

Importancia de la exploración anogenital en la evaluación del niño y del adolescente con sospecha de abuso sexual. Revisión de la Clasificación Internacional

DRA. RAFFAELA SCHIAVON ERMANI,* DR. CÉSAR H. JIMÉNEZ VILLANUEVA*

El abuso sexual (AS) puede definirse como el acto de involucrar forzosamente, en cualquier forma de contacto sexual, manual, oral, genital o cualquier otro comportamiento de este tipo, que un adulto impone a un niño o adolescente. Implica una falta de consentimiento de éste, por la falta de comprensión y por la etapa de desarrollo psicosocial de la víctima (Kempe, 1992).

El abuso sexual puede ser de distintas formas de contacto: dígito-genital, oral-genital, génito-genital y las mismas variantes de contacto anal. También incluye abusos sin contactos, como: exhibicionismo, "voyerismo" y la participación cada vez más difundida de niños(as) en actividades pornográficas y en la prostitución.

Este fenómeno actualmente se considera como un problema de salud pública que afecta a la población infantil y adolescente sin respetar edad, sexo, clase socioeconómica o distribución geográfica. La prevalencia se desconoce; probablemente es elevada, pero no se notifica. Se estima que en la población general varía entre 1 y 38% de niños(as) y adolescentes menores de 18 años (Muram, 1989, I).

En la Ciudad de México, según cifras de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal,

hay un promedio de 300 denuncias mensuales de delitos sexuales; aproximadamente en la mitad de los casos, las víctimas son menores de edad (Saucedo-García, 1995) y en más del 70%, son menores de 20 años. En la población pediátrica mexicana, igual que en otras poblaciones, predominan las víctimas de sexo femenino, con dos picos de prevalencia, la edad preescolar y la adolescencia. El agresor más frecuente es un pariente o un conocido de la víctima. La agresión tiene lugar a menudo en el mismo domicilio; frecuentemente es reiterado y la denuncia del abuso es tardía, tanto más cuanto más joven es la víctima (Rimsza, 1982; Escobedo-Chávez, 1995, Huston, 1995).

Todas estas características contribuyen a que la sospecha o la denuncia del abuso sexual en niñas(os) se demore significativamente y, por ende, que la revisión médica sea tardía, más de lo que sucede entre mujeres adultas.

La identificación y el diagnóstico correctos son extremadamente difíciles y requieren experiencia, capacitación y especial habilidad en el interrogatorio y exploración de la probable víctima. Se requiere un equipo interdisciplinario entrenado, con habilidades específicas en las áreas a evaluar, desde las disciplinas de conducta, las psicológicas y la exploración física completa. Cada institución debe conformar una ruta crítica para la recepción y el manejo adecuado de estos pacientes (Loredo-Abdalá, 1998).

En particular, la exploración de los genitales externos y del área perianal representa un reto para los profesionales de la salud, debido al insuficiente entre-

Correspondencia: Dr. César H. Jiménez Villanueva. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, 04530, México, DF.

Recibido: mayo, 2001. *Aceptado:* octubre, 2001.

namiento que se recibe sobre el tema, así como a lo inespecífico de la mayor parte de los hallazgos.

Los hallazgos de la exploración genital dependerán de una serie de elementos: la extrema variabilidad en la morfología normal de los genitales, especialmente prepuberales (McCann, 1990; Berenson, 1992); la posición y la técnica de exploración (McCann, 1990, 1993; Paradise, 1993; McCauley, 1986); la edad de la víctima, con las diferencias en la morfología y el grado de estimulación estrogénica de los genitales; el tipo de abuso, desde la manipulación digital hasta la penetración o coito; el tiempo transcurrido desde la agresión y la cronicidad o no del abuso.

En la edad pediátrica, la exploración física del área anogenital después de un abuso puede no mostrar anomalías en un porcentaje que varía entre 16 y 85% de las niñas y 47 a 76% de los niños examinados (Paradise, 1990). La frecuencia de traumas o lesiones genitales documentadas se reduce del 36% si la exploración se realiza dentro de las primeras 72 horas del abuso al 11% si se hace después de tres días (Rimsza, 1982).

En su práctica clínica, el médico tendrá que enfrentarse a este diagnóstico en diferentes circunstancias:

1. Como hallazgo incidental en el curso de una visita de rutina, que siempre debería incluir la exploración de los genitales. Es el caso de los pediatras, ginecólogos o médicos generales y familiares.

2. Cuando lo solicite la madre o el familiar de un(a) paciente, ante la sospecha de un abuso sexual.

3. Cuando sea requerido en un peritaje legal, ante una denuncia formal. Es el caso de los médicos legistas o peritos médicos.

Debido a la necesidad constante de capacitación y actualización en este tema, se consideró oportuno y útil presentar un resumen de las propuestas más recientes de clasificación de los hallazgos de la exploración anogenital, desde la descripción inicial de Muram (1989) hasta las Guías de la Academia Americana de Pediatría (1991) y las últimas adaptaciones propuestas por Adams (1996) y Zeiger (2001).

Los hallazgos están subdivididos en cinco clases: normales, no específicos, sospechosos, sugestivos y confirmatorios (Cuadro 1).

El conjunto de los hallazgos de la exploración del

área anogenital, aunados a otros elementos como los cambios de conducta, la coexistencia de factores de riesgo (Loredo-Abadalá, 1999), la evidencia por laboratorio de infecciones de transmisión sexual y los informes sugestivos o testimonios objetivos del abuso, permitirán integrar una evaluación completa de la probabilidad del evento. Esto será tarea de un equipo interdisciplinario y capacitado.

El conjunto de estos elementos se clasifica en cuatro categorías, desde la 1 hasta la 4: ninguna evidencia de abuso, abuso posible, abuso probable, evidencias definitivas de abuso sexual (Cuadro 2). Es muy importante hacer énfasis en que esta propuesta no excluye la posibilidad del abuso *aún en ausencia de cualquier hallazgo físico* en el área genital, si existen otras evidencias, sospechas del mismo, o ambos factores, como por ejemplo el relato consistente y detallado del abuso por parte del(la) menor.

Cuadro 1. Hallazgos anogenitales

Hallazgos normales (Clase 1)

- Eritema en surcos.
- Cambios hormonales (estrogénicos) con himen redundante y bordes engrosados.
- Bandeletas periuretrales o vestibulares.
- Arrugas, crestas longitudinales intravaginales.
- Marcas himeneales.
- Orificio himeneal elongado en niñas obesas.
- Margen himeneal posterior amplio (entre 1 y 2 mm).
- Marcas perianales.
- Diastasis del ano.
- Pliegues engrosados en la línea media.

Hallazgos no específicos (Clase 2)

Anormalidades de la región anogenital que pueden ser debidas a abuso sexual, pero que se observan a menudo en niñas(os) sin antecedentes de AS

- Eritema del vestíbulo o perianal.
- Aumento de vascularidad del vestíbulo o del himen.
- Fusión de labios menores.
- Bordes himeneales enrollados, sobre todo en posición genupectoral.
- Margen himeneal posterior reducido, pero mayor de 1 mm.
- Descargas vaginales, debidas a infecciones no debidas a transmisión sexual (no ITS).
- Lesiones por el virus del papiloma humano (VPH) en niñas(os) menores de dos años.
- Carúnculas, muescas y hendiduras en el semicuarto himeneal anterior, entre las 9 y 3 h.
- Pliegues anales atenuados o al contrario, engrosados.
- Fisuras anales superficiales.
- Congestión venosa de tejidos anales o perianales.
- Dilatación anal con evidencia de heces en ámpula rectal.
- Incontinencia fecal.

Hallazgos sospechosos de AS (Clase 3)

Raros en niñas(os) sin antecedentes de AS; comunes en víctimas de AS. Si se encuentran dos, tres o más de ellos, se convierte en Clase 4

- Diámetro del orificio himeneal aumentado, mayor de 2 desviaciones estándar (DE) de lo normal; mayor de 4 a 10 mm, dependiendo de la edad.
- Abrasiones, laceraciones o evidencia de cicatrices en la cara interna de muslos, del vestíbulo o de los labios.
- Margen himeneal posterior atenuado o reducido; menor de 1 m m.
- Bordes himeneales irregulares (en hímenes no redundantes).
- Carúnculas, muescas y escotaduras himeneales en el semicuatrante himeneal posterior, entre las 4 y 8 h.
- Lesiones por VPH en niñas (os) mayores de dos años.
- Pliegues anales irregulares; edema o congestión venosa extensa de tejidos anales o perianales.
- Dilatación anal inmediata, por lo menos 15 mm, sin evidencia de heces en ámpula rectal.

Hallazgos sugestivos de AS (Clase 4)

La explicación más probable es la penetración, genital o anal

- Equimosis, laceraciones recientes o lesiones cicatriciales de fosa navicular, horquilla posterior, de bordes del himen o de ambos, sin historia de trauma accidental.
- Distorsión del borde himeneal, especialmente entre las 4 y 8 h del cuadrante.
- Atenuación pronunciada o ausencia parcial de tejido himeneal.
- Laceraciones anales.
- Dilatación anal inmediata, mayor de 15 mm, especialmente si es asimétrica, sin presencia de heces en recto.
- Prolapso anal inmediato.
- Cualquier combinación de dos, tres o más hallazgos de la Clase 3.

Hallazgos confirmatorios de penetración (Clase 5)

Evidencias definitivas de AS con penetración

- Ausencia completa de himen.
- Laceraciones de himen y paredes vaginales.
- Laceraciones anorrectales, que se extienden al esfínter externo.
- Presencia de semen.
- Embarazo.

Cuadro 2. Evaluación integral de la probabilidad de AS

Clase 1: Ninguna evidencia de AS

- Hallazgos normales a la exploración anogenital, ningún cambio de conducta, ausencia de historia o de testimonios de abuso.
- Hallazgos inespecíficos a la exploración anogenital, con otra etiología conocida, ningún cambio de conducta, el(la) niño(a) no refiere historia de abuso y no hay testimonios del mismo.
- Factores de riesgo presentes en el(la) niño(a), pero no se refiere historia de abuso, cambios de conducta inespecíficos.

Clase 2: Posible abuso

- Hallazgos clase 1, 2 ó 3 a la exploración anogenital en combinación con cambios de conducta significativos, especialmente conductas "sexualizadas"; el(la) niño(a) no refiere historia de abuso y no hay testimonios del mismo.
- Presencia de infección genital por virus papiloma o por herpes tipo 1, sin otros hallazgos anormales a la exploración anogenital, en ausencia de historia de abuso.
- Hallazgos clase 3 a la exploración anogenital, sin otra evidencia de abuso.
- Relato de abuso por parte del(la) niño(a), pero inconsistente o no detallado.

Clase 3: Probable abuso

- Relato de abuso por parte del(la) niño(a), en forma clara, detallada y consistente, con o sin hallazgos a la exploración anogenital.
- Hallazgos clase 4 ó 5 a la exploración anogenital, con o sin historia de abuso; en ausencia de historia consistente de lesión traumática accidental.
- Presencia de infección genital por *Chlamydia trachomatis*, herpes tipo 2 o tricomonas (documentadas por cultivos o serología) en niños(as) prepuberales.

Clase 4: Evidencia definitiva de abuso sexual (en cualquiera de sus formas)

- Presencia de esperma o fluido seminal en el cuerpo o cavidades del(la) niño(a).
- Episodios de amonestación sexual con testimonios del mismo. (Válido para documentación fotográfica o por video).
- Lesión penetrante no accidental del orificio anal o vaginal.
- Presencia de infección por *Neisseria gonorrhoeae* o por *Treponema pallidum* (sífilis adquirida) documentada por cultivos o serología en niños(as) prepuberales.

La presencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) no ha sido incluida hasta la fecha como sospecha o evidencia de abuso sexual por ninguna de las guías mencionadas (Brown, 1995).



Figura 1. Paciente de tres años de edad, con sospecha de abuso sexual (variedad contacto oro-genital); se desconoce el tiempo transcurrido desde el supuesto abuso. Mucosa vaginal normal para la edad, sin estimulación estrogénica, sin eritema ni vascularización anormal. Margen himeneal posterior reducido pero >1 mm. Bordes himeneales regulares con unas pequeñas marcas asimétricas (7 h del cuadrante). **Clase 2.**



Figura 3. Paciente de dos y medio años de edad, referida por sangrado transvaginal. Se observa una laceración muy reciente que abarca horquilla posterior, fosa navicular e himen (6h). **Clase 4.**



Figura 2. Paciente de cuatro años de edad, referida por abuso sexual (manipulación digito-genital) una semana aproximadamente antes de la exploración. Se observa una abrasión reciente en horquilla posterior (6 h) y fosa navicular; eritema difuso de vestíbulo; bordes himeneales irregulares, con pequeñas escotaduras a las 3, 6 y 9h. **Clase 3.**



Figura 4. Paciente de tres y medio años de edad referida por sospecha de abuso sexual. Se observa laceración reciente en región superior de clítoris.



Figura 5. Misma paciente con maniobra delicada de tracción b en tienda: se expone horquilla posterior, con otra laceración reciente. Se observan además lesiones por virus del papiloma humano perianales y perineales. **Clase 4.** Tres semanas después, la exploración de la paciente fue completamente negativa.



Figura 7. Paciente de cuatro años de edad. A la exploración en posición genupectoral se ve una dilatación anal inmediata, sin presencia de heces en recto. **Clase 4.**



Figura 6. Paciente de 16 años quien refiere que fue violada por el "novio" tres meses antes de la consulta. Mucosa normal para la edad, con adecuado estímulo estrogénico. Himen coroliforme, redundante, sin escotaduras identificables. Papilomatosis vestibular. **Clase 1.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams JA, Harper K, Knudson S. A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1992;5:73-5.
2. Adams JA. Significance of medical findings in suspected sexual abuse: Moving toward consensus. *J Child Sex Abuse* 1992;1:91-9.
3. Adams JA, Knudson S. Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:850-7.
4. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1991;87:254-60.
5. Berenson AB, Heger AH, Hayens JM, Bailey RK, Emans SJ. Appearance of the hymen in the prepubertal girls. *Pediatrics* 1992;89:387-94.
6. Brown J, Hauger SB, Clare FS, Rogers AR. Human immunodeficiency virus (HIV), human papillomavirus (HPV), and sexual abuse. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1995;8:208-12.
7. Emans SJ, Woods ER, Flagg NT, Freeman A. Genital findings in sexually abused, symptomatic and asymptomatic girls. *Pediatrics* 1987;79:778-85.
8. Escobedo-Chávez E, Loeza-Fuentes DV, Gómez-Nájera RI, Díaz-Aguirre MJ, Flores-Nava G, Thompson-Chagoyán O. Abuso sexual en pediatría: Factores epidemiológicos. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995;52:528-33.
9. Huston RL, Parra JM, Prihoda TJ, Foulds DM. Characteristics of childhood sexual abuse in a predominantly Mexican-

- American population. Child Abuse Negl 1995;19:165-76.
10. Kempe HC. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich lecture. Pediatrics 1978;62:382-9.
 11. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V, Sánchez-Velázquez A, Moreno-Fuentes MI. Maltrato al menor. Ruta de abordaje en un centro hospitalario pediátrico de la Ciudad de México. Acta Pediatr Mex 1998;19:276-80.
 12. Loredó-Abdalá A, Baeza-Herrera C, Saucedo García JM, Trejo-Hernández J, Bustos-Valenzuela V, Sánchez-Velázquez A. Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño. Bol Med Hosp Infant Mex 1999;56:195-7.
 13. McCann JJ, Wells R, Simon Boris J. Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: A descriptive study. Pediatrics 1990;86:428-39.
 14. McCann J. Use of the colposcope in childhood sexual abuse examination. Pediatr Clin North Am 1990;37:863-80.
 15. McCann JJ. The colposcopic genital examination of the sexually abused prepubertal female. Adolesc Pediatr Gynecol 1993;6:123-8.
 16. McCauley J, Gorman RL, Guzinky G. Toluidine blue in the detection of perineal lacerations in pediatric and adolescent sexual abuse victims. Pediatrics 1986;78:1039-43.
 17. Muram D. Child sexual abuse. Genital tract findings in prepubertal girls. I. The unaided medical examination. Am J Obstet Gynecol 1989;160:328-33.
 18. Muram D. Child sexual abuse. Genital tract findings in prepubertal girls. II. Comparison of colposcopic and unaided examination. Am J Obstet Gynecol 1989;160:333-5.
 19. Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child. Pediatr Clin North Am 1990;37:839-62.
 20. Rimsza ME, Niggeman EH. Medical evaluation of sexually abused children: A review of 311 cases. Pediatrics 1982;69:8-14.
 21. Saucedo-García JM. Abuso sexual, violación y embarazo en la adolescencia. Bol Med Hosp Infant Mex 1995;52:451-4.
 22. Zeiguer N. Genito-anal findings in sexually abused girls and adolescents. Presentación verbal. En: Libro de Resúmenes XIII Congreso Mundial de Ginecología Infante Juvenil y VII Congreso de ALOGIA Buenos Aires, Argentina 2001, p. 21.

CURSO DE POSGRADO

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) existen a la disposición de los pediatras interesados en desarrollar el Curso de Posgrado Atención Integral al Niño Maltratado tres plazas con beca.

El Curso de posgrado tiene reconocimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de la Secretaría de Salud (SS).

REQUISITOS

- Ser especialista en pediatría.
- Estar certificado por el Consejo de Pediatría.
- Entregar documentos, previa entrevista con el titular del curso antes del 30 de noviembre del 2001.

BECA

- Apoyo económico de \$4,600 quincenales, aproximadamente.
- Duración de un año.
- Apoyo con alimentos y batas.

OBLIGACIONES

- Desarrollar un proyecto de investigación y entregarlo al final del curso en formato de publicación.
- Tomar un curso de Metodología de la investigación (incluido en el programa)
- Desarrollar actividades de educación médica continua
- Participar proyectos de investigación.
- Trabajo asistencial tutoriado.

En caso de que el postulante no sea mexicano, debe contar con el apoyo del Gobierno de su país, pero recibirá los beneficios y prerrogativas de cualquier pediatra de México. Informes: Dr. Arturo Loredó Abdalá. Profesor titular. Instituto Nacional de Pediatría, Insurgentes Sur núm. 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, CP 04530, México, DF, tel.: 5666-0034 y 5606-7973. E-mail: aloredomx@yahoo.com, loredo@servidor.unam.mx, página web: www.medinet.net.mx