

Implantes protésicos testiculares en la infancia y la adolescencia: ¿son importantes?

Lic. Martha Carricart ¹, Dres. Gabriel Giannini ², Luis Benedicetti ³, Luis Pérez Billi ³, Guillermo Jones ⁴

1. Licenciada en Psicología.

2. Cirujano Pediátrico. Encargado del Servicio de Cirugía Pediátrica del Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas del Banco de Previsión Social.

3. Cirujano Pediátrico.

4. Médico.

Servicio de Cirugía Pediátrica del Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas del Banco de Previsión Social

Fecha recibido: 6 de julio de 2006

Fecha aprobado: 2 de octubre de 2007.

Resumen

Comunicamos la experiencia de nuestro equipo interdisciplinario en la asistencia de 85 pacientes con implantes protésicos testiculares (IPT) y sus familias, desde diciembre de 1985 a diciembre de 2005. Se realiza un análisis principalmente dinámico-cualitativo de los procesos.

Nuestro propósito es demostrar la importancia de la tarea de prevención de los diferentes impactos de la enfermedad.

La edad media de nuestra población fue de 6,3 años, con una mediana de 5,8 años, el rango etario va de 1,7 años a los 14 años, realizándose un seguimiento desde los 0 años a 20 años con un promedio de 7,6 años y una mediana de 7 años.

Se describen estrategias del equipo que desarrollan una asistencia temprana e integral (multidisciplinaria) en el tratamiento con IPT. Éstas posibilitan mitigar en el desarrollo del paciente la presencia de dificultades, principalmente a nivel del esquema corporal, la autoestima, el desarrollo de la sexualidad y la inserción social. De esta manera se promueve una mejor calidad de vida para el niño y su grupo familiar.

La evaluación de la experiencia realizada ha sido satisfactoria y se observó en los pacientes, en general, un alto nivel de satisfacción en relación al tratamiento, por lo que recomendamos el empleo de los IPT.

Palabras clave:

TESTÍCULO–cirugía

PRÓTESIS E IMPLANTES–psicología

IMAGEN CORPORAL

Summary

An interdisciplinary team-work experience in the assistance of 85 patients with silicone testicular prosthesis (STP) as well as the families' guidance from December 1985 until December 2005 is presented.

Our purpose is to demonstrate the importance of prevention in the different aspects of this pathology.

The age average was 6,3 years old, with a media of 5,8. The ages ranged between 1,7 to 14 years old. Frequent checkups were carried out since newborns until the age of 20, with an average age of 7,6 years and a media of 7. The team's strategies used for an early assistance are described. They help prevent the difficulties these patients suffer specially related to their physical appearance, self-respect, sexual behaviour and social acceptance. As a result a good life quality of the whole family group was successfully promoted.

The working experience was satisfactory and most of the patients showed a high approval degree in regards to the treatment. Therefore we strongly recommend the use of the STP.

Key words:

TESTIS–surgery

PROSTHESIS AND IMPLANTS–psychology

BODY IMAGE

Introducción

Comunicamos la experiencia de nuestro equipo interdisciplinario en la asistencia de 85 pacientes con implantes protésicos testiculares (IPT) y sus familias, desde diciembre de 1985 a diciembre de 2005. Se realiza un análisis principalmente dinámico-

cualitativo de los procesos.

Nuestro propósito es demostrar la importancia de la tarea de prevención de los diferentes impactos de la enfermedad.

Un niño que ha sufrido la pérdida de uno o ambos testículos, por diferentes causas, provoca un impacto afectivo en la familia. Por el compromiso orgánico que representa, se comprometen también los aspectos psicosociales del paciente ⁽¹⁾.

Se torna imprescindible abordar, desde las primeras etapas, dichos impactos en el entorno familiar, en los diferentes vínculos y en el desarrollo del niño. Se debe efectuar el tratamiento temprano correspondiente, que posibilite mitigar la aparición de complicaciones. Entre ellas las vinculadas al esquema corporal, a la autoestima, al desarrollo de la sexualidad y la inserción social. Es decir, asistir desde un nivel preventivo ⁽²⁻⁶⁾.

En los últimos años las diferentes disciplinas han comenzado a integrar en su enfoque el trabajo en prevención. Este grupo de pacientes que consideramos, son abordados desde los niveles de prevención secundaria y terciaria respectivamente. La primera alude a retornar al estado de salud perdida. Se incluyen tratamientos específicos, dirigidos a la recuperación o rehabilitación. Se presta especial atención al nivel terciario, etapa en la que la enfermedad se ha instalado en un grado sostenido. La acción es más enérgica para que el paciente no agrave su estado y pueda mantener cierta organización psicósomática estable, a pesar de su afección. Se aspira a que el paciente acepte sus limitaciones, visualice sus posibilidades y genere un nivel elaborativo para no comprometer otras áreas de su vida ⁽⁷⁾.

El presente trabajo es la primera comunicación nacional sobre este tema.

Material y método

El equipo asistencial está integrado por: cirujanos pediátricos, psicóloga, asistente social y auxiliar de enfermería.

A su vez, el equipo trabaja en interconsulta con otros técnicos: pediatra, endocrinólogo y neuropediatra.

Desde el mes de diciembre de 1985 hasta diciembre de 2005 se han asistido 85 pacientes con IPT y sus familias, cuyas edades al inicio del tratamiento oscilaban entre 1,7 y 14 años. La edad media de nuestra población es de 6,3 años con una mediana de 5,8 años.

Se colocaron 48 implantes testiculares a izquierda (56,4%), 35 a derecha (41,1%) y dos bilaterales (2,3%).

El 8,2 % (7/85) de nuestros pacientes presentaron alguna malformación congénita asociada: tres urológicas (42%), dos (28,5%) malformaciones anorrectales, una (14%) malformación cardiovascular, una (14%) encefalopatía crónica. El 3,5% (3/85) de nuestra serie presentaron antecedentes familiares (padres o hermanos) de criptorquidia.

En todos los pacientes se ha completado la terapéutica quirúrgica y se ha efectuado un seguimiento promedio de 7,6 años, con una mediana de seguimiento de 7 años, en un rango que va desde 0 a 20 años. Los controles del equipo son bianuales el primer año y luego una vez al año.

El equipo decide en forma conjunta con el paciente y la familia el momento adecuado para la colocación del implante, procurando una participación activa de los mismos en el proceso.

Se les ha efectuado a los pacientes la psicoprofilaxis quirúrgica correspondiente, considerándola un instrumento técnico preventivo de importancia.

En cuanto al tamaño utilizado generalmente consiste en una prótesis de 12 cm³ de volumen, con un diámetro transversal de 2,6 cm y uno longitudinal de 3,4 cm.

El implante testicular que se ha utilizado en todos los pacientes son de marca registrada Silimed de origen Brasil. Las mismas tienen una envoltura de elastómero de silicona químicamente estable y mecánicamente resistente, delgada y blanda, que contiene un volumen definido de gel de silicona en su interior.

Para la membrana se utiliza como elastómero básico una composición de vinildimetil-polidimetil-siloxano y politrifluoropropil-metil-dimetilsiloxano, ambos con carga de sílice puro amorfo y micro pulverizado, catalizado por un compuesto de platino.

El llenado con gel se realiza con una mezcla de dos componentes, base y crossinker, formando una matriz de gel (dimetil-metil-hidrógeno-polisiloxano con dimetil-polisiloxano).

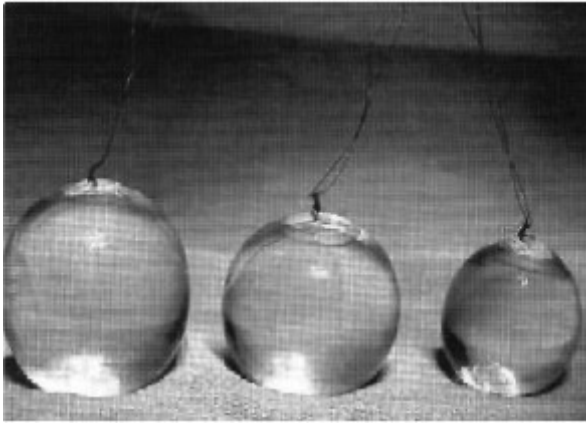


Figura 1. Diferentes tamaños de implantes.

Estos implantes están sujetos a un control de calidad en concordancia con las normas internacionales ISO-9000.

El abordaje se realiza mediante una incisión transversa sobre el canal inguinal, para labrar mediante disección roma un trayecto hasta el fondo del escroto. Se fija la prótesis al mismo, mediante sutura reabsorbible. Se cierra el sector proximal del escroto, con sutura en tabaquera reabsorbible para impedir el desplazamiento ascendente de la prótesis. Los pacientes son controlados en consulta ambulatoria, evaluándose topografía, consistencia, grado de adherencia a los planos de cubierta, tamaño y estado de la piel del escroto.

Enfatizaremos algunos aspectos de la estrategia asistencial del equipo.

Co-consulta médico-psicológica

Es la instancia en la cual estas dos disciplinas realizan en forma conjunta y coordinada la asistencia del paciente. En nuestro caso, la co-consulta básica está compuesta por el cirujano pediátrico y la psicóloga. En ésta, el niño se integra activamente desde un inicio a su tratamiento, ya que se le posibilita experimentar las características y el tamaño de la prótesis a emplear.

En los casos que lo requieren, se organizan otras formas de co-consulta y se trabaja junto a la asistente social.

Psicoprofilaxis quirúrgica

Los niños que deben ser operados por esta afección y sus familias presentan un alto nivel de ansiedad y estrés preoperatorio. Esta técnica procura mejores condiciones psíquicas y emocionales en los padres y en el paciente para afrontar el impacto de la cirugía. Apunta a lograr una participación activa de los mismos en el proceso y un fortalecimiento del vínculo del médico con el niño y la familia.

Desde el punto de vista psicológico, a través principalmente de entrevistas y de la aplicación de psicotécnicos proyectivos gráficos, se visualizó el nivel de satisfacción en relación a la colocación del implante y de adherencia al tratamiento. Se enfatizó en la evaluación de los siguientes aspectos: esquema corporal y autoestima, aprendizaje escolar e identidad sexual y su desarrollo.

Dado que nuestra evaluación es básicamente cualitativa no se empleó metodología estadística.

Resultados

Las principales causas que llevaron a la colocación del implante fueron: hallazgo de testículo atrófico 47% (40/85), atrofia iatrogénica 28,2% (24/85), torsión de cordón espermático postnatal 10,5% (9/85), agenesia testicular 8,2% (7/85), grosera malformación testicular 4,7% (4/85), pérdida de gónada secundaria a hernia inguinal estrangulada 1,1% (1/85).

Los resultados han sido favorables en 95,3% de nuestros pacientes, con un postoperatorio sin incidentes y excelente evolución ulterior. Es de destacar que el paciente en el postoperatorio inmediato ya es capaz de observar el resultado cosmético logrado por la colocación del implante. Es una cirugía en la cual no hay que esperar ningún lapso para detectar los resultados positivos por parte del paciente.

Las complicaciones se presentaron en 4,7 % (4/85) de nuestra serie:

- Un flemón escrotal cuyo tratamiento implicó el retiro de la prótesis.
- Una extrusión protésica a través de una escrototomía previa.
- Un desplazamiento del implante: la prótesis se ubicó en sentido transversal en la raíz escrotal, con resultado estético desfavorable.
- Una retracción capsular con prótesis encapsulada, dura, en raíz escrotal.

Los pacientes que presentaron estas complicaciones tenían, en todos los casos, escrototomías previas y los implantes fueron posteriormente recolocados con éxito.

En relación a los aspectos psicológicos evaluados, se obtuvieron los siguientes datos:

El fortalecimiento del esquema corporal y la autoestima se constató en 82 pacientes (96,4%). Se potenció el aprendizaje escolar y curricular en general en 56 pacientes (65,8%). El fortalecimiento de la identidad, principalmente de la sexual, se observó en 50 pacientes (58,8%). Y 27 pacientes (31,7%) comunicaron no haber tenido dificultades en la iniciación sexual y tampoco, hasta el momento, con respecto a la actividad sexual.

Con respecto a este último punto transcribimos frases de pacientes que dan cuenta de las vivencias desde el punto de vista sexual. Consideramos dichas frases signos del proceso y desde el modelo teórico con el que trabajamos, estas frases-signos son llamados emergentes:

“Fue bueno que mis padres se decidieran por la prótesis. Yo era chico. Mi iniciación sexual fue buena”

“Tenía miedo de no poder, de no rendir en la relación sexual. Al final no tuve problemas”.

“Tengo la sensibilidad del escroto conservada. Lo experimenté durante la relación sexual”.

“Tengo un hijo de nueve meses”.

A través del empleo de producciones gráficas, principalmente, hacemos las siguientes observaciones.

La figura 2 presenta la producción gráfica de un paciente en edad escolar, realizada durante el proceso de psicoprofilaxis, quince días antes de ser intervenido para la colocación del implante. Se destaca una figura humana pequeña y desproporcionada, principalmente en relación a la figura del sol. Este sol, entre otros aspectos y particularmente en este caso, por su forma central, nos sugiere la temática de la prótesis. Este niño, por un lado, se manifestaba inhibido y con cierto nivel de ansiedad para afrontar la situación quirúrgica. Y por otro presentaba una desvalorización de su autoestima por la pérdida testicular, esto se potenciaba cuando se comparaba con sus pares. A su vez aparecían a nivel familiar innumerables inquietudes en relación con la cirugía y al IPT, esto se ve representado por la figura de la casa, que aparece también con dimensiones considerables.



Figura 2. Producción gráfica de un paciente realizada quince días antes de ser intervenido.

La figura 3 nos muestra un dibujo del mismo paciente efectuado un mes después de ser intervenido. Se observa una figura humana positivamente más grande que la de la producción anterior. Esto nos remite al fortalecimiento del esquema corporal y la autoestima que experimentó el niño.



Figura 3. Dibujo del mismo paciente efectuado un mes después de ser intervenido.

A través de entrevistas se constató que dicho paciente también presentaba una notable mejoría a nivel de su actividad escolar y lúdica.

Comentarios

Es necesario elegir adecuadamente la edad y el momento de la cirugía. Esta selección es un punto capital a considerar. Respecto a esto, el equipo recomienda realizar la cirugía al inicio de la edad escolar, aproximadamente a los 6 años, edad en la que para el niño es muy importante el proceso de identificación sexual, entre otros aspectos. Y desde el punto de vista anatómico, presenta un escroto con buena capacidad para la colocación de una prótesis de tamaño mediano. Sin embargo, según las circunstancias, el implante puede ser colocado a cualquier edad. En relación al tamaño del implante, si a un niño en edad preescolar se le implanta una prótesis de adulto, el resultado es no sólo grotesco si no difícil de realizar por el tamaño limitado del escroto. Si se elige una prótesis pequeña, inevitablemente habrá que someterlo a una segunda operación en la etapa puberal. Por lo tanto, nuestra postura es implantar prótesis de tamaño mediano.

Hemos elegido para fijar las prótesis una sutura reabsorbible ⁽⁸⁾.

No está bien establecida la durabilidad de la prótesis testicular, se habla de un período mínimo de seguridad mayor de 10 años. La ruptura inexplicable del implante ocurre en menos de un 1%. El control anual es, por tanto, adecuado en este tipo de pacientes ⁽⁹⁾.

En nuestra serie, sólo un paciente solicitó cambiar la prótesis a los 20 años. Esto fue realizado por el equipo con un buen resultado cosmético, utilizando un implante de 21 cm³ de volumen.

La importancia de la instancia de co-consulta médico-psicológica es que posibilita, a partir de las primeras entrevistas de la familia y el paciente con el equipo, efectuar:

- a) **Diagnóstico de situación.** Se realiza una evaluación primaria del impacto afectivo por la pérdida testicular, de las ansiedades e interrogantes en torno al tratamiento de IPT y de los aspectos sociales que puedan afectar la continuidad de la terapéutica ⁽¹⁰⁾.
- b) **Manejo clínico de la información.** Se refiere al manejo, por parte del equipo, de la información sobre la patología y su tratamiento, que se trabaja con el paciente y su grupo familiar. Las palabras usadas en esta información serán recordadas muy vívidamente por los mismos. Es importante tener en cuenta, tanto el tipo de vocabulario como el tono afectivo en el momento que se brinda ^(11,12).

En el caso de los IPT, la información asume un rol fundamental, en el sentido que permite desculpabilizar a los padres de la afección de su hijo y contribuye a la elaboración de la situación de duelo por la pérdida testicular.

En estos pacientes, al momento de afrontar la cirugía, es frecuente que se reactúen temores y vivencias vinculadas a anteriores internaciones y/o cirugías del paciente o de familiares ⁽¹³⁾. El mayor grado de indefensión psicológica en el niño determina su poca tolerancia a la frustración y menor capacidad para enfrentar los diferentes aspectos de intervención quirúrgica. A su vez, debe prepararse para la molestia física presente en toda intervención.

De esta manera, se debe insistir en la importancia de una adecuada preparación psicológica del paciente y su grupo familiar para el acto quirúrgico, como lo ha demostrado nuestra experiencia a lo largo de los años. Esto, a su vez, está avalado por la extensa bibliografía consultada ⁽¹⁴⁻²²⁾.

Desde el punto de vista dinámico, al inicio del tratamiento se constataron en los pacientes temores vinculados a la integridad del esquema corporal y la autoestima. Los siguientes emergentes dan cuenta de esto:

“Tengo vergüenza de tener uno solo”.

“¿Se me va a notar mucho?”

“No quiero ir al club a jugar al fútbol. Quiero quedarme en mi casa”.

A nivel de los padres se observó el impacto que esta afección produce, los mitos y temores vinculados a la posible homosexualidad y/o infertilidad de sus hijos, que se demuestran por:

“Se me hizo un nudo en la garganta”.

“Viví una crisis de nervios”.

“Fue un impacto porque no sabíamos si podía engendrar hijos”.

“¿Podrá ser homosexual?”.

“¿Tendrá problemas para tener hijos?”.

”Quiero saber si va a ser ‘machito’”.

“Teníamos miedo que al otro testículo le pasara algo”.

A través del tratamiento se visualizó la movilización a nivel familiar y del paciente de modelos sociales relacionados a las temáticas de género y de ser hombre. Se observó una mayor dificultad de aceptación de esta afección en las figuras familiares masculinas.

Se constató, a través de los diferentes controles médicos y psicológicos postratamiento, que los padres y los pacientes en algunas oportunidades solicitaban continuar trabajando ciertos aspectos informativos y/o afectivos vinculados a la afección. Esto ocurría, la mayoría de las veces, cuando el niño transitaba de una etapa del desarrollo a otra. Lo dicho traduce, por un lado, la importancia del seguimiento a largo plazo, porque permite tener una visión real de la evolución del paciente. Y por otro, que el proceso de duelo por la pérdida testicular y la aceptación de la colocación del implante requieren un período prolongado de elaboración.

Se destaca el importante sentimiento de reparación y el alto nivel de satisfacción que los pacientes comunicaron al equipo, en relación a la colocación del implante y al tratamiento en general ⁽²³⁾.

Si un equipo delimita como objetivo la asistencia de niños con ausencia de uno o ambos testículos, se debe tener en cuenta que éstos continuarán con su desarrollo general. Por lo tanto es importante, entre otros aspectos, el conocimiento de las diferentes etapas del desarrollo psicológico que el paciente va a transitar.

A continuación se mencionan los principales aspectos experimentados por el niño en la primera y segunda infancia, a saber: comienzo de la adquisición del esquema corporal, la autoestima y la imagen de sí mismo ⁽²⁴⁾; desarrollo de la investigación sexual y la sexualidad infantil en general ^(25,26); identificación con sus pares, con figuras masculinas en general y aprendizaje escolar ⁽²⁷⁾.

En relación a la adolescencia, se destacan los siguientes aspectos: procesos de adquisición de la identidad ⁽²⁸⁾ y de la sexualidad que continúan ^(29,30); internalización de modelos familiares y sociales relacionados a la sexualidad, el embarazo, la temática de género y experimentación de mitos sociales vinculados a las relaciones sexuales, como ser, la “iniciación” y el “rendimiento”.

Conclusiones

En base a lo expuesto, y a la experiencia acumulada por el equipo en estos 20 años, destacamos la importancia de la colocación de los IPT en la infancia y la adolescencia, lo cual ha demostrado en los pacientes un fortalecimiento del esquema corporal, de la autoestima, del aprendizaje curricular y de la identidad sexual. Todo esto redundará en una mejor calidad de vida para el paciente y su entorno familiar. Recomendamos realizar la cirugía en la edad escolar, aproximadamente a los 6 años, edad en la que el proceso de identificación sexual para el niño es muy importante. Desde el punto de vista anatómico presenta un escroto con buena capacidad para la colocación de una prótesis del tamaño mediano.

Concluimos además que la psicoprofilaxis quirúrgica juega un papel primordial en el tratamiento de los pacientes y su grupo familiar para afrontar el impacto de la cirugía.

Consideramos que la co-consulta médico- psicólogo es un instrumento asistencial que permite la asistencia del paciente en forma conjunta y coordinada.

El seguimiento a largo plazo nos ha permitido la adecuada evaluación de los diferentes emergentes psicosociales en la evolución, información que no podría ser obtenida en un corto plazo.

Merece destacarse, como último comentario, que en determinado momento surgieron controversias, como lo muestra la literatura consultada, en cuanto a la relación de los IPT y la producción de enfermedades autoinmunes. Debemos decir que existen trabajos científicos en pro y en contra en cuanto a la relación mencionada, no existiendo en el momento actual un número de casos significativos que avalen una vinculación directa entre la colocación de implantes y la aparición de afecciones autoinmunes ^(8,31-33).

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. B. Amoza por ser quien visualizó la importancia de la creación del equipo de IPT, y al Dr. D. Lattaro por estimular y apoyar la tarea del mismo.

Referencias bibliográficas

1. **Prentiss RJ, Boatwright DC, Pennington RD, Hohn WF, Schwartz MH.** Testicular prosthesis: materials, methods and result J Urol 1963; 90: 208-10.
2. **Fleta Zaragoza J, Fons Estupiñá C, López López JA, Valdivia Uría JG.** Implante de prótesis testiculares en la infancia y la adolescencia. An Pediatr Barc 2005; 62: 479-88.
3. **Toledo Cancino L, Elwanger Grollmus R, Velarde Gaggero J, Zamora Álvarez G, Ceballos G.** Prótesis testiculares de acrílico. Bol Hosp Viña del Mar 1992; 48: 83-7.
4. **Ruiz de Montes de Oca R, Peña Rodríguez A.** Repercusiones psicológicas de la ausencia testicular y el uso de prótesis. Acta Pediatr Méx 1985; 6: 173-6.
5. **Money J, Sollod R.** Body image, plastic surgery (prosthetic testes) and Kallmann's syndrome. Br J Med Psychol 1978; 51: 91-4.
6. **Bleger J.** El psicólogo clínico y la higiene mental. En: Psicohigiene y Psicología Institucional. 4 ed. Buenos Aires: Paidós, 1984: 25-42.
7. **Rinaldi G.** Prevención psicosomática del paciente quirúrgico. Buenos Aires: Paidós, 2001.
8. **Turek PJ, Master VA; The Testicular Prosthesis Study Group.** Safety and effectiveness of a new saline filled testicular prosthesis. J Urol 2004; 172: 1427-30.
9. **Hage JJ, Taets Van Amerongen AH, Van Diest PJ.** Rupture of silicone gel filled testicular prosthesis: causes, diagnostic modalities and treatment of a rare event. J Urol 1999; 161: 467-71.
10. **Carricart M, Pérez Billi L, Benedicetti L, Jones G, Garcén J, Pastorino I.** Malformaciones anorrectales : estrategias psicoprofilácticas en la asistencia integral temprana. Arch Pediatr Urug 1999; 70: 11-6.
11. **Carricart M, Amoza B, Lattaro D, Pérez Billi L, Benedicetti L, Falco E.** La relación técnico-paciente: rol de la información. Arch Pediatr Urug 1994: 65: 21-5.
12. **Chapple A, McPherson A.** The decision to have a prosthesis: a qualitative study of men with testicular cancer. Psychooncology 2004; 13: 654-64.
13. **Baraibar R.** Preparación psicoprofiláctica para la cirugía: una estrategia focalizada en prevención en salud. In: Defey D, Elizalde JH, Rivera J, comp. Psicoterapia focal. Montevideo: Roca Viva, 1995: 219-32.
14. **Giacomantone E, Mejía A.** Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. Buenos Aires: Paidós, 1997.
15. **Carricart M, Pérez Billi L.** La psicoprofilaxis en el ámbito quirúrgico pediátrico. In: Valoria JM, comp. Cirugía Pediátrica. Madrid: Díaz de Santos, 1994: 25-9.

16. **Simkis RC.** Las vivencias psicológicas en el niño quirúrgico. *Psicoanálisis Hoy* 1985; 2: 59-67.
17. **Medici de Steiner C.** Psicoprofilaxis quirúrgica en niños: aspectos teóricos. Procedente de 2as. Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental; 1988 jun 18-19; Montevideo, Uruguay.
18. **Vázquez G, Marcovich C.** Psicoprofilaxis quirúrgica con niños: dialogando con el cirujano. *Rev Cir Infantil* 1994; 4: 135.
19. **Vázquez G, Marcovich C.** El niño y la cirugía: el dibujo de la casa como símbolo del cuerpo. *Rev Cir Infantil* 1996; 6: 151-2.
20. **Glasserman MR, Sluzki CE.** Psicoprofilaxis quirúrgica: una investigación de su efectividad. *Acta Psiquiatr Am Lat* 1969; 15: 261-4.
21. **Golberg DB, Rinaldi G.** Psicoprofilaxis quirúrgica en cirugía del niño. *Rev Psicoanálisis (APA)* 1973; 30: 957-75.
22. **Rodríguez M, Dearmas A, Sauto S, Techera S, Perillo, Suárez A, et al.** Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica. Primera experiencia nacional. *Arch Pediatr Urug* 2005; 76: 27-37.
23. **Lynch MJ, Pryor JP.** Testicular prostheses: The patient's perception. *Br J Urol* 1992; 70: 420-2.
24. **Dolto F.** La imagen inconsciente del cuerpo. 3ª ed. Buenos Aires: Paidós, 1994.
25. **Rosenbluth D.** Su hijo de 3 años. 3ª ed. Barcelona: Paidós, 1989.
26. **Osborne EL.** Su hijo de 4 años. 2ª ed. Barcelona: Paidós, 1985.
27. **Dare C.** Su hijo de 6 años. 2ª ed. Barcelona: Paidós, 1988.
28. **Bradley J, Dubinsky H.** En busca de una identidad nueva. In: Bradley J, Dubinsky H. *Comprendiendo a tu hijo de 15-17 años.* Barcelona: Paidós, 1998: 17-20
29. **Bradley J, Dubinsky H.** Sexualidad. In: Bradley J, Dubinsky H. *Comprendiendo a tu hijo de 15-17.* Barcelona: Paidós, 1998: 71-84.
30. **Harris M.** Nuestro hijo y el sexo. In: Harris M. *Su hijo de 12 a 14 años.* 2ª ed. Barcelona: Paidós, 1989: 87-104
31. **Henderson J, Culkin D, Mata J, Wilson M, Venable D.** Analysis of immunological alterations associated with testicular prostheses. *J Urol* 1995; 154: 1748.
32. **Pidutti R, Morales A.** Silicone gel-filled testicular prosthesis and systemic disease. *J Urol* 1993; 42: 155.
33. **Jacobs JC, Hensle TW, Imundo LF, D'Agati V, Chander P.** Do silicone testicular implants increase the risk of systemic lupus erythematosus (SLE) in children? (2) Micro-vascular immune complexes may be demonstrated in the fibromuscular tissue around silicone implants. *Pediatr Res* 1996; 39 (Suppl 2): 393.

Correspondencia: Lic. Martha Carricart
Calle Panamá M 166, S 5. El Pinar, Uruguay.
Correo electrónico: mcarricart@hotmail.com