

¿Debemos recomendar la circuncisión neonatal a todos los recién nacidos?

J. C. Buñuel Álvarez

Pediatría Atención Primaria. Área Básica de Salud Girona-4. Institut Català de la Salut. Girona. España.

INTRODUCCIÓN

En las últimas semanas, los medios de prensa españoles se han hecho eco de una noticia procedente de EE. UU. Hemos podido leer titulares como los siguientes “Los pediatras de EE. UU. se posicionan a favor de la circuncisión”, “Los pediatras animan a la circuncisión”, etc. Todo ello a resultas de la publicación por parte de la Academia Americana de Pediatría (AAP) de un informe técnico que actualiza su postura en este tema¹.

Resumiendo mucho, la AAP encuentra que los beneficios para la salud de la circuncisión neonatal pesan más que los riesgos, pero los beneficios no son lo bastante grandes como para recomendar la circuncisión neonatal universal. La AAP deja a los padres la decisión final sobre esta intervención, atendiendo al contexto de sus creencias culturales, éticas y religiosas. También indica que, si los padres deciden circuncidar, el sistema sanitario debe proporcionar a su recién nacido los recursos necesarios para proceder a la intervención.

Las recomendaciones de la AAP siempre son escuchadas y leídas con el máximo interés por pediatras de todo el mundo. Su capacidad de influencia es enorme. Pero ello no quiere decir que tengamos que suponer que sus recomendaciones son “universales”, que sirven para todo el planeta. Se ha de enfocar la lectura de su extenso documento con espíritu crítico.

Los beneficios teóricos de la circuncisión neonatal, según el documento de la AAP, podrían ser tres:

- Disminución del riesgo de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Disminución del riesgo de contraer infecciones del tracto urinario (ITU).
- Disminución del riesgo de contraer cáncer de pene.

Analizaremos brevemente cada uno.

DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE CONTRAER EL VIH Y OTRAS ETS

El documento de la AAP aporta mucha bibliografía que apoya el efecto protector de la circuncisión para disminuir el riesgo de contraer el VIH mediante relaciones heterosexuales, pero llama la atención una importante limitación, y es que los 14 estudios recogidos por la AAP que apoyan esta asociación están realizados en países de África, con una prevalencia de infección por VIH y una incidencia de nuevos casos muy superior a las de los países desarrollados. Es posible que, en países con alta incidencia-prevalencia de infección por VIH, la circuncisión presente un efecto protector –así lo indica además una revisión Cochrane realizada con tres estudios emplazados en África²–, teniendo además en cuenta que en estos países la puesta en marcha de programas de educación sexual seguramente tenga menos éxito que en naciones de nuestro entorno. La efectividad de la circuncisión neonatal en países desarrollados, con baja incidencia-prevalencia de VIH no está suficientemente estudiada pero, a tenor del menor impacto de esta infección, es de suponer que la efectividad sea muy inferior, si es que existe.

Respecto a otras ETS, la evidencia es dispar. El mismo razonamiento utilizado para el VIH puede servir para el virus del papiloma humano (VPH). Existen estudios que apoyan un efecto protector de la circuncisión. Estos estudios, nuevamente, están emplazados en países de África, con elevada incidencia-prevalencia de infección por este virus. ¿Cuál sería la efectividad en países desarrollados con una menor “carga de infección por VPH” y en los que además la vacuna frente a este virus ha sido ya introducida de forma sistemática? Posiblemente, el efecto protector de la circuncisión sea muy inferior, si lo hay. Un artículo de Dickson *et al.*³, valorado críticamente y publicado en su día en *Evidencias en Pedia-*

tría⁴, sugería que, en países desarrollados, no se demostraba efecto protector alguno³ respecto a diversas ETS.

DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE CONTRAER INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Existen pruebas que apoyan una asociación protectora entre circuncisión y disminución de las ITU. Parece demostrada la efectividad de la circuncisión para disminuir el riesgo de ITU en niños menores de dos años. Este efecto se ha de contextualizar y relacionar con la incidencia de ITU en varones (el documento de la AAP fija esta cifra en un 1%). La AAP fija el número necesario de niños (NNT) que se han de circuncidar para prevenir una ITU nada menos que en 100. No parece muy justificable, con este NNT, recomendar una circuncisión global a todos los recién nacidos. Quizá tenga sentido su realización en niños con factores de riesgo tales como ITU recurrente o reflujo de alto grado (superior a grado 3), como se sugería en un Artículo Valorado Críticamente publicado en su día en *Evidencias en Pediatría*⁵ que revisaba un artículo de Singh-Grewal *et al.*⁶. Esto limitaría dramáticamente el número de circuncisiones a realizar.

DISMINUCIÓN DEL RIESGO DE CONTRAER CÁNCER DE PENE

¿De qué riesgo estamos hablando? La propia AAP refiere que la incidencia de esta neoplasia es de 0,58 casos por 100 000 varones y año. No estamos hablando precisamente, por lo tanto, de una enfermedad frecuente. Con esa incidencia, se ha llegado a estimar que harían falta, según algunos estudios, 322 000 circuncisiones neonatales para prevenir un caso de cáncer.

¿Y LOS EFECTOS ADVERSOS?

Por supuesto, existen. Estamos hablando de una intervención cruenta realizada en un recién nacido por otra parte totalmente normal y sano. Los efectos adversos (EA) son de dos tipos: 1) los referidos a la intervención en sí (cortar); 2) los referidos a las técnicas analgésicas empleadas.

La circuncisión neonatal en sí presenta, según la AAP¹, un porcentaje de EA que presenta unas oscilaciones enormes: desde un 0,19 hasta un 3,1%. ¿De qué EA hablamos? Según

la AAP, a corto plazo: sangrado, infección y lesión peneana; a largo plazo: piel residual excesiva, adherencias, estenosis del meato, fimosis y quistes de inclusión epitelial¹.

Las técnicas anestésicas empleadas también tienen EA. Se ha de tener en cuenta que las medidas no farmacológicas como la administración de sacarosa son, según la propia AAP, insuficientes. La analgesia tópica con preparados anestésicos presenta, según la AAP, EA en un 8-14% de los casos, aunque son en general leves: eritema o hinchazón. Otras técnicas utilizadas en EE. UU. son invasivas y comprenden el bloqueo con lidocaína del nervio dorsal del pene, con una incidencia de hematomas locales que varía enormemente según las series (entre un 11 y un 43%). Otra técnica, el bloqueo subcutáneo del anillo, parece presentar menos EA pero, sin embargo, puede ser ineficaz para lograr una adecuada analgesia en uno de cada cinco niños. En resumidas cuentas, sorprende un tanto la poca importancia que la AAP concede en general a los EA de esta intervención.

A la vista de todo lo expuesto respecto a la conveniencia o no de circuncidar a un recién nacido sano, ante las pruebas actuales y teniendo en cuenta las tasas de incidencia y los porcentajes de prevalencia en nuestro medio de las diferentes enfermedades objeto de análisis, no parece en absoluto necesario someter a un niño a esa intervención. No debe olvidarse que en todo momento estamos actuando sobre un recién nacido normal y sano, al cual estamos sometiendo a una intervención molesta y no exenta de EA que, de aportar algún beneficio, lo será a medio-largo plazo.

Debemos aplicar, en este caso, el concepto de prevención cuaternaria⁷: el conjunto de actividades sanitarias que atenuan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Estas actividades pueden ser, como en este caso, preventivas. Y, como siempre, aplicar la máxima *primum non nocere*. Es lo que parece más razonable a la vista de las evidencias actuales sobre circuncisión neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. TASK FORCE ON CIRCUMCISION. Male circumcision. *Pediatrics*. 2012;130(3):e756-85.
2. Nandi Siegfried, Martie Muller, Jonathan J Deeks, Jimmy Volmink. Circuncisión masculina para la prevención de la transmisión heterosexual del VIH en hombres (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The*

Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003362. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

3. Dickson NP, van Roode T, Herbison P, Paul C. Circumcision and risk of sexually transmitted infections in a birth cohort. *J Pediatr*. 2008; 152(3):383-7.
4. Orejón de Luna G, Ochoa Sangrador C. La circuncisión no parece tener un efecto protector frente a las principales infecciones de transmisión sexual en los países desarrollados. *Evid Pediatr*. 2008;4:29.
5. González de Dios J, González Rodríguez P. En niños con reflujo vesicoureteral de alto grado o infecciones urinarias de repetición, la circuncisión puede ser de utilidad para reducir la incidencia de nuevos episodios. *Evid Pediatr*. 2005;1:9.
6. Singh-Grewal D, Macdessi J, Craig J. Circumcision for the prevention of urinary tract infection in boys: a systematic review of randomised trials and observational studies. *Arch Dis Child*. 2005;90(8):853-8.
7. Wikipedia. Prevención cuaternaria [en línea] [consultado el 14/09/2012]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Prevenci%C3%B3n_cuaternaria