

Trauma genital en niñas

A propósito de una clasificación

Dr. Rubén Álvarez Solís*
 Dr. Arturo Montalvo Marín*
 Dr. Marco Antonio Díaz Lira*
 Dra. Marcela del Pilar Vargas Vallejo*
 Dr. Luis Felipe Graham Zapata*
 Dra. Guadalupe Soto Ruiz**
 Dra. Verónica Moreno Vega*

Resumen

Indicar y clasificar las lesiones genitales que no son causadas por lesión del canal del parto ni de acuerdo a las clasificaciones de la mujer adulta.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, con el objeto de proponer y valorar una clasificación propia al trauma genital en niñas.

Durante cinco años se revisaron pacientes con trauma genital. Se incluyeron 38 casos para apoyar y valorar la clasificación propuesta. De 38 casos, 28 tenían la etiología de trauma de genitales externos sin abuso sexual y 10 asociados a abuso sexual. La etiología más frecuente fue la caída a horcadas. La presentación más frecuente ocurrió en la edad escolar 13 pacientes (34%) por trauma genital y 7 (18%) asociado a abuso sexual. De acuerdo a la clasificación se aprecia predominio de Trauma leve o TGI, (Trauma Grado 1) en los casos de lesión asociadas a trauma sin abuso sexual, aunque también se registraron 3 casos con una clasificación de TGIV en cambio en los casos de lesiones asociadas a abuso sexual apreciamos mayor grado de lesión (ASGII, ASGIII, ASGIV ASGV).

La presente clasificación es anatómica, de acuerdo al grado de profundidad y fuerza del trauma es el grado más severo de lesión, y lo que es más importante precisa la etiología del trauma al utilizar el prefijo «T» y «AS» haciendo la diferencia por trauma o por abuso sexual.

Palabras clave: Trauma genital, abuso sexual, niñas,

Summary

In the girl the anatomic, physiology and etiology of genital trauma is different of injuries of adulthood women. We propose a classification very easy for identify the injuries caused by genital trauma in girls.

We realized a descriptive, transversal and retrospective study with the objective to propose clasification suitable of genital trauma in girl, known the clinic, associated morbidity epidemiological study, and surgical experiences in our hospital. In five year of study with genital trauma were reviewed. We include 38 patiente for support and valuation of propase clasification. Of 38 patients, 28 have the etiology of genital trauma without sexual abuse and 10 patients in association with sexual abuse. The etiology more frecuently was the fall straddle. The age of presentation more frecuently was school age in 13 patient (34%) by genital trauma and 7(18%) in asociation with sexual abuse. Of agreement a propose clasification and the surgical relates in the expedient, we group the patients. We appreciate predominancy of low trauma or TG 1, (Trauma grade 1) in the injuries without associated to. In change the patients with sexual abuse are several injuries (SAGII, SAGIII, SAGIV SAGV).

Many authors have clasification of genital trauma in girls. We propose a good clasification, easy, anatomical, gradual in severity and genital trauma by sexual abuse respective. We discussed the etiology epidemiology and the treatment best: the prevention of injuries and complete. The proposed clasification determine precisly the etiology of trauma with the prefix «T» y «SA» indicative of genital trauma without sexual abuse respective.

Key words: Genital trauma, sexual abuse, girls, clasification

*División de Cirugía Pediátrica, Hospital del niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón", Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, Villahermosa, Tab. ** Jefe de Servicios de Psicología, Hospital del niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón", Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, Villahermosa, Tab

Correspondencia: alvarezruben@usa.net

Introducción

El trauma de los genitales en la mujer es frecuente, y la lesión puede estar localizada y ser relativamente leve o acompañada de otras lesiones distantes que pueden poner en peligro la vida.^{1,2}

Consideraciones anatómicas.

Las diferencias entre los genitales externos e internos de la niña y de la mujer adulta hacen que las lesiones perineales en las niñas sean más graves.³ En efecto la distancia entre la piel del perineo y la cavidad peritoneal es corta en el niño pequeño, de modo que las heridas penetrantes pueden dañar fácilmente las vísceras intraperitoneales. La vejiga en el lactante es un órgano intraperitoneal y más susceptible de lesión. El diafragma urogenital o ligamento triangular, que contiene los nervios y vasos pudendos, es muy superficial en lactantes y niños, de modo que un desgarró de escasa profundidad puede producir hemorragia masiva. Por último, el tabique rectovaginal es delgado, el cuerpo perineal o núcleo central del perineo es pequeño, y ambos pueden ser fácilmente desgarrados.^{2,3}

Etiología.

Las lesiones genitales pueden ser accidentales, autoinducidas o depender de un ataque o abuso sexual. De las lesiones producidas cuando el paciente se encuentra en posición a horcajadas, 75% corresponden a traumatismos genitales en niñas,^{3,4} y pueden ser contusas o penetrantes. Otras causas frecuentes son heridas por arma blanca y accidentes de automóvil. Un tipo de lesión que se observa en ocasiones, es la estrangulación circunferencial lineal alrededor del clítoris. La edad más frecuente de traumatismo genital accidental fluctúa entre los cuatro y 12 años.

Diagnóstico.

Con el antecedente de trauma es preciso un examen físico minucioso y delicado, si la lesión es pequeña y no hay hemorragia, puede hacerse en el consultorio en presencia de la madre y/o una enfermera, tratando de definir la extensión de la lesión. El examen del perineo a menudo es difícil en una niña, sobretodo si hay presencia de sangrado, por lo que en ocasiones es necesaria la revisión bajo anestesia general, de modo que el diagnóstico y tratamiento son simultáneos. Es preciso el examen cuidadoso del abdomen en busca de lesión intraabdominal concomitante y si hay evidencia física de maltrato es preciso buscar signos físicos de maltrato y documentarlo o apoyarse con estudios de rayos X.

En los traumatismos severos o con una considerable intensidad por la fuerza o inercia que impacta en el cuerpo es importante solicitar examen general de orina en búsqueda

de hematuria. Las radiografías de abdomen deben incluir la pelvis ya que pueden revelarnos datos importantes como presencia de aire libre subdiafrágico por perforación intestinal o una fractura pélvica.

Si existe hematuria está indicado efectuar uretrocistograma miccional y urografía excretora. La ausencia de orina puede indicar desgarró de vejiga o uretra.

Tratamiento.

Casi siempre es necesaria la anestesia general, y si las lesiones están cercanas está indicado el examen endoscópico de la uretra, vejiga, vagina o recto. Casi todos los desgarró del área genital pueden ser cerrados primariamente; se deben utilizar sutura absorbibles para evitar la necesidad de quitar los puntos en fecha ulterior. Los hematomas labiales se absorben espontáneamente y no necesitan tratamiento específico a menos que sea de labios mayores o de gran magnitud ó estén infectados mientras que los desgarró cerca de la uretra o en su interior requieren cateterismo y sutura absorbible fina. Los desgarró en el fondo de saco vaginal pueden requerir laparotomía para su oclusión debido al pequeño tamaño del introito en las niñas.

Un desgarró que se extiende en dirección posterior desde el introito puede ser signo de abuso sexual. Antes de la oclusión debe llevarse a cabo examen endoscópico cuidadoso en busca de desgarró rectovaginales, y está indicada la laparotomía en presencia de lesión intraabdominal o en casos de hemorragia incontrolable, sin olvidar desde luego la profilaxis antitetánica y se puede cubrir con antibiótico. La mayor parte de las lesiones genitales diagnosticadas y tratadas apropiadamente curan con gran rapidez sin embargo, el tratamiento inapropiado de los desgarró puede culminar en complicaciones infecciosas, y causar a veces angostamiento de uretra y vagina.

Por otra parte, un desgarró rectovaginal que pasa inadvertido produce fístula rectovaginal. Deben efectuarse exámenes frecuentes hasta la curación completa. Ocurren infección estrechez y hemorragia tardía después del tratamiento adecuado en 11 a 26% de los casos.^{3,4}

Trauma por abuso sexual.

Es necesario cautela por parte del médico a quien se pide examine a un menor en quien se sospecha la posibilidad de un atentado sexual. En efecto, requiere mucho cuidado la elaboración de la historia y el examen físico y se deben obtener muestras apropiadas para estudio citológico y para el anatomopatólogo forense.

La historia del ataque o asalto es difícil de obtener en niños muy pequeños por lo que es preciso solicitar información

de parientes, policía o vecinos, sin olvidar que estos relatos rara vez son exactos. Con frecuencia se obtiene una historia confiable directamente de un niño entre cuatro y cinco años de edad sin embargo, el médico debe determinar primero las palabras usadas por el niño para describir los genitales, información que suele lograrse fácilmente de los padres del enfermo. Es necesario investigar el sexo del supuesto asaltante. El término violación se refiere al acto forzado de penetración del pene en la vagina sin consentimiento de la víctima, sin embargo, la penetración en la vagina puede ser causada por un dedo, lo cual implica como agresor tanto a un hombre como a una mujer. El ataque puede tomar la forma de estupro o violación pero con suma frecuencia tiene todas las características de un castigo excesivo por algún tipo de conducta inapropiado como por ejemplo orinar en la cama o ensuciar la ropa, entonces se aplica el término "atentado pseudosexual".

El examen de la niña requiere el uso de instrumental adecuado y en lactantes y niñas se debe usar anestesia general si se considera necesario. (Ver cuadro 1) La amplitud de las lesiones genitales depende de la naturaleza y tamaño del objeto penetrante, del diámetro del orificio de salida de pelvis y vagina, y de la fuerza o la inercia del trauma. En general cuanto más pequeña y de menor edad la víctima son más extensas las lesiones producidas por la penetración.

Examen del niño o niña víctima de atentado sexual⁵

1. Autorización del padre o tutor por escrito.
2. Avisar al ministerio público.
3. Historia general detallada: enfermedades padecidas, accidentes, operaciones, y por supuesto incidente sexual.
4. Observar comportamiento, modales e indumentaria.
5. Examinar todo el vestuario del cual se despojará al paciente en presencia del médico o inspeccionar cada prenda por separado, las cuales se conservarán después en una bolsa limpia, tomando nota de los daños presentes en ella; las manchas de pintura, del suelo; observar con luz ultravioleta las pantaletas, etc.
6. Completar el estudio clínico general, examen de todo el cuerpo y registro de las lesiones, nuevas y viejas, localización, tamaño y descripción.
7. Examinar los genitales, limpiar con tallo metálico provisto de algodón la vulva y la vagina sin utilizar lubricante; tomar nota de las lesiones en labios, himen, mucosa y muslos; signos de líquido seminal, sangre, etc.
8. Muestras con hisopo en boca, sangre, saliva, cabellos arrancados, zonas de suciedad, restos de raspaduras en las uñas, residuos obtenidos con hisopo en el perineo, porción baja, media y alta de la vagina y perine y conducto anal.

Cuadro 1.

Cuanto menor sea la edad de la niña tendrá menos capacidad para resistir el ataque, y la única forma de resistencia puede ser el llanto y los gritos lo cual entraña el riesgo de tentativas para silenciarla.

Es importante examinar las superficies internas de los labios en busca de abrasiones o magulladuras producidas por presión forzada hacia atrás contra los dientes, así como las mejillas por si existen dientes flojos o daño del frenillo en el labio superior. Son frecuentes las lesiones por compresión de los brazos, muslos, muñecas y tobillos cuando la víctima no conoce al agresor.

Es preciso también valorar la lesión anorrectal por examen del conducto anal; la laxitud del esfínter del ano y los desgarros anorrectales son signo evidente de penetración anal. Destacan también como hallazgos frecuentes las contusiones e inflamación de las márgenes del ano.

Las lesiones de los genitales femeninos consecutivas a un atentado sexual se tratan de la misma manera que las lesiones accidentales después de la valoración apropiada.^{3,4,5}

Existen clasificaciones de Trauma o lesiones genitales es decir de vagina, perine y ano/recto en relación con la mujer adulta siempre relacionada con traumatismo o lesiones del trabajo de parto No existe una clasificación definida para el trauma genital en niñas.

Siendo en las niñas diferente la etiología del trauma, presentando diferentes tipos de lesiones, creemos conveniente proponer una clasificación fácil y sencilla para identificar este tipo de lesiones que no son causadas por lesión del canal del parto ni de acuerdo a las clasificaciones propuestas en las lesiones de la mujer adulta.

Con el objetivo de proponer una clasificación propia al trauma genital en niñas, conocer la morbilidad asociada, los datos clínicos más importantes en nuestro medio y los hallazgos quirúrgicos y epidemiológicos se realiza el presente estudio.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de 5 años de evolución (1993-1997), de corte transversal, descriptivo, donde se analizaron los expedientes clínicos de todos los casos de pacientes femeninos con trauma genital que ameritaron intervención quirúrgica que ingresaron al servicio de Urgencias del Hospital del Niño: "Dr. Rodolfo Nieto Padrón".

Se incluyeron como variables: edad, sexo, fecha de ingreso, hora del trauma, causa del trauma, grado de lesión según la clasificación propuesta (Ver Tabla 1) según datos obtenidos de la exploración quirúrgica, cirugía realizada, días de estancia hospitalaria, tratamiento médico, tipo de antibióticos utilizados, complicaciones presentadas, situación del núcleo familiar, si fue abuso sexual, tipo de agresor origen del paciente, consultas subsecuentes a cirugía, consultas subsecuentes a psicología y estado actual del paciente. Además del medio socioeconómico. Se excluyeron pacientes que se internaron en urgencias y no ameritaron intervención quirúrgica y con pocas horas de estancia intrahospitalaria, y paciente con expediente incompleto.

Se realiza la revisión con el objetivo de ver la utilidad de la clasificación propuesta (Tabla 1) de trauma genital en niñas.

Resultados

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con Trauma genital encontrándose 48 casos de los cuales fueron incluidos 38 casos para el presente estudio para apoyar y valorar la clasificación propuesta 10 casos no cumplieron los criterios de inclusión.

De los 38 casos se observó que 28 tenían de etiología el trauma de genitales externos sin abuso sexual y 10 de ellos asociados a abuso sexual. De los casos de trauma genital la etiología fue variada siendo la mas frecuente la caída a horcajadas en 15 casos como se aprecia en la Tabla No. 2

Edad.

Las edades de las pacientes fueron desde recién nacidas hasta 13 años con una media de 5 años y un predominio del grupo escolar como se describe en la Gráfica No 1.

Síntomas.

Los síntomas más frecuentes presentados fueron: llanto, dolor, hematoma, sangrado, y en los casos de abuso sexual: temor, apatía, introversión

Horas de evolución a su llegada al hospital.

Todas las pacientes llegaron antes de las 24 hrs con un promedio de 2.2 horas después de ocurrido el trauma genital o abuso sexual

Hora del trauma

Se buscó intencionalmente la hora del trauma o abuso sexual, predominando entre las 12:00 a las 18:00 hrs con un promedio de las 15 horas donde se aprecia mejor en la

Gráfica No 2. Las pacientes del 28 al 38 corresponden a la hora en que ocurrió el abuso sexual y la mayoría no fueron de noche, aunque no es significativo ya que es un grupo pequeño de casos.

De acuerdo a la clasificación propuesta y de acuerdo a los hallazgos quirúrgicos relatados en el expediente se agruparon las pacientes. Apreciándose un predominio de Trauma leve o TGI, (Trauma grado 1) en los casos de lesiones asociadas a trauma sin abuso sexual, aunque también se registraron 3 casos con una clasificación de TGIV, En cambio en los casos de lesiones asociadas a abuso sexual apreciamos mayor grado de lesión (ASGII, ASGIII, ASGIV, ASGV) de acuerdo a la clasificación propuesta y que se observa en las tablas No. 3 y 4

Descripción de los hallazgos quirúrgicos.

A todas las pacientes se les practico revisión bajo anestesia general y en todas se requirió sutura de las heridas con material absorbible: vicryl 000 y catgút crómico 00. En cuatro casos ocurrió lesión de meato uretral, por lo que después de ferulizar con sonda de nelaton se suturo con PDS 6-O. Hubieron dos casos Grado V. Con lesión de Anorecto en uno de ellos una recién nacida cuya etiología del trauma fue con tijera por partera empírica por presentación pélvica con lesión de genitales: labios mayor, menor izquierdo, vestíbulo, músculo, y ano. Se le practicó colostomía descendente en asa derivativa y tres meses después se cerró cuando ya había cicatrizado las lesiones anogenitales, sin dejar secuelas, ni alteraciones del esfínter anal.

Clasificación propuesta

GRADO I	Lesión de clitoris, labios mayores y/o menores, vestíbulo vaginal y/o meato uretral
GRADO II	Lesión de himen + uno de los puntos anteriores
GRADO III	Lesión de mucosa y pared vaginal + uno de los puntos anteriores
GRADO IV	a) Lesión de pared vaginal que interesa músculos y/o uretra más de 1 cm. b) Lesión del cuello uterino + uno de los puntos anteriores
GRADO V	Lesión que interesa ano y/o recto

Se agregará el prefijo T: Si es por trauma
Se agregará el prefijo AS: Si es por abuso sexual

Tabla 1. Clasificación propuesta de trauma de genitales externos en niñas.

Etiología del trauma genital en niñas

Caída a horcajadas (palo, varilla, barda, piso)	15
Abuso sexual	10
Borde de una silla, cama, mueble	5
Caídas en la ducha del baño	4
Bicicleta, triciclo	3
Corte con tijeras	1

Tabla 2.

La otra paciente fue trauma por abuso sexual con lesión de la mucosa anal que fueron manejadas con cierre primario y conservadoramente no requirió derivación. No encontramos ningún caso de lesión o rotura uterina.

Tratamiento médico

El tratamiento médico incluyó, soluciones, antibióticos, profilaxis antitetánica en algunos casos, reposo, apoyo psicológico, analgésicos. Para disminuir el edema se utilizó aplicación de hielo o calor local (con una lámpara).

Es de llamar la atención que no hay un criterio definido en el hospital para el uso de antibióticos en trauma genital ya que fue muy irregular la indicación y combinación de estos. Ver tabla No. 5.

Días de estancia hospitalaria.

Si excluimos dos casos: una paciente cuya estancia fue de 20 días (recién nacida con trauma obstétrico con tijera) y otra paciente de 9 días (abuso sexual) el promedio de días de estancia hospitalaria fue de 2 días.

En casi todos los casos de traumatismo genital sin abuso sexual se corroboró la ausencia de la madre y el padre, excepto la paciente recién nacida. En los casos de trauma asociado a abuso sexual, en 5 la madre estaba cerca o presente.

Evolución y seguimiento.

Se les pudo realizar un seguimiento a 17 pacientes de trauma genital sin abuso sexual y a 7 pacientes con trauma genital por abuso sexual.

De las 17 pacientes de trauma genital sin abuso sexual solamente una de ellas de 8 años de edad presentó vulvovaginitis crónica, con más de dos años de tratamiento sin mejoría. Se realizó vaginoscopia con broncoscopio de 6 mm, bajo anestesia general ya que se pensaba en probable cuerpo extraño y/o reacción al material de sutura encontrándose fondos de saco limpios, sin huellas de

secreción frotis de gram y cultivos: negativos lo que se apreció fue himen íntegro y laceración y eritema en parte superior de la vagina, por debajo de la uretra, en el clítoris. Además de datos de engrosamiento de labios mayores sugestivo de abuso sexual o masturbación.

Es de llamar la atención que 4 pacientes con trauma genital sin abuso sexual asisten a la consulta de psicología por hiperactivas, y trastornos de la atención.

De las pacientes con abuso sexual 7 de ellas asisten a consulta de psicología y 4 tienen como diagnóstico: alteración en el lenguaje, 2 niñas hiperquinetas y una de ellas tiende hacia la autoagresión, 2 de ellas además tienen el diagnóstico de vulvovaginitis crónica, siendo manejada por la consulta de pediatría.

Diagnóstico social actual de pacientes con abuso sexual.

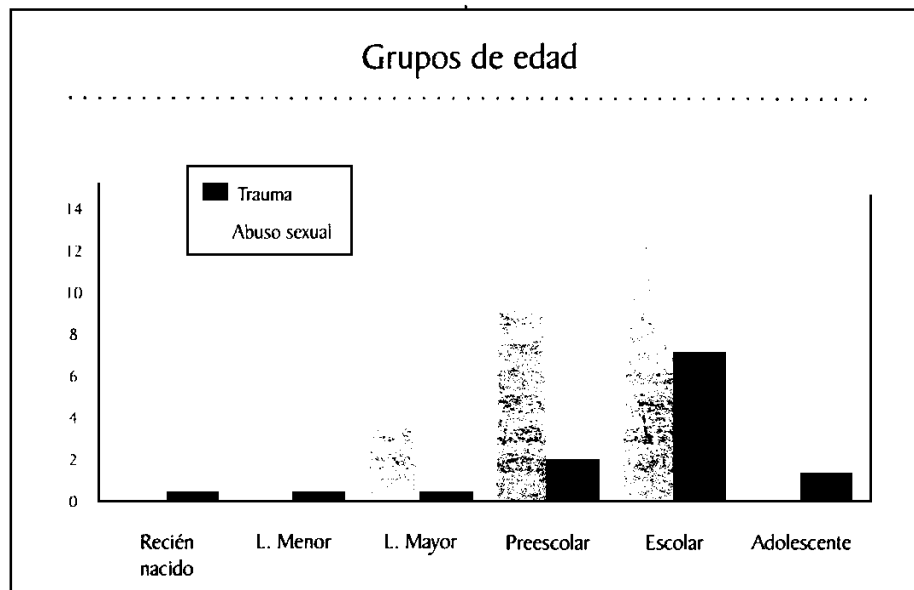
Una de las preguntas que pocas veces se hace el médico es ¿Qué pasa después? ¿Cuál es la calidad de vida de estas pacientes? Con este objetivo investigamos el estado actual de estas pacientes (noviembre 1997) encontrando los siguientes resultados que son verdaderamente impresionantes y que demuestran una realidad que no quisiéramos aceptar.

1. Una de las pacientes es huérfana, los padres fallecieron, la cuida el tío (el mismo que abuso sexualmente de ella).
2. Tres de las niñas con trauma por abuso sexual el padre está en la cárcel ya que la madre lo demandó ¿Y ahora quien sostiene el hogar y los demás hijos?
3. Tres niñas fueron violadas por el padrastro, en la actualidad continúan viviendo en la misma casa.
4. Una de las niñas fue violada por el hermanastro. continúa viviendo en la misma casa.
5. Dos de ellas viven en su casa. Se desconoce el agresor.

Discusión

El trauma genital en la mayoría de las veces ocurre como consecuencia de los juegos propios de los niños ocasionado al ampliar el ángulo de sustentación al mantener las extremidades en abducción extrema. Sin embargo existe también el trauma genital por abuso sexual, el cual cada vez se hace cada día más frecuente en todas las sociedades.⁶

En los E.U.A se reportan cerca de 200 000 mujeres anualmente por abuso sexual. Esta agresión es acompañada de crímenes violentos (Datos de acuerdo a los reportes de crímenes de la Federal Bureau of Investigation). De acuerdo a investigaciones realizadas investigaciones realizadas existen



Gráfica 1. Distribución por grupos de edad.

de tres a diez mujeres abusadas sexualmente que no se reportan, por cada una de las mujeres que reporta el abuso sexual. Esto indica que 20% de las mujeres adultas, 15% de las mujeres de colegio y 12% de las mujeres adolescentes han pasado por experiencias de abuso sexual a lo largo de sus vidas.^{7,8}

La incidencia de abuso sexual es alta en el grupo de edad de los 16 a los 19 años seguida por el grupo de 23 a 24 años en la edad adulta. El abuso del niño esta implicado en el 1 % de las lesiones en niños lactantes y 10% de niños preescolares que acuden al departamento de urgencias por trauma.^{7,8,9}

En los E.U.A el síndrome del niño maltratado o abuso en los niños de 1 a 6 meses ocupa el segundo lugar de mortalidad únicamente precedida por el síndrome de muerte súbita de lactante. En niños de 1 a 5 años el abuso del niño ocupa el segundo lugar, precedido únicamente por accidentes verdaderos.^{7,8,10}

De los resultados obtenidos se aprecia que el trauma genital en niñas su etiología mas frecuente es por caída a horcajadas,^{3,4} con las piernas abiertas, como otros reportes de la literatura, aunque su asociación puede ser un poco mas objetivo y didáctica si las dividimos de acuerdo al lugar donde se produce u objeto con que se produce.

Es así como apreciamos también las caídas sobre muebles, o en la ducha (al bañarse) o lesiones con los baches y topes al ir en bicicletas.

El grupo escolar fue donde con mayor frecuencia se presentaron los casos incluso los casos de abuso sexual. Algunos autores refieren el maltrato al menor asociado a abuso sexual con mayor frecuencia en la adolescencia^{3,4} y otros reportan con mayor frecuencia en la etapa preescolar.⁶

Se presentó un caso de trauma genital en recién nacida por trauma obstétrico, presentación pélvica y atendida por partera empírica, en su afán de ayudar a la madre trato de cortar le el miembro pélvico izquierdo, como a los pollos, “desgonzandola” para poder obtener al producto, afortunadamente la paciente nació antes de que la partera completara su fatal idea, su evolución fue muy satisfactoria como se comentó anteriormente. El trauma genital en recién nacido es siempre asociado a Trauma obstétrico.

La sintomatología es la misma que se ha descrito en artículos de revisión incluyendo signos y algunos síntomas que hacen sospechar cuando se trata de abuso sexual como miedo, introversión, llanto continuo, depresión, pero lo que más apoyó este diagnóstico fue el dato verbal de abuso sexual por el familiar o acompañante del paciente. Los signos a la exploración física son anormalidades no específicas de abuso sexual como reporta Mc Cann y colaboradores al examinar 93 niñas no abusadas y con trauma, ellos encontraron eritema en el 56%, adhesión de labios en 40% y lesiones vestibulares en 25%.¹¹

El Hospital del niño: “Dr. Rodolfo Nieto Pádrón” es un hospital de tercer nivel y de concentración, donde podemos

apreciar que la mayoría de las pacientes llegaron con un promedio de 2.2 horas al hospital lo que indica que existe excelente comunicación de los municipios, para atención de problemas de salud que requieran envío urgente y el envío es oportuno de los pacientes con el sistema de referencia-contrareferencia nacional.

La necesidad de ingresos económicos familiares, que hace que en la mayoría de los hogares, padre y madre tengan que trabajar incluso hasta en dos trabajos para solventar el gasto diario ó estén ausentes en el hogar, es un factor que hace que los niños estén solos, lejos de que se les preste atención y desprotegidos en su tipo de juegos, sobretodo en las tardes. Aunado a que cada día el tipo de juegos de las niñas tienden a imitar al juego de los niños, hace que el trauma genital ocurra con mayor frecuencia. En el presente estudio observamos que en la mayoría de los casos el trauma genital ocurrió de las 12:00 a las 18:00 horas, con un promedio de las 15:00. Inclusive al investigar el momento del abuso sexual solo en dos niñas fue de las 10 de la noche a las 5 de la mañana, aunque no es significativo ya que es un grupo pequeño de casos, otros autores reportan de las 10 de la noche a las 6 de la mañana con mayor frecuencia de abuso sexual.^{7,8,10}

Las lesiones genitales en niñas siempre se han clasificado de acuerdo a las lesiones de la mujer adulta, siendo que esta clasificación esta hecha precisamente para la mujer adulta y esta relacionada con las lesiones del canal de parto. Sin embargo muchos autores han tratado de proponer clasificaciones propias para las niñas, ya que la etiología y anatomía son diferentes de la mujer adulta. Pritchard¹² la clasifica en lesiones vaginales, perineales o anales. Pokorny¹³ recientemente publicó una clasificación para lesiones genitales agudas en niñas apoyada en la forma que se causaba la lesión: caída horcajadas, lesiones no penetrantes, lesiones penetrantes y lesiones con fuerza y usando factores anatómicos de simetría y/o transección himeneal Biggs¹⁴ lo clasifica en 3 categorías: lesiones de tejidos blandos no perforante, laceraciones o lesiones con sangrado, agregando 6 localizaciones anatómicas: labio mayor, menor, fondo de saco posterior, e introito, himen, vagina cervix y ano.

Por lo que se aprecia todas las clasificaciones que existen tratan de definir de la mejor manera el trauma genital en niñas. Por nuestra parte sumamos nuestros esfuerzos y proponemos la presente clasificación que es muy clara anatómicamente, de acuerdo al grado de profundidad y fuerza del trauma es el grado más severo de lesión y lo que es importante precisa la etiología del trauma al utilizar el prefijo "T" y "AS" haciendo la diferencia si es por trauma o por abuso sexual.

De acuerdo a la clasificación propuesta observamos que las pacientes el grado de lesión es inversamente proporcional a su etiología, si se trata de trauma por abuso sexual los grados de lesión son mas severos y cuando es trauma no asociado a abuso sexual los grados de lesión son mas leves.

Casi todas las caídas sobre objetos causan lesiones o heridas asimétricas y que no atravesaban el himen, al igual que otros reportes.¹³ Se refiere que las heridas simétricas y que atraviesan el himen se asocian con abuso sexual. Las lesiones observadas de las pacientes con abuso sexual demostraban lesiones agudas y no crónicas como en algunas ocasiones se han reportado.^{3,4,13} Todas las lesiones fueron lavadas y suturadas con material absorbible según reportes de los expedientes sin presentar complicaciones posteriores, aunque algunos autores no recomiendan el cierre primario de las heridas genitales profundas.¹⁴ El éxito probablemente esta en que casi todas las heridas, tenían menos de 6 hrs al llegar al hospital y se consideraban no contaminadas.

En tres ocasiones se asociaron hematomas grandes a tensión en labios mayores y al igual que las heridas perineales profundas se debridaron, drenaron y lavaron. El tratamiento antibiótico fue muy variado, en la mayoría de casos el trauma genital leve (Grado O de la clasificación propuesta) se puede manejar con un solo antibiótico como ampicilina o penicilina debido a que cubre los gérmenes más comunes de la flora normal de los genitales de la niñas.

Cuando la lesión es mayor del Grado 1 ó se asocia a trauma por abuso sexual (AS GI-V) deberá considerarse la probable contaminación con objetos extraños tierra, etc. y se sugiere cobertura con doble antimicrobiano, sobre todo por anaerobios como por ejemplo: Penicilina, Amikacina-Metronidazol, Clindamicina-Amikacina.^{9,16}

La gravedad de las lesiones solo fueron serias en dos pacientes que ameritaron más de 2 días de estancia hospitalaria: Una con T Grado V, y otra paciente con AS Grado 1V en la mayoría de los casos fueron suficiente dos días de hospitalización.

En ocasiones hay mas datos a la exploración física de formas de maltrato y abuso al menor que en la exploración de genitales inclusive hay reportes donde se asegura que la ausencia de lesión genital no excluye el abuso sexual.¹⁷

La mayor parte de las lesiones diagnosticadas y tratadas apropiadamente curan con rapidez. Sin embargo, el tratamiento inapropiado de los desgarros puede culminar en complicaciones infecciosas,³ y causar a veces angostamiento de uretra y vagina.⁴

Clasificación propuesta			
GRADO	TI	Lesión de clitoris, labios mayores y/o menores, vestíbulo vaginal y/o meatro uretral	2 I
GRADO	TII	Lesión de himen + uno de los puntos anteriores	2
GRADO	TIII	Lesión de mucosa y pared vaginal + uno de los puntos anteriores	1
GRADO	TIV	A) Lesión de pared vaginal que interesa músculos y/o uretra más de 1cm. B) Lesión del cuello uterino + uno de los puntos anteriores	3
GRADO	TV	Lesión que interesa ano y/o recto	1
Se agregará el prefijo T: Si es por trauma Se agregará el prefijo: AS: Si es por abuso sexual			

Tabla 3. Grado de lesión por trauma sin abuso sexual del estudiado de acuerdo a la clasificación propuesta.

De las patologías asociadas tres niñas presentaron el diagnóstico de vulvovaginitis crónica, dos niñas con antecedente de trauma por abuso sexual y una con trauma genital. La última de ellas después de dos años de tratamientos diversos sin mejoría, se le realizó vaginoscopia bajo anestesia pensando en probable cuerpo extraño y/o reacción al material de sutura, y se corroboró pequeñas ulceraciones sin secreción en el cuerpo del clitoris, lesiones sugestivas de masturbación y/o abuso sexual.¹⁷ De las dos niñas con vulvovaginitis crónica que tienen el antecedente de trauma genital por abuso sexual, se investigó con las madres y se desconoce si estas niñas continúan siendo objeto de abuso sexual pero no se ha aceptado la vaginoscopia bajo anestesia, para revisión. Aunque son pocos los comunicados en la literatura de las alteraciones psicológicas que presentan estas pacientes no encontramos evidencia de depresión como síntoma frecuente como otros autores refieren.^{18,19}

En los casos de traumatismo genital sin abuso sexual de acuerdo a la etiología se propone como método de prevención: La vigilancia de los juegos y actividades vespertinas de las niñas que sean de acuerdo a su edad y que se mantengan en observación cerca de uno de los padres. El uso apropiado de antiderrapantes en la ducha con "chancas" o piso antiderrapante.

En la mayoría de los casos de abuso sexual en menores los agresores fueron parientes o conocidos de la familia. En contraste más de la mitad de los violadores son extraños a sus víctimas y sólo una proporción muy baja son miembros de la familia. La violación fue acompañada frecuentemente de un ataque físico, en cambio en el abuso

Clasificación propuesta			
GRADO	ASI	Lesión de clitoris, labios mayores y/o menores, vestíbulo vaginal y/o meatro uretral	0
GRADO	ASII	Lesión de himen + uno de los puntos anteriores	3
GRADO	ASIII	Lesión de mucosa y pared vaginal + uno de los puntos anteriores	3
GRADO	ASIV	A) Lesión de pared vaginal que interesa músculos y/o uretra más de 1cm. B) Lesión del cuello uterino + uno de los puntos anteriores	3
GRADO	ASV	Lesión que interesa ano y/o recto	1
Se agregará el prefijo T: Si es por trauma Se agregará el prefijo: AS: Si es por abuso sexual			

Tabla 4. Grado de lesión por abuso sexual del estudiado de acuerdo a la clasificación propuesta.

sexual el empleo de violencia y fuerza física fue menor que en la violación. Aproximadamente la mitad de los casos de abuso sexual ocurren dentro de la familia.²⁰ El incesto constituye una variante de la violación, pero también puede serlo del abuso sexual, como ocurre en la pedofilia.

El incesto más común fue el cometido por el padre, seguido de padrastro, tíos y hermanos mayores.²¹ En nuestro estudio el agresor reportado más frecuente fue el padrastro,³ hermanastro,¹ tío,² desconocido,² y solo en dos casos el padre. Ante una niña con himen perforado ó adolescente embarazada donde no se sabe quien ha sido el agresor o progenitor y no existe el antecedente de violación, cabe pensar en el incesto como la primera posibilidad a pesar de que la violación es un delito, esta se denuncia poco, quizá sólo uno a cuatro casos en diez son denunciados.²⁰ En nuestro estudio hay el antecedente de un adolescente agresor. Algunos estudios reportan que los adolescentes agresores padecen diferentes cuadros psicopatológicos: los reactivos, los de trastornos emocionales y los de trastornos de conducta.²¹ Muchos de los agresores fueron ellos mismo víctimas de maltrato físico o abuso sexual y quizá también recibieron la influencia negativa de la mala educación sexual: publicaciones y videos pornográficos y en los últimos años el aumento alarmante de la pornografía infantil.^{21,22,23}

¿Cuál es el origen del aumento del abuso sexual al menor? Existe evidencias tan claras y tan difícil de poder ver y vencer para comprender el origen del aumento del abuso sexual en los niños.

La mala educación sexual
Pérdida de núcleo familiar (Familia desorganizada)

Medio socioeconómico bajo
Alcoholismo, drogas y enervantes

Es claro que el aumento de la mala educación sexual, es un factor predominante.²¹

Las películas que tienen la clasificación "C" es para personas que tienen un estado denominado "Adulto" que se define como aquella persona que esta físicamente y mentalmente preparada para ver ese tipo de films ya que tiene una identidad formada y lo que suceda durante el film, no tiene por que transformarlo, ni cambiarlo en su manera de ser, o de pensar, o de actuar. ¿Pero que ocurre? Hay "adultos" inmaduros que ven una película o telenovela y tienden hacer lo mismo, e inclusive esta mala educación sexual, que proviene de películas pornográficas, telenovelas, revistas etc. están en manos de adolescentes e inclusive niños menores de 12 años.

Es bien sabido que la llave del éxito en la salud pública es la prevención^{2,22,23} y el problema del abuso del niño no es un problema que resuelva el tratamiento médico, quirúrgico o psicológico de por vida. Es indispensable reflexionar y sabiendo que todo médico es un educador, un maestro para con nuestra casa, nuestros pacientes, con nuestra sociedad es indispensable unir fuerzas en la prevención y promover una buena educación sexual, no aquella mala educación sexual que nos invade y bombardea que se base en pornografía, por TV ó cine:

donde se usa condón y anticonceptivos y ya. No, sino en aquella que preserva los valores y virtudes del ser humano, como hombre o como mujer. Fomentando y enseñando que el acto sexual debe realizarse cuando una persona esta física y mentalmente preparada, y en la actualidad hasta económicamente. Y no simplemente enseñar a usar el condón. Ya decía Freud: "el acto sexual es el máximo satisfactor del ego" Si, pero no dijo que se fomentara fuera de su tiempo. También dijo "al sexo hay que verlo con profundo respeto" y en la actualidad tiene de todo, menos respeto. Tampoco hay que verlo con dogmatismos sectarios, religiosos o tabúes o con miedo, no, hay que verlo como es, como lo más hermoso y valioso que podemos dar a otra persona. Pero recordemos que es preciso que recobremos su valor perdido.

El pronóstico para el tratamiento de adolescentes que cometen delitos sexuales es ominoso, y la prevención persiste como la mejor opción.^{2,22,23}

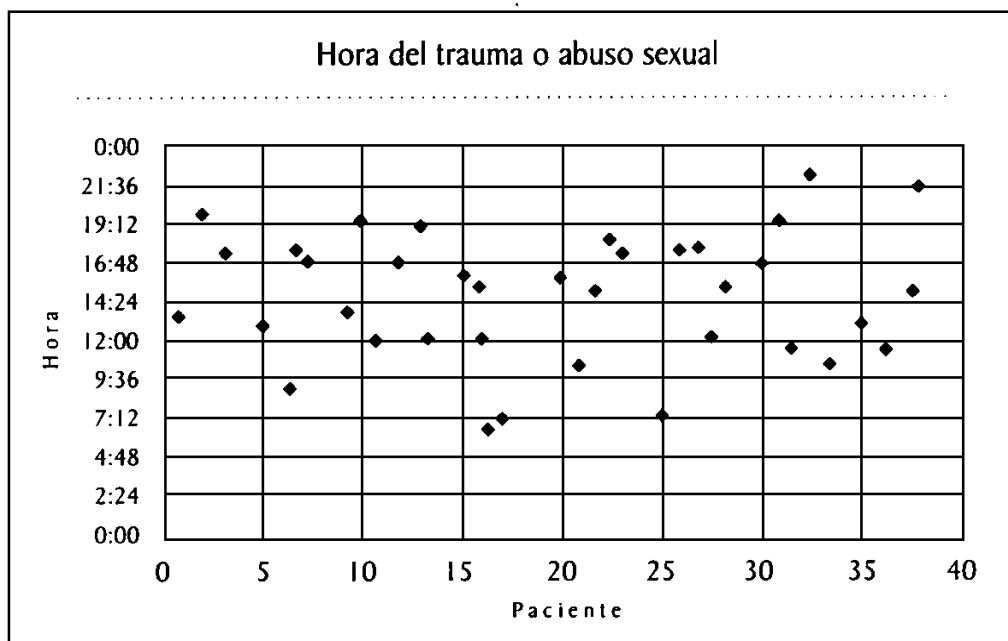
Algunas recomendaciones preventivas de abuso sexual:

Evitar la pornografía en "adultos" cuando todavía no se esta preparado en cualquiera de las tres esferas: mental, física ó psicológicamente.

Evitar el bombardeo pornográfico de nuestros niños, por TV, cine, revistas.

Limitar el uso de la televisión en casa y ver programas propios para niños y/o para adolescentes.

Fomentar en los adolescentes y niños el estudio por las bellas artes y el ejercicio físico.



Gráfica 2. Se aprecia la distribución de la hora del momento del abuso o trauma genital.

Antibióticos utilizados

Ampicilina	11
PGSC	9
Ampicilina-Amikacina	6
Dicloxacilina	6
Metronidazol-amikacina	2
Otros	4

Tabla 3.

Conclusiones

La clasificación presentada, pretende ser adecuada, sencilla, manejable y toma en cuenta la etiología del trauma genital. La etiología de trauma genital más frecuente es la caída a horcajadas. Es importante conocer el tratamiento médico, quirúrgico, psicológico y el seguimiento que tienen los pacientes con trauma genital asociado o no a abuso sexual.

Se da orientación basada en la literatura sobre métodos de prevención de trauma genital y de abuso sexual.

Bibliografía

- Finkelhor D.** The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 1994; 18(5): 409-17.
- Hadman CR, Burgees AW:** Sexual abuse of children: Causes and consequences. In Cicchefti D, Carlson V (eds): *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child abuse and neglect.* New York: Cambridge University Press, 1989
- Sterioft SJ, Izant RJ, Persky L.** Perineal injuries in children. *J Trauma*, 1969; 9: 56.
- Ezelí WW, Smith EI, et al.** Mechanical traumatic injury to the genital in children. 1969, *J Urol.*, 102: 788.
- Paul DM.** The medical examination in sexual offences against children, 1977, *Med Sci Law*, 171: 251.
- Loredo AA, Reyes MJ, De Martínez C y col.** El maltrato al menor. Una realidad reciente en México *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986; 43:425-434.
- Rambow B, Adkinson, Frost TH, Peterson CE.** Female sexual assault: medical and legal implications. *Am Emerg Med* 1992 Jun; 21(6): 727-31.
- Norman EK, Tambs K, Magnus P.** Sexual abuse of children a public health problem?. *Nor Med* 1992; 107(12): 326-30.
- Ingrsm DL, Everest VD, Lyna PR, White ST, Rockwell LA.** Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse *Pediatr Infec Dis J* 1992; Nov 11(11); 945-50.
- Vandeven AM, Emans SJ.** Sexual abuse of children adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1992 Dec: 4(6): 843-8.
- Mc Cann J, Wells R, Voris J.** Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study. *Pediatrics* 1990; 86: 428.
- Pritchard J. MacDonald PC.** Lesiones del canal de parto en: *Williams Obstetricia.* Edit Salvat, Segunda Edición 1983: 711.
- Pokorny SF, Pokorny WJ, Kramer W.** Acute genital injury in the prepubertal girl. *Am J Obstet Gynecol*, 1992 May; 166(5): 1461-6.
- Biggs M, Sternac LE, Divinsky M.** Genital injuries following, sexual assault of women with and without prior intercourse experience. *CMAJ* 1998, Jul 14:159 (1): 33-7.
- Pokorny S, Pokorny W.** Benign Gynecology en: Ascraft KW, Holder TM. *Pediatric Surgery.* W.B. Saunders Company 2nd Edition, 1993: 975-985.
- Cob SC y cols.** Vulvovaginitis en: González SN, Torales TN, Gómez BD. *Infectología clínica.* Ed. Trillas. Primera edición 1984:469-467.
- Bowyer L, Dalton ME.** Female victims of rape and their genital injuries. *Br J Obstet Gynecol* 1997 May; 104 (5): 617-20.
- Sanchez BC, Morales CF, González CGA, García HA.** Embarazo en adolescente por violación y sus repercusiones psicológicas Estudio comparativo. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995; 52: 456-9.
- Loredo AA, Carbajal RL, Reynes MJ, Rodríguez HR.** El maltrato del niño: *Bol Med Hosp Infant Mex* Vol 50; Dic 1993 (12): 898-902.
- Finkelhor D.** Abuso sexual al menor México: Ed. Pax, México, 1980: 12.
- Sauceda-García JM.** Agresividad sexual en la adolescencia temprana En: Sauceda-García JM, editor. *La salud mental del niño y del adolescente México: Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil*, 1989: 66-77.
- Ryan GD, Lane SL (eds).** Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences and Correction. Lexington, MA: Lexington Books, 1991.
- Altemejer W, Oconor S, Vietze P y col.** Antecedents of child abuse. *J Pediatr* 1982; 100:823-829.