibo, Venezuela. Ages ranged from birth to seven years old. For the phimosectomy the Mogen device was utilized. The children were followed up until complete and successful recovery. Ninety-five per cent of the patient were operated without general anesthesia. Fifty-seven per cent of the patient were operated on receiving parenteral sedation utilizing combination of Meperidine and Chlorpromazine and obtained a very good neurolepto-analgesia. In 37.6% of the patient which represent newborns babies, no medication at all was utilized at the pre-operative round. During the

post-operative period the patients stayed during twelve hours in the hospital; after that time the patients were discharged. The utilization of analgesic drugs in the post-operative period was limited to 11% of the cases twenty-four hours after surgery. The post-operative care was minimized and we found good recovery by the third post-operative day when bathing was indicated to the patients. Complications were present in three cases (2.4%). These complications were: 1) post-operative bleeding (one case), 2) edema (one case) and 3) phimosis post-circumcision (one case). The average complications in the present serie is among the rate of complications of the series reviewed in the literature and compared to some of these, our series are lower. No infection as a complication was found in this study.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- BARRIE H, HUNTINGFORD PJ, GOUGH MH: Plastibell technique for circumcision. *Brit Med J* 2: 273-275, 1965.
- 2- BURGER R, GUTHRIE TH: Why circumcision? *Pediatrics* 54: 362-364, 1974.
- 3- BYARS LT, TRIER WC: Some complications of circumcision and their surgical repair. *Arch Surg* 76: 477-482, 1958.
- 4- CALNAN J, COPENHAGEN H: Circumcision for the newborn. *Brit J Surg* 53: 427-429, 1966.
- 5- Committee on fetus and newborn: report of the Ad Hoc Task Force on circumcision. *Pediatrics* 56: 610-611, 1975.
- 6- ELLIOT RI: On the prevention of carcinoma of the cervix. *Lancet* 1: 231-235, 1964.
- 7- GAIRDNER D: The fate of the foreskin. *Brit Med J* 2: 1433-1437, 1949.
- 8- GEE WF, ANSELL JL: Neonatal circumcision, a ten-year overview. *Pediatrics* 58: 824-827, 1976.
- 9- HOLMLUND DE: Dorsal incision of the prepuce and skin closure with Dexon in patient with phimosis. *Scand J Urol Nephrol* 7: 97-99, 1973.
- 10- ISRAEL SL: Relative infrequency of cervical carcinoma in Jewish women; is the enigma solved?. *Obstet Gynec* 5: 358-360, 1955.
- 11- JOLLY H: Circumcision. *Practitioner* 192 :257, 1964.

- 12- KARIHER DH, SMITH TW: Immediate circumcision of the newborn. *Obstet Gynec* 7: 50-53, 1956.
- 13- MAC CARTHY D, DOUGLAS JW: Circumcision in a national sample of 4-year-old children. *Brit Med J* 2: 755-756, 1952.
- 14- MALO T, BANFORTE RJ: Hazards of plastic bell circumcision. *Obstet Gynec* 33: 869, 1969.
- 15- MELGES FJ: Newborn circumcision with a new disposable instrument. *Obstet Gynec* 39: 470-473, 1972.
- 16- MILLER RL, SNYDER DC: Immediate circumcision of the newborn male. *Amer J Obstet Gynec* 65: 1-11, 1953.
- 17- OSTER J: Further fate of the foreskin. *Arch Dis Child* 43: 200-203, 1968.
- 18- PATEL H: The problem of routine circumcision. *Canad Med Ass J* 95: 576-581, 1966.
- 19- PEREZ-ORIO JE, VOLPI JP, STEL A: Fímosis, su tratamiento quirúrgico. *Pren Med Argentina* 53: 1646-1650, 1966.
- 20- PLATA-RUEDA E: Circumcision rutinaria. *Med Moderno* 2: 19-21, 1977.
- 21- PRESTON N: Whither the foreskin?. *JAMA* 213: 1853-1858, 1970.
- 22- REDMAN JF, SCRIBER LJ, BISSADA NK: Post-circumcision phimosis and its management. *Clin Pediat* 14: 407-409, 1975.
- 23- ROSEFSKI JB: Glans necrosis as a complication of circumcision. *Pediatrics* 39: 774-776, 1967.
- 24- ROSENSTEIN JL: Woud diphtherias in the newborn infant following circumcision. *J Pediat* 18: 657-658, 1941.
- 25- ROSNER F: Circumcision. *NY J Med* 66: 2919-2922, 1966.
- 26- RUBENSTEIN MM, BASON WM: Complication of circumcision done with a plastic bell clamp. *Am J Dis Child* 116: 381-382, 1966.
- 27- SCHLOSBERG CH: Thirty years of ritual circumcision. *Clin Pediat* 10: 205-209, 1971.
- 28- SHELDON D: Circumcision clamp. *Amer J Obstet Gynec* 65: 675, 1953.