



**Jueves 12 de febrero de 2009**

**Mesa redonda:  
"Ortopedia y Cirugía  
pediátrica"**

**Moderadora:**

Gloria Orejón de Luna

*Pediatra. CS General Ricardos. Área 11. Madrid.*

■ **Introducción**

Gloria Orejón de Luna

*Pediatra. CS General Ricardos. Área 11. Madrid.*

■ **Ortopedia infantil**

Javier Albiñana Cilveti

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

■ **Plagiocefalia occipital**

José Hinojosa Mena-Bernal

*Servicio de Neurocirugía Pediátrica.  
Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Madrid.*

■ **Calendario de operaciones  
electivas en niños**

Juan A. Tovar Larrucea

*Departamento de Cirugía Pediátrica.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Tovar Larrucea JA. Calendario de operaciones electivas en niños. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 33-9.

## Calendario de operaciones electivas en niños

Juan A. Tovar Larrucea

*Departamento de Cirugía Pediátrica.  
Hospital Universitario La Paz. Madrid  
[jatovar.hulp@salud.madrid.org](mailto:jatovar.hulp@salud.madrid.org)*

### RESUMEN

En las páginas siguientes tratamos de orientar al pediatra sobre el mejor momento para realizar el tratamiento quirúrgico de las afecciones del niño. Incluimos guías sobre indicaciones funcionales, estéticas y dudosas, procurando respetar la natural variabilidad de tales indicaciones.

El pediatra suele necesitar orientación sobre el momento más oportuno para las operaciones electivas (no urgentes) en Cirugía pediátrica. La rápida evolución de nuestra especialidad y la opinión personal de cada cirujano convierten cualquier calendario en opinable (como demuestran los numerosos artículos sobre el tema<sup>1-3</sup>), lo que disminuye su valor.

Conscientes de estas limitaciones, analizaremos las indicaciones sobre las que el pediatra es interrogado más frecuentemente, dividiéndolas en funcionales, estéticas y dudosas o discutibles<sup>4</sup>.

### INDICACIONES FUNCIONALES

Se trata aquí de reparar malformaciones o disfunciones con la intención de restablecer en el mayor grado posible la normalidad.

### Hernias inguinales e hidroceles

La patología derivada de la persistencia del canal peritoneo-vaginal necesita prácticamente siempre tratamiento quirúrgico, porque no tiene tendencia a la curación espontánea. La mayor incidencia en los pre-

turos y la preferente afectación derecha en los varones se relacionan con la interrupción del proceso de obliteración, ligado al descenso testicular que tiene lugar en el último tramo de la gestación. Si hay pocas dudas sobre la necesidad de la operación, sí procede discutir el mejor momento de esta y algunas situaciones especiales. En condiciones óptimas de asistencia quirúrgica y anestésica, la indicación debe hacerse desde el momento del diagnóstico, pero esta actitud debe matizarse: ha de retrasarse siempre que se pueda en el prematuro, en el que puede haber complicaciones, y es aceptable esperar; si se desea, unas semanas o meses en el lactante, siempre que no haya episodios de estrangulación. No es necesario intervenir sistemáticamente ambos lados, aunque algunos proceden de esta manera en las niñas (en quienes es más frecuente la bilateralidad) y en las hernias izquierdas (las menos frecuentes). No hay que operar los hidroceles no comunicantes (los que no cambian de tamaño a lo largo del día) en los primeros 6 meses de la vida, pues frecuentemente desaparecen antes de esa edad, y siempre hay que hacerlo, a cualquier edad, cuando su volumen variable demuestre indirectamente la permeabilidad del conducto. Las enfermedades que se acompañan frecuentemente de hernias, como las mucopolisacaridosis, las alteraciones del colágeno, la ascitis, la insuficiencia renal tratada con CAPD, la hidrocefalia derivada al peritoneo, las hernias diafragmáticas, el onfalocele y la laparosquisis no representan contraindicaciones, sino todo lo contrario, ya que en estos casos hay factores favorecedores permanentes. Las hernias deben ser operadas en todos estos casos desde que se diagnostican<sup>5</sup>.

### Maldescenso testicular

No existe razón para intentar tratamientos médicos hormonales en las verdaderas ectopias testiculares (cuando el testículo está fuera de su trayecto normal), en los maldescensos acompañados de hernias y en las criptorquidias verdaderas (testículos no palpables). En los demás casos, hay quien propone el uso de gonadotrofinas coriónicas o LHRH, aunque debe recordarse que el porcentaje de éxitos con estos tratamientos no supera el 20 ó 25%. También debe tenerse en cuenta

que algunos de estos "éxitos" deben atribuirse a la dificultad para la exploración del testículo en niños<sup>6,7</sup>. La orquidopexia es el tratamiento de elección en todos los demás pacientes<sup>8</sup>. La edad más adecuada para ella debe tener en cuenta los conocimientos actuales sobre las lesiones asociadas al maldescenso: a partir de los 2 años los índices morfométricos comienzan a deteriorarse (diámetro tubular medio, número de espermatozonias por 50 túbulos, fibrosis del estroma), bien sea como consecuencia de la malposición gonadal o como expresión de una alteración primaria, y estas lesiones se agravan con la edad. Si solamente nos guiáramos por estos parámetros histológicos, la edad operatoria debería situarse antes de los 2 años. En realidad, hay que tener también en cuenta que los riesgos quirúrgicos para el testículo son mayores cuanto más joven es el niño. En manos de un cirujano pediatra la edad ideal ronda los 2 años, pero es aceptable que la indicación pueda ser hecha algo más tarde. Nunca debe dejarse sin explorar quirúrgicamente, a menos que se pueda probar hormonalmente la ausencia de gónadas, una criptorquidia verdadera. En tal caso, la operación, que se lleva hoy día a cabo por vía laparoscópica, no busca siempre el descenso de la gónada, sino su extirpación a causa de su inutilidad funcional y del riesgo neoplásico a la edad adulta.

### Hipospadias

Esta malformación tan frecuente requiere una o más intervenciones según su grado y forma. Afortunadamente, la mayoría de los niños afectados sufren hipospadias distales sin incurvación con meato ventral subapical o subglandular; prepucio abierto ventralmente a modo de un delantal, estenosis meatal y, en ocasiones, torsión del rafe. La reparación puede hacerse hoy satisfactoriamente con técnicas poco complejas (MAGPI u otras) que requieren breve hospitalización. Solemos operar hacia los 2 años de edad o poco después, cuando ya se han abandonado los pañales y antes de que el niño sea consciente de su deformidad. Las formas más graves, es decir, las más proximales en las que el meato está en el cuerpo del pene, en el escroto o en el periné, pueden solucionarse también en una sola o en 2 operaciones en las que se elimina la incurvación ventral, se

crea un nuevo tubo uretral de calibre suficiente y se repara la deformidad del glande recolocando el meato en el ápice del mismo. Las sustanciales variaciones de calendario y de las técnicas para el hipospadias en pocos años ilustran bien la escasa estabilidad de estas orientaciones y la imperfección de varias de estas operaciones<sup>9</sup>.

### **Fisuras labio-palatinas**

Sigue siendo generalmente aceptada la antigua pauta de operar el labio en los primeros 6 meses de vida y el paladar entre los 12 y los 18, antes de que comience la locución articulada. Sin embargo, hay quienes, con fundadas razones también, prefieren reparar el labio en las primeras semanas de vida (en realidad hay poco crecimiento de las dimensiones en los primeros meses) y el paladar blando precozmente, dejando abierta inicialmente la parte anterior de la fisura para cerrarla más tarde. Las fisuras bilaterales se reparan con un calendario más elástico adaptado a las peculiaridades de cada caso<sup>10,11</sup>.

### **Quistes y fístulas del cuello**

Las fístulas, quistes o residuos derivados de los surcos branquiales pueden ser aparentes al nacer (fístulas del 2.º arco, fibrocondromas), o manifestarse más tarde (quistes). Todos requieren tratamiento quirúrgico, pues su recubrimiento epitelial interno con elementos secretorios dará lugar, más tarde o más temprano a retención de la secreción e infección. No es necesario operar antes de los 2 años de vida, cuando ya se haya iniciado la marcha y el cuello se haya elongado y afinado.

Para los quistes y fístulas del conducto tirogloso es adecuado un calendario semejante. Muchos casos, además, se manifiestan por primera vez en edades superiores, por lo que la indicación se debe hacer inmediatamente después del diagnóstico, a menos que exista infección local, lo que es una causa de fracaso y recidiva<sup>12</sup>.

### **Malformaciones de manos y pies**

Es difícil aconsejar pautas uniformes para las múltiples variedades y la gravedad cambiante de estas malforma-

ciones. Una sindactilia regular puede ser reparada hacia el primer año de vida. Una polidactilia, en su forma simple, mucho antes, y las formas complejas de sindactilia irregular-amputación debidas a enfermedad amniótica suelen requerir varias operaciones en diversos momentos.

### **Esplenectomía**

Hoy es rara vez practicada electivamente fuera de cuadros muy concretos, hematológicos o neoplásicos, sin que exista indicación justificada para fijar una u otra fecha. Esta varía con la gravedad del cuadro y solamente se intenta retrasar la operación hasta después de los 4 ó 5 años para reducir, aunque no está muy claro que se consiga, el riesgo de infección fulminante postesplenectomía.

### **Pectus excavatum**

Deliberadamente incluimos esta indicación entre las funcionales y las puramente estéticas, pues realmente se encuentra entre ambas. La deformidad del esternón y de la parrilla costal, que se encuentra hundida como consecuencia de una alteración del crecimiento de los cartílagos costales, puede en casos extremos restringir la capacidad respiratoria<sup>13</sup> y hasta alterar en algún grado la función cardíaca ante el esfuerzo. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, no llega a tener tales repercusiones, convirtiendo el problema en uno de imagen corporal para el paciente y/o su familia.

Ya hace muchos años que se disponía de técnicas de reparación eficaces, pero que implicaban una operación de cierta envergadura en la que se reseocaban los cartílagos costales enfermos y se enderezaba el esternón hundido (operación de Ravitch). La aceptación de dichas técnicas no era universal dado el carácter más bien estético de la intervención. Más recientemente se ha propuesto una intervención mucho más sencilla y que produce mejores resultados. Nuss puso a nuestra disposición un material metálico que se amolda a la forma del pecho del paciente y que se introduce, generalmente con visión toracoscópica, detrás del esternón, de

forma que su convexidad está dirigida hacia adelante, hasta que emerge en el otro lado del tórax. Al voltear la barra metálica, la convexidad queda dirigida hacia atrás y se corrige (o hasta hipercorrige) la deformidad. La barra se puede colocar desde los 7 u 8 años, pero es mejor hacerlo más tarde, alrededor de los 12, pues debe quedar en su sitio durante 2 ó 3 años y es mejor que el tamaño sea adecuado a esa edad, cuando ya hay menos crecimiento<sup>14</sup>.

La barra retroesternal de Nuss es una excelente alternativa que ha hecho mucho más fácil de aceptar la indicación de la corrección del *pectus excavatum*, como puede verse por el creciente número de pacientes que antes no se operaban.

## INDICACIONES ESTÉTICAS

Solamente algunos de los niños afectados de las siguientes enfermedades necesitan tratamiento quirúrgico. Las indicaciones no se hacen para restablecer la normalidad funcional, que está poco alterada, sino preferentemente para devolver una apariencia morfológica normal. No quiere esto decir que se trate de indicaciones secundarias, pues muchas veces es muy necesario este objetivo. Lo que es común a las entidades siguientes es la necesidad de personalizar la indicación en función del tipo de anomalía, de la localización, de la evolución, de la variable tolerancia del sujeto, de la edad, etc.

## Hemangiomas y malformaciones vasculares

Estas proliferaciones desordenadas de los vasos sanguíneos pueden asentar en cualquier parte del cuerpo. Algunas, los hemangiomas congénitos que llamamos rápidamente involutivos (RICH) son inaparentes, o escasamente visibles, al nacimiento, y se desarrollan después para alcanzar un acmé hacia los 12 meses y regresar lenta y más o menos parcialmente después. Otros, llamados kaposiformes, también tienden a involucionar, pero causan atrapamiento plaquetario y síndromes hemorrágicos que pueden ser muy graves. Otros, con apariencia bastante similar, no son involutivos (NICH).

La naturaleza involutiva de estos tumores puede diagnosticarse por la presencia en los vasos de un marcador histológico (Glut-1) que puede detectarse tras una biopsia<sup>15</sup>.

Es difícil dar orientaciones generales sobre la actitud ante estos tumores vasculares, pues depende, no solo de su capacidad involutiva sino, sobre todo, de su localización (es obvio que un pequeño angioma del brazo representa un problema distinto que uno de la región mamaria en una niña, por ejemplo, o de un párpado en el que bloquea la visión), de las posibilidades de tratamiento sin riesgo de grave desfiguración y de la ansiedad familiar. Como norma general, el manejo de los angiomas debe ser individualizado, y es más prudente evitar cualquier tratamiento hasta agotar las posibilidades de regresión espontánea, pero esto no puede aplicarse siempre. Algunos de estos tumores pueden ser extirpados con escaso riesgo, otros se benefician de medidas locales, como la administración de corticoides locales o sistémicos. Pueden ser beneficiosos en determinados casos los vendajes compresivos, quimioterapia o extirpaciones mayores (grandes angiomas atrapa-plaquetas). El establecimiento de calendarios terapéuticos para estos hamartomas parece imposible.

Un problema muy distinto son las malformaciones vasculares, caracterizadas por existir desde el nacimiento, no ser evolutivas y no teñirse con Glut-1. Estas manchas vinosas pueden tratarse de varias maneras: extirpación, tratamiento tópico con láser, tatuaje, crioterapia y radioterapia de contacto. También en ellas las decisiones y las modalidades de tratamiento dependen mucho de la extensión, localización y características, sin que sea prudente plantear un calendario fijo.

## Linfangiomas

Este tipo de hamartomas formados por cavidades linfáticas tapizadas de epitelio vascular que rodean zonas más o menos extensas de las grandes confluencias venosas no tienen tendencia alguna a la regresión espontánea, por lo que el tratamiento quirúrgico está indica-

do siempre. Dada su benignidad no existe urgencia terapéutica, pero la disección de estos tumores, a veces muy delicada, es más fácil en el niño muy joven, por lo que no debe retrasarse siempre que se cuente con los medios necesarios para proporcionar una anestesia de excelente calidad a lo largo de una intervención prolongada. Los resultados mediocres en las formas multicísticas extensas han propulsado el tratamiento intralesional con toxinas de algunos gémenes (OK-432) y con algunos fármacos antitumorales. Estas drogas son a veces efectivas y permiten reducir el tumor con menos riesgo de secuelas que la extirpación.

## Nevi

Las manchas cutáneas que contienen pigmento son extraordinariamente frecuentes y no requieren tratamiento más que en alguna ocasión. Efélides (pecas) y lunares son variantes de la normalidad, pero hay verdaderos nevus pigmentarios pilosos que pueden asentarse en cualquier parte del cuerpo, y que pueden tener una gran extensión, que necesitan tratamiento quirúrgico con fines estéticos y de prevención de una lejana malignización en la edad adulta. En tales casos hay que recurrir a escisiones en varios tiempos o a injertos, a veces extensos, que dejan cicatrices, aunque menos inestéticas que el propio nevus. Puede operarse dentro de los dos primeros años de vida, aunque no es raro que se consulte por este motivo más tarde.

Un tipo particular de nevus es el nevus sebáceo de Jadasshon, en el que no hay elementos pigmentarios, sino abundantes glándulas sebáceas que le dan un aspecto amarillento y con algún relieve sobre la piel. Este tumor debe ser extirpado y la edad es también discrecional.

## INDICACIONES DISCUTIBLES

A pesar de ser "socialmente" muy aceptadas, las siguientes indicaciones operatorias requieren cierta crítica antes de ser aplicadas en cada caso concreto. La corrección quirúrgica debe limitarse a aquellos pacientes en

los que realmente esté indicada.

## Frenillos

El frenillo sublingual es una causa de consulta quirúrgica frecuente, incluso en el recién nacido, por ser presuntamente responsable de futuras dificultades en la locución. Este repliegue membranoso avascular, que une la cara inferior de la lengua a la base de la misma en la línea media, es más marcado en algunos individuos, y es dudoso que sea causa de tantas dificultades, por lo que rara vez está indicada su sección. Sin embargo, la sencillez de la misma hace que se practique con largueza, aunque es probable que casi nunca esté justificada.

Otro tanto puede decirse de los frenillos del labio superior que suelen verse en niños con una separación exagerada de ambos incisivos superiores. Es dudoso que la presencia del frenillo sea la causa de la separación dentaria, por lo que es poco atractiva la sección de tan inocuo como inaparente repliegue, pero es preciso a veces plegarse a las demandas de ortodoncistas u odontólogos. Como creo que no está casi nunca indicada esta operación no me atrevo a dar una fecha adecuada para la misma.

## Hernia umbilical

La inmensa mayoría de estas hernias, tan frecuentes, especialmente en los recién nacidos de bajo peso, curan espontáneamente antes de los dos años de vida, por lo que todas las medidas de contención (vendajes, ombligueros, esparadrapos, monedas, etc.) mantienen su prestigio popular al serles atribuido tan buen resultado. Como norma general, no se debe indicar operación alguna por esta causa antes de la edad de 2 años a menos que se dé alguna de las circunstancias siguientes: 1) que se trate en realidad de una hernia supraumbilical, con orificio en la línea alba, por encima del orificio umbilical, circunstancia en la que no se puede esperar con tanta seguridad el cierre del mismo; 2) que el orificio sea de dimensiones enormes, como ocurre en algunas enfermedades sistémicas; 3) que haya aparecido alguna de las raras complicaciones de esta condición (estrangulación o ruptura); 4) que se haya indicado una hemiorrafia inguinal, en cuyo caso puede acep-

tarse hacer la umbilical al mismo tiempo.

Fuera de estas circunstancias la herniorrafia umbilical debe reservarse a aquellos casos, ciertamente raros, en los que el orificio permanezca abierto, y de dimensiones amplias, por encima de la edad de 4 ó 5 años, ya que entonces es poco esperable la desaparición espontánea<sup>5,16</sup>.

## Fimosis

Probablemente es una de las indicaciones quirúrgicas de las que más se abusa en nuestro país y en otros. Tradiciones heredadas de nuestros antepasados musulmanes y judíos explican este abuso. En contraste con otros países, en los que la influencia directa de médicos judíos y razones más crematísticas que médicas continúan imponiendo la circuncisión neonatal, en el nuestro esta es más bien demandada en la edad escolar, y, no infrecuentemente, en la adolescencia avanzada. Las razones de esta demanda entre nosotros son oscuras, pero están sin duda teñidas de un cierto carácter ritual de iniciación sexual y ligadas a la frecuente circuncisión paterna en épocas en las que dicha mutilación era una especie de requisito premilitar, o prenupcial, para dicha iniciación. Todas estas razones tradicionales contribuyen a que haya una aceptación social acrítica de esta indicación y a que el cirujano pediatra se vea obligado a resistir esta presión con renuncia a honorarios fáciles y sabiendo que, si la rechaza, es muy probable que el paciente sea enseguida encomendado a otro más complaciente o menos estricto.

A mi juicio, las indicaciones de la circuncisión son casi siempre abusivas<sup>17-19</sup>. Las razones de higiene, de diferencias de sensibilidad sexual o de prevención del cáncer genital en el varón o en sus parejas, antaño esgrimidas para justificar esta mutilación, no resisten la menor consideración crítica: pueblos europeos de máxima civilización y de conocido refinamiento sexual no se circunci-

dan prácticamente nunca, no hay en ellos más cáncer que en los Estados Unidos y acceden a la vida sexual en la juventud sin necesidad de sufrir esta operación. Está indicada la circuncisión en el lactante con infección urinaria y parece hoy probado que el varón circuncidado está menos expuesto (que no inmune) al virus VIH adquirido por contacto sexual, lo que replantea algunas indicaciones sobre todo en países con alta prevalencia y escasa protección coital (África)<sup>20</sup>.

En realidad, la cobertura prepucial del glande es normal hasta el fin de la lactancia, época durante la cual sirve para proteger esta delicada mucosa de la irritación amoniacal de los pañales húmedos (la estenosis por ulceración meatal es muy común en los EE. UU., donde se circuncida a los recién nacidos, y es prácticamente desconocida entre nosotros). A edades superiores, el prepucio se va separando del glande y se le puede ir retrayendo poco a poco hasta descubrir este sin estrangular su base. Esto ocurre antes de los 4 años, en el 90 ó 95% de los casos. Antes de que se complete este proceso, y en condiciones deficientes de higiene, se puede infectar el espacio balanoprepucial y su secreción, el esmegma, dando lugar a balanopostitis supurativas que pueden conducir a una verdadera fimosis cicatricial. Del mismo modo, las maniobras excesivas y demasiado precoces de retracción prepucial pueden originar fisuraciones y cicatrices que terminen en una fimosis secundaria.

En los relativamente pocos casos (máximo el 4 o el 5%) en que no se consiga la retracción prepucial hacia los 4 ó 5 años, puede estar indicada la circuncisión a esa edad. Estos niños, junto con los adscritos a religiones que la demanden y los que tengan fimosis cicatriciales a las que ya hemos aludido, son los únicos que necesitan esta operación<sup>21-23</sup>. En estos dos últimos casos, la fecha puede ser adelantada. Las verdaderas fimosis del adolescente o de la edad militar deberían, muy probable-

mente, haberse solucionado antes.

### Bibliografía

1. Cano I, García A, Delgado D, López M. Calendario quirúrgico. *Pediatr Integral*. 2002;6:863-72.
2. De Diego EM, Fernández I, Sánchez A. Cirugía programada: calendario quirúrgico. *Pediatr Integral*. 2006;10:607-13.
3. Tovar JA. Calendario de operaciones electivas en cirugía pediátrica. *Rev Esp Pediatr*. 1987;43:355-61.
4. Kiesewetter WB. The timing of elective surgery. *Z Kinderchir*. 1972;11:153-60.
5. Tovar JA. Hernias. In: WA Walker, et al. (ed.). *Pediatric Gastrointestinal Disease*. Hamilton (Canadá); B.C. Decker Inc.; 2004. p. 573-88.
6. DeMuinck Keizer-Schrama SM, Hazebroek FW, Matroos AW, Drop SL, Molenaar JC, Visser HK. Double-blind, placebo-controlled study of luteinising-hormone-releasing-hormone nasal spray in treatment of undescended testes. *Lancet*. 1986;1:876-80.
7. Hazebroek FW, de Muinck Keizer-Schrama SM, van Maarschalkerweerd M, Visser HK, Molenaar JC. Why luteinizing-hormone-releasing-hormone nasal spray will not replace orchiopexy in the treatment of boys with undescended testes. *J Pediatr Surg*. 1987;22:1177-82.
8. Molenaar JC. Surgical treatment of undescended testes. *Eur J Pediatr*. 1982;139:289-91.
9. Hadidi A, Amzy AF. *Hypospadias surgery: an illustrated guide*. Berlín: Springer; 2003.
10. Millard DR. The unilateral cleft lip. In: Serafin D and Georgiade NG (eds.): *Pediatric Plastic Surgery*. St. Louis, Toronto, Princeton: The C.V. Mosby Company; 1984. p. 268-80.
11. Randall P. Cleft of the alveolus and palate. In: Serafin D and Georgiade NG (eds.). *Pediatric Plastic Surgery*. St. Louis, Toronto, Princeton: The C.V. Mosby Company; 1984. p. 290-300.
12. Queizán A, Martínez Urrutia MJ. Quistes y fístulas branquiales. *An Esp Pediatr*. 1985;22:596-600.
13. Lawson ML, Mellins RB, Tabangin M, Kelly RE, Croitoru DP, Goretsky MJ, et al. Impact of pectus excavatum on pulmonary function before and after repair with the Nuss procedure. *J Pediatr Surg*. 2005;40:174-80.
14. Kelly RE, Jr., Shamberger RC, Mellins RB, Karen KM, Lawson ML, Oldham K, et al. Prospective multicenter study of surgical correction of pectus excavatum: design, perioperative complications, pain, and baseline pulmonary function facilitated by internet-based data collection. *J Am Coll Surg*. 2007;205:205-16.
15. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg*. 1982;69:412-22.
16. Lassaletta L, Fonkalsrud EW, Tovar JA, Dudgeon D, Asch MJ. The management of umbilical hernias in infancy and childhood. *J Pediatr Surg*. 1975;10:399-404.
17. Boyce WT. Care of the foreskin. *Pediatrics Rev*. 1983;5:26-30.
18. Circumcision Task force. Report of the Ad Hoc Task Force in Circumcision. *Pediatrics*. 1975;56: 610-11.
19. King LW. Neonatal circumcision in the United States in 1982. *J Urol*. 1982;128:1135-6.
20. Dalton JD. Male circumcision and HIV prevention. No case was made for circumcising unconsenting children. *BMJ*. 2000;321:1468.
21. American Academy of Pediatrics. Report of the Task Force on Circumcision. *Pediatrics*. 1989; 84:388-91.
22. American Academy of Pediatrics. Circumcision policy statement. Task Force on Circumcision. *Pediatrics*. 1999;103:686-93.
23. Lannon CM, Bailey A, Fleischman A, Kaplan G, Schoemaker C, Swanson J. Circumcision debate. Task Force on Circumcision,