

## Circuncisión infantil: revisión de la evidencia

*Sr. Editor:*

El motivo de esta carta es aportar algunos comentarios en referencia al artículo "Circuncisión infantil: revisión de la evidencia", publicado en *ANALES DE PEDIATRÍA* (2003; 59: 448-453)<sup>1</sup>, que resume la historia de la circuncisión infantil y los orígenes de sus motivos religiosos y culturales. El artículo propone asimismo una revisión de un tema tan controvertido como son las evidencias científicas sobre los posibles beneficios médicos de esa intervención.

Aunque aporta una extensa bibliografía, algunos datos de tan resumidos resultan inexactos. En las conclusiones se citan las organizaciones médicas anglosajonas y sus guías de práctica clínica para aparentemente hablar a favor de la circuncisión. Es importante señalar que ninguna de ellas recomienda la circuncisión neonatal, que es un acto ritual o supuestamente profiláctico, pero en ningún caso terapéutico<sup>2-4</sup>. De hecho, para las asociaciones médicas australianas, los esteroides tópicos son el tratamiento recomendado cuando el niño desarrolla una fimosis<sup>2</sup>. Así mismo, aunque el artículo no cita asociaciones europeas, la European Association of Urology<sup>5</sup> tampoco recomienda la circuncisión neonatal y ofrece el tratamiento tópico como alternativa a la cirugía. Estrictamente hablando, la circuncisión no permite prevenir las infecciones del tracto urinario (ITU) como se expone en las conclusiones del artículo de Puig-Sola et al<sup>1</sup>, sino reducir su incidencia el primer año de vida. El estudio de To et al<sup>6</sup>, considerado un referente desde su publicación en *Lancet*, demostró que el riesgo relativo de presentar una ITU con ingreso el primer año de vida es sólo 3,7 veces superior en los niños no circuncidados y, por tanto, se requerirían 195 circuncisiones neonatales para prevenir una ITU con ingreso<sup>6</sup>. Por otro lado, la circuncisión no protege a los varones de la adquisición de las enfermedades de transmisión sexual; serán los patrones personales de comportamiento sexual los que determinarán si serán contraídas<sup>4</sup>. Algo similar sucede con el cáncer de pene, que tiene igual incidencia en Estados Unidos que en Noruega (donde raramente se lleva a cabo la circuncisión), y parece estar más vinculado a hábitos de higiene y conducta sexual<sup>4,7</sup>.

Otro dato relevante que se minimiza en el artículo de Puig-Sola et al son las complicaciones, de los que la circuncisión no está exenta. Tras una circuncisión entre el 2,8 y el 11% de los niños presentarán una estenosis de meato por meatitis, hasta al 6% puede sangrar y hasta el 14% presentar complicaciones anestésicas<sup>8-11</sup>. Así pues, la incidencia de complicaciones de la circuncisión no sólo se aproxima sino que incluso excede el posible beneficio si se reconoce que la incidencia total de ITU en lactantes varones es del 1 al 2%<sup>4</sup>. Finalmente, el artículo no presenta una evaluación de los costes del tratamiento de la fimosis. Éstos incluyen además de intervención y anestesia, la estancia hospitalaria, el absentismo laboral (materno o paterno) y la tasa de reoperaciones. Van Howe recogió en un elegante estudio las diferencias de las tres opciones terapéuticas (corticoides tópicos, prepucioplastia o circuncisión) concluyendo que el tratamiento tópico es el más coste efectivo<sup>12</sup>.

Por todo ello, de la revisión de Puig-Sola et al<sup>1</sup> sorprende, en especial, la escasa y sesgada referencia que se hace al uso de corticoides: "En los últimos años se ha extendido el uso tópico

TABLA 1. Publicaciones de más de 50 casos de fimosis tratadas con corticoides tópicos

Autor	Referencia	Año	Número de pacientes	Número de respondedores	Porcentaje respuesta
Jorgensen, et al	Acta Derm Venereol	1993	54	38	70
Kikiros, et al	Pediatr Surg Int	1994	63	51	81
Wright	Aust NZ J Surg	1994	111	89	80
Chu, et al	J Urol	1999	276	262	94
Pless, et al	Ugeskr Laeger	1999	91	69	76
Orsola, et al	Urology	2000	137	124	90
Lund, et al	Scand J Urol Nephrol	2000	66	49	74
Kleyer, et al	Ugeskr Laeger	2001	55	45	81
Ng WT, et al	ANZ J Surg	2001	83	70	84
Ter Meulen, et al	Eur Urol	2001	91	67	74
Lee, et al	Nippon Hinyokika Gakki Zasshi	2001	69	59	85
Webster, et al	Can J Urol	2002	69	50	72
Iken, et al	Prog Urol	2002	108	88	81
Ashfield, et al	J Urol	2003	194	152	78
<b>Total</b>			<b>1.467</b>	<b>1.213</b>	<b>82</b>

de corticoides como tratamiento alternativo a la circuncisión. Éstos sólo facilitan el descenso de la piel en las adherencias balanoprepuciales ligeras y no son útiles en las verdaderas fimosis. Además existe la posibilidad de provocar lesiones cutáneas atróficas y efectos sistémicos si su uso es continuado". Ninguna de estas afirmaciones está sustentada en evidencias científicas ni citas bibliográficas. Desde 1993<sup>13</sup>, más de 23 publicaciones avalan la eficacia de este tratamiento y más de 1.600 niños han sido tratados con resultados favorables en el 65-95%<sup>13</sup>. En la primera serie española<sup>14</sup> mostramos la eficacia del tratamiento en 124 de 137 pacientes (90%) y en los dos tipos de fimosis descritos por Dewan (fisiológica y verdadera)<sup>15</sup>, así como la relación de las recidivas con la falta de cumplimiento de la retracción prepucial diaria. Ninguna serie de más de 50 casos (tabla 1), reportó atrofia cutánea ni efectos sistémicos y Golubovitz et al<sup>16</sup> demostraron que no se modifica significativamente el cortisol sérico<sup>16</sup>. Finalmente, no hemos hallado estudios que demuestren que los corticoides actúan sobre las adherencias, sino que se ha sugerido que restablecen la síntesis de colágeno por los fibroblastos en el anillo prepucial fimótico<sup>14</sup>.

Si la circuncisión neonatal no está recomendada por ninguna asociación médica, los costes y riesgos exceden los beneficios en el caso de las ITU y las indicaciones se restringen a las fimosis verdaderas y a la balanitis xerótica *obliterans*; existiendo disponible un tratamiento conservador y tópico parece lógico pensar que ésa deba ser la propuesta de entrada para el manejo de los prepucios no retraíbles (sean de causa fisiológica o secundario a una fimosis verdadera). Aunque en las normas editoriales de ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA no queda claro si los "Artículos especiales" reflejan la posición de la Asociación Española de Pediatría (AEP) tal vez ésta sea una buena ocasión para abrir un debate respecto a la circuncisión infantil y que la AEP, al margen de motivaciones rituales o religiosas, establezca unas recomendaciones para el cuidado del prepucio en la infancia.

Quisiera terminar con una importante reflexión de Lindhagen: "en el contexto de los datos epidemiológicos que muestran la resolución espontánea de la fimosis en la mayoría de los casos, [...], el argumento de que la circuncisión es un procedimiento

quirúrgico menor y sin complicaciones es no sólo erróneo sino irrelevante. Es éticamente así como económicamente cuestionable operar a un niño para tratar un proceso fisiológico"<sup>17</sup>.

#### A. Orsola

Urología Pediátrica. Instituto Médico Tecnológico.  
Clínica Nuestra Señora del Remei. Barcelona. España.

Correspondencia: Dra. A. Orsola.

Instituto Médico Tecnológico.  
Clínica Nuestra Señora del Remei.  
Pº d'Amunt, 14. 08024 Barcelona. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Puig-Sola C, García-Algar O, Vall Combelles O. Circuncisión infantil: revisión de la evidencia. *An Pediatr (Barc)* 2003;59:448-53.
2. Australasian Association of Paediatric Surgeons. Guidelines for Circumcision. Hersion, Queensland, Australia: Australasian Association of Paediatric Surgeons; April 1996. (Disponible en: <http://www.cirp.org/library/statements/aaps/>).
3. American Academy of Pediatrics. Task force on circumcision: Circumcision Policy Statement. *Pediatrics* 1999;103:686-.
4. Disponible en: <http://www.cps.ca/english/statements/FN/fn96-01.htm>.
5. Disponible en: <http://www.uroweb.org/>.
6. To T, Agha M, Dick PT, Feldman W. Cohort study on circumcision of newborn boys and subsequent risk of urinary-tract infection. *Lancet* 1998;352:1813-6.
7. Persky L, DeKernion J. Carcinoma of the penis. *A Cancer J Clin* 1986;36:258-73.
8. Griffiths DM, Atwell JD, Freeman NV. A prospective survey of the indications and morbidity of circumcision in children. *Eur Urol* 1985;11:184-7.
9. Stenram A, Malmfors G, Okmian L. Circumcision for phimosis: Indications and results. *Acta Paediatr Scand* 1986;75:321-3.
10. Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. *Br J Surg* 1993;80:1231-6.

11. Cuckow PM, Rix G, Mouriquand PD. Preputial plasty: A good alternative to circumcision. *J Pediatr Surg* 1994;29:561-3.
12. Van Howe RS. Cost effective treatment of phimosis. *Pediatrics* 1998;102:E43.
13. Jorgensen ET, Svensson A. The treatment of phimosis in boys, with a potent topical steroid (clobetasol propionate 0.05 % cream). *Acta Derm Venereol Stockh* 1993;73:55-7.
14. Orsola A, Caffaratti J, Garat JM. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroid. *Urology* 2000;56:307-10.
15. Dewan PA, Tieu HC, Chieng BS. Phimosis: Is circumcision necessary? *J Paediatr Child Health* 1996;32:285-9.
16. Golubovic Z, Milanovic D, Vukadinovic V, et al. The conservative treatment of phimosis in boys. *Br J Urol* 1996;78:786-8.
17. Lindhagen T. Topical clobetasol propionate compared with placebo in the treatment of unretractable foreskin. *Eur J Surg* 1996;162:969-72.