



Traumatismo genital en niñas y adolescentes

Víctor Manuel Vargas Hernández,* Jesús Estuardo Luján Irastorza**

RESUMEN

El traumatismo genital ocasiona gran preocupación a los padres por la influencia que presentará en el desarrollo psicosexual y fertilidad futura de su(s) hija(s). Por ello el médico debe investigar la causa accidental o por abuso sexual y conocer la fisiología del aparato genital desde su nacimiento hasta la pubertad.

Palabras clave: Traumatismo, ginecología, niñas, adolescentes, hemorragia.

ABSTRACT

The genital traumas are of a great deal of concern among the family due to its impact in the psychosexual development and their fertility of their children. Physicians must be aware about their causes either accidental or sexual abuse and know the anatomy and physiology from their birth until puberty.

Key words: Trauma, gynecology, girls, adolescent, bleeding.

Los traumatismos genitales se presentan rara vez en niñas o adolescentes, sin embargo, cuando ocurren ocasionan preocupación en sus padres por la repercusión que puedan tener en el desarrollo psicosexual y reproductivo de su(s) hija(s).^{1,2} El médico comparte estas preocupaciones, pero debe diferenciar si la lesión es accidental, resultado de actividades clandestinas o por abuso sexual.¹⁻⁵ El sangrado genital es causado por múltiples causas incluyendo el traumatismo genital,⁶ el cual es uno de los síntomas ginecológicos más comunes durante la infancia que requiere una inmediata evaluación para descartar una proceso tumoral.

Las heridas de los órganos genitales durante la infancia se presentan, por lo general, como resultado de caídas sobre objetos agudos o penetrantes.^{1-5,7} En los genitales externos pueden causar edema, hemorragia o hematomas, que rara vez producen lesiones permanentes, aunque sean extensas. Sin embargo, algunas ponen en peligro la vida, principalmente las lesiones internas.^{1,3,7,8}

Para valorar el trauma genital, es importante conocer la fisiología y anatomía del aparato genital de las niñas y adolescentes. Existen casos donde los estímulos estrogénicos provenientes de la madre generan cambios fisiológicos tanto en la recién nacida como en la lactante menor, los cuales provocan engrosamiento y mayor

distensibilidad del epitelio vulvar. Debido a estos cambios tienen mayor resistencia a lesiones y menor riesgo a sufrir hemorragia que las lactantes mayores de 2.5 años hasta la pubertad. En este periodo premenárquico, los tejidos son atróficos, carecen de distensibilidad y los traumas leves todavía causan hemorragia.²

Anatómicamente el periné es el área del tronco que cubre el estrecho pélvico inferior. El límite anterior es la sínfisis del pubis. Los límites laterales son las ramas isquiopúbicas, las tuberosidades isquiáticas y los ligamentos sacro-ciáticos. El límite posterior es el cóccix. Los órganos pélvicos incluyen: vejiga, uretra, vagina, útero, anexos y recto, los cuales están protegidos anterior, posterior y lateralmente por la pelvis ósea e inferiormente por el diafragma pélvico, que está formado por una serie de aponeurosis con sus músculos.⁷

Al jugar las niñas suelen arriesgarse innecesariamente y, como consecuencia, no son raras las lesiones en sus genitales. Las lesiones frecuentemente reportadas son por consecuencia de diversos traumas: caída en horcajadas, patada entre los muslos, choque accidental contra un mueble del sanitario, choque contra un asiento de bicicleta, caídas durante la actividad física escolar desde vallas, aparatos de gimnasia o al patinar. Y en otras ocasiones por autoinserción vaginal de objetos como una estaca,

* Ginecólogo Oncólogo, recertificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Certificado en Biología de la reproducción humana. Servicio de Endocrinología, Hospital Juárez de México. SSA.

** Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Residente de sexto año de Biología de la reproducción humana. Hospital Juárez de México. SSA.

un rastrillo, una horca, una punta de reja etc., lo cual determina si la lesión es una contusión o herida dependiendo del carácter romo o agudo del agente agresor.^{1,4,7}

En las contusiones, un impacto frontal comprime las partes blandas sobre las ramas isquiopúbicas o la sínfisis del pubis, causando estallidos vasculares, principalmente venosos. Un impacto tangencial moviliza los tegumentos sobre el plano músculo aponeurótico y los músculos pélvicos, originando desgarros vasculares y ocasionalmente musculares.^{4,7} El cuadro clínico se manifiesta con dolor intenso, en ocasiones con reflejo vagal, localizado inicialmente en el punto de impacto; pero éste es difuso, atenuado o continuo en caso de hematoma, con sensación de pesadez o de tensión, originando una zona equimótica generalmente limitada a los labios mayores de la vulva (Figs. 1a y 1b).^{4,5,8}

Las heridas se acompañan de dolor y hemorragia abundante desde el primer momento, por ello exigen una rápida hemostasia y, algunas veces, principalmente en las penetrantes, una laparotomía por daño a vísceras pélvico abdominales.^{1,5,7}

El plan estratégico para la valoración de la paciente consiste en una evaluación general, requiriendo el instru-



Fig. 1 (A y B). Traumatismo genital (hematoma de vulva: labios mayores).

Cuadro 1. Causas de hemorragia vaginal.

Vulvovaginitis	45.2%
Pubertad precoz	14.5%
Tumor ovárico funcional	9.7%
Esporádica	4.8%
Prolapso uretral	9.7%
Traumatismo genital	9.7%
Tumor vaginal	4.8%
Cuerpo extraño	4.8%
Desconocido	11.3%

mental necesario. Asimismo, la verificación de la estabilidad hemodinámica, limpieza de la región perineal y de la herida para su examinación.^{1-3,9} La paciente debe permanecer tranquila en posición supina para aplicarle compresas frías sobre el periné y permitir que miccione si lo desea. Si no puede orinar, deberá permanecer en la sala hasta que lo logre; si hay dificultad para la micción o existe hematuria, se efectuará cistoscopia para valorar la integridad uretral y vesical.^{2,9} La pérdida hemática se valorará cada 15 minutos, si ésta disminuye permanecerá otros 30 minutos en reposo.²

El objetivo principal consiste en determinar la extensión del trauma, observar si la lesión incluye el suelo pélvico, si hubo desgarro o ruptura del himen y si el objeto que causó la herida pudo penetrar más allá del suelo pélvico.^{1,2,7} Determinar si el relato del accidente corresponde al tipo de extensión de la herida observada; cuando se obtiene una buena descripción del objeto que causó la lesión, se habrá dado un gran paso para determinar la gravedad. Es importante describir el juguete u objeto, valorar su longitud, a fin de confirmar si es suficiente para penetrar más allá del suelo pélvico.^{1,3} En las lactantes y prepuberales hay trastornos que pueden confundirse con traumatismos, por lo cual el médico debe aprender a distinguir problemas como condilomas acuminados, prolapso genital, etc.² (Cuadro 1).

Cuando es imposible explorar en forma apropiada el área vulvar y genital por los medios ordinarios, las pacientes deben examinarse bajo anestesia.^{1,2,9}

Las quemaduras en la región genital tienen lugar después del contacto con agua hirviendo, más raramente por incendio o explosión de cualquier causa.⁴ Resulta de gran importancia el tipo de ropa al momento de la quemadura, cuya evolución depende de la rapidez de regeneración, la cual tiene lugar en forma centrífuga a partir de las mucosas anal y vaginal siempre conservadas y de los fondos epiteliales de los conductos pilosos. Su tratamiento debe ser especializado y se dificulta por la maceración que provoca



la aparición de bridas cicatrízales de los pliegues genitocrurales e inginocrurales, lo cual dificulta la separación de los muslos por largo tiempo para su mejoramiento.⁴

Durante el tratamiento del trauma se debe formular un plan para evitar más daño y en lo posible secuelas.² Se debe debridar y limpiar la herida y lograr hemostasia, en general se evitan las suturas cutáneas, especialmente si no están en la línea media del cuerpo perineal. Por lo regular se deja que las heridas externas en las paredes del vestíbulo se cierren por segunda intención, por lo que deben permanecer en reposo y en posición supina durante las primeras 24 horas y efectuar baños de tiña 3 o 4 veces al día. Es imperativo excluir la lesión del recto y tracto gastrointestinal y urinario, ya que pueden resultar totalmente desgarrados, al mismo tiempo que los genitales externos, la cavidad abdominal e incluso el tórax.^{1-3,7,8} Ante la menor sospecha de lesión visceral o descompensación hemodinámica se efectuará laparotomía exploradora, con las reparaciones y/o mutilaciones necesarias, así como antibióticoterapia e inmunizaciones, principalmente antitetánica si están indicadas.^{1-3,7}

REFERENCIAS

1. Muran D. Pediatric and Adolescent Gynecology. In: Pernoll MI, De Cherney AH. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, Appleton & Lange; 1994.
2. Pokorny SF. Traumatismo genital. Clin Obstet Ginecol 1997; 1: 205-9.
3. Huffman JW. Ginecología en la infancia y en la adolescencia, Edit. Salvat; 1971, p. 215-24.
4. Hewitt J, Pelisse M, Paniel B. Enfermedades de la vulva. 1a Ed. Edit Interamericana; 1989, p. 73-80.
5. Kaufman RH, Fabo S. Enfermedades benignas de la vulva y la vagina. 4a Ed. Edit. Mosby/Doyma; 1996, p. 389-99.
6. Imai A, Horibe S, Tamaya T. Genital in premenarcheal children. I J Gynecol Obstet 1995; 49: 41-5.
7. Delaney JJ. Lesiones ginecológicas y obstétricas en traumatología. Ballinger II WF, Rutherford RB, Zuidema GD (eds.). 2a Ed. Edit. Interamericana; 1977.
8. Sersiron D. Ginecología pediátrica. Edit. Masson; 1985, p. 15-6 y 58-60.
9. Cowlell CA. The gynecologic examination of infants, children and young adolescents. Pediatr Clin North Am 1981; 28: 247.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Víctor Manuel Vargas Hernández
Tuxpan No. 2, 203
Col. Roma Sur,
México, D.F