

11210



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



1
2ej

Facultad de Medicina
 División de Estudios de Posgrado
 Dirección General de Servicios Médicos
 del Departamento del Distrito Federal
 Dirección de Enseñanza e Investigación
 Subdirección de Enseñanza Médica
 Departamento de Posgrado
 Curso Universitario de Especialización en Cirugía Pediátrica

TRAUMA GENITAL EXTERNO EN NIÑAS

TESIS CON
VALLE DE ORIGEN

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A :
 DR. BULMARO BORJA TERAN
 PARA OBTENER EL GRADO DE :
 ESPECIALISTA EN
 CIRUGIA PEDIATRICA

DIRECTOR DE TESIS:
 DR. CARLOS BAEZA HERRERA

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

	PAGINAS
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	12
RESULTADOS	13
COMENTARIOS	14
CONCLUSIONES	22
RESUMEN	23
BIBLIOGRAFIA	25

TRAUMA GENITAL EXTERNO EN NIÑAS.

INTRODUCCION.

Las lesiones de genitales externos en niñas constituyen en la época actual, y sobre todo en nuestro medio, motivo frecuente de consulta y manejo de urgencia, con todas las implicaciones médico-legales y psicológicas que afectan a las pacientes. El trauma genital en las mujeres puede estar localizado y ser relativamente leve o acompañarse de otras lesiones distantes que pueden, incluso, poner en peligro la vida (1). Todas las diferencias entre los genitales externos de la niña y la mujer adulta hacen que las lesiones perineales en las primeras sean potencialmente más graves (fig 1). La distancia entre la piel perineal y la cavidad peritoneal es corta en la niña pequeña, 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 vasos y nervios pudendos es muy superficial en lactantes y niños mayores, de modo que un desgarró con escasa profundidad produce hemorragia masiva. Por último, el tabique recto-vaginal es delgado, el cuerpo perineal es pequeño, y ambos pueden ser fácilmente desgarrados. Enos y cols.(2) describen un atlas de genitales prepúberes.

Las lesiones en genitales pueden ser accidentales, autoincurridas o depender de un ataque o agresión. El 75% de las lesiones de genitales externos en niñas, y de acuerdo a series norteamericanas, es causado por caída "a horcajadas", y pueden

ser contusas o penetrantes. Otras causas pueden ser heridas por arma blanca y accidentes automovilísticos (3, 4). Puede encontrarse, en ocasiones, estrangulamiento circunferencial lineal alrededor del clítoris (4). La edad más frecuente de trauma genital fluctúa entre los 4 y los 12 años (3).

La violación es, con frecuencia creciente, causa de lesión de genitales externos en niñas. En un estudio forense de 162 pacientes sometidas a abuso sexual en un período de 16 años, Enos y cols. (2) encontraron que el 82.1% fueron mujeres, y de éstas el 50% fueron menores de edad. Sarafino estima que 336000 niños de todos los niveles socioeconómicos son víctimas, anualmente, de abuso sexual en los Estados Unidos (6).

A pesar de los numerosos reportes de salud pública, pediatría y psiquiatría en los últimos 20 años, los médicos aún soslayan la magnitud del problema, lo mismo que las autoridades judiciales. En nuestro país no se tienen estadísticas sobre violación en niñas, con la consecuente afectación de genitales externos.

El examen del periné en la niña es difícil, sobre todo en una paciente asustada y con hemorragia, por lo que suele ser necesaria la anestesia general, de modo que el diagnóstico y el tratamiento son simultáneos. En primer lugar, es preciso el examen cuidadoso del abdomen en busca de lesión a este nivel, y análisis de orina para búsqueda de sangre. Es necesario gran cuidado y atención por parte del médico a quien se pide que realice una exploración a una menor en quien se sospecha la posibilidad de haber sido víctima de atentado sexual. Requiere de gran

cuidado la elaboración de la historia clínica y el examen físico, y se deben obtener muestras apropiadas para estudio por el anatomopatólogo forense (3). Krugman da una excelente guía para llevar a cabo la exploración en estas pacientes, con todos los puntos de vista médico-legales de importancia (7). Paul describe asimismo un método adecuado, sobre todo desde la perspectiva legal para la valoración de tales pacientes. (5). Horowitz refiere también un método bastante preciso (8).

Una historia del ataque o asalto es difícil de obtenerse en niñas muy pequeñas, por lo que es preciso solicitar información de parientes, vecinos, y policía, sin olvidar que estos relatos rara vez son exactos. Con frecuencia se obtiene una historia -- confiable directamente de una niña entre 4 y 5 años de edad. Sin embargo, el médico debe determinar primero las palabras usadas por la paciente para describir sus genitales, información que suele lograrse fácilmente de los padres de aquélla.

Es necesario investigar el sexo del sujeto asaltante. El -- ataque puede tomar la forma de estupro o violación, pero con su frecuencia tiene todas las características de un castigo excesivo por algún tipo de conducta inapropiada para los padres o tutores, como por ejemplo orinarse en la cama o ensuciar la ropa, aplicándose entonces el término atentado "pseudosexual".

El examen de la enferma requiere el uso de instrumental adecuado, y en lactantes, preescolares y algunos escolares, anestesia general; si se considera necesaria. La amplitud de las lesiones

va a depender de la naturaleza y tamaño del objeto causal, del diámetro de la vagina, y de la fuerza con que se ha intentado el ataque. En general, cuanto más pequeña y de menor edad sea la víctima, son más extensas las lesiones producidas. Cuanto menor sea la edad de la niña, tendrá menos capacidad para resistir el atentado, y la única forma de resistencia pueden 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 en las mejillas, por si existen dientes flojos o daño del frenillo en el labio superior. Sterne y cols. recomiendan valoración por dentistas capacitados y la detección de espermatozoides o bacterias no habituales en el estudio del centrifugado salival (9). Desde el punto de vista legal se ha hecho la pregunta: "¿Existen algunas niñas que nacen sin himen?" Muchas veces el desconocimiento de esta situación puede llevar al médico encargado de un caso de supuesta violación a cometer errores que pueden ser garrafales. Aunque existen descripciones de la anatomía del himen en recién nacidas (10), no se habían encontrado datos que pudieran apoyar o refutar esta proposición. Por este motivo, Jenny y Kuhns (11), en dos hospitales de Washington dotados de servicio de maternidad, exploraron un total de 1131 recién nacidas. El equipo de examinadores estaba formado por un médico, una enfermera perinatóloga y una enfermera pediatra. Los exámenes se realizaron en niñas normales ingresadas en la sala de recién na

cidos para los cuidados pediátricos normales. Antes de iniciar el estudio, los examinadores exploraron conjuntamente algunas niñas para determinar si existía acuerdo con respecto a lo que constituye el tejido himeneal en las niñas, y para revisar las variaciones normales en el aspecto de este tejido. Después de examinar a las niñas, se registró la presencia de himen como parte de los datos físicos rutinarios del historial clínico. Se documentó en todas la presencia de himen. Entre el 3% y 4% de las niñas presentaban variantes anatómicas normales del himen, como estriaciones y bandas transversales. Si no se identifica himen, debe sospecharse rotura traumática e investigarse exhaustivamente.

Desde el punto de vista forense el himen puede ser: a) Intacto, que a su vez se divide en infantil, con pequeña abertura al centro; anular, con aberturas ovales centrales; y fimbriado con un septum, b) Intacto, pero contundido, c) Con ruptura reciente, dilatado o roto. En general, un orificio vaginal mayor de 4 mm es sugestivo de penetración (2).

Son frecuentes las lesiones por compresión en los brazos, los muslos, muñecas y tobillos cuando la víctima no conoce al agresor. Es preciso también valorar las lesiones anorrectales mediante examen cuidadoso del conducto anal; la laxitud del esfínter del ano y los desgarros anorrectales son signos evidentes de penetración anal. Destacan también como hallazgos frecuentes las contusiones e inflamación de los márgenes anales.

El hallazgo de *Chlamydia trachomatis* en una niña atacada sexualmente puede indicar penetración, pues, de acuerdo a Fernández y Sumano (12), 40% a 50% de la población sexualmente activa es portadora de este germen, existiendo, además, un gran porcentaje con antecedentes de infección gonocócica.

No existen, en lo que a nuestra investigación se refiere, informes en la literatura mundial que identifiquen y clasifiquen los diferentes tipos de lesiones de genitales externos femeninos en la niñez. La única clasificación es la empleada por los obstetras (13) que describen tres grados: Grado I: en el que hay afectación de horquilla, piel perineal y mucosa vaginal, sin afectar músculos. Grado II: interesa, además, músculos del cuerpo perineal, pero no al esfínter anal. Grado III: interesan esfínter anal.

Es obvio que en esta clasificación la causa de la lesión es obstétrica, y, en muchas ocasiones, yatrogénica.

La clasificación que proponemos divide a las lesiones en cinco grados (fig 2a-e):

Grado I: Lesión de clítoris, labios y vestíbulo vaginal.

Grado II: Lesión de himen.

Grado III: Lesión de pared vaginal, interesando hasta mucosa.

Grado IV: Lesión de pared vaginal, interesando hasta músculo.

Grado V: Lesión que interesa tejido rectal.

La anterior se divide, a su vez, en:

- a) Cuando afecta únicamente pared muscular del recto.
- b) Cuando penetra a la luz del recto.

Casi todos los desgarros del área genital pueden ser cerrados primariamente, debiendo utilizarse hilos de sutura absorbible, para evitar la molestia de quitarlos en fecha ulterior. Los hematomas labiales se absorben espontáneamente y no necesitan tratamiento específico, mientras que los desgarros cerca de la uretra requieren cateterismo, para evitar la contaminación con orina y favorecer la cicatrización. Sin embargo, los desgarros en el fondo de saco vaginal pueden requerir laparotomía para su reparación, debido al pequeño tamaño del introito en las niñas. Un desgarro que se extiende en dirección posterior desde el introito puede ser signo de abuso sexual (3). Antes de la sutura debe efectuarse examen endoscópico cuidadoso en busca de desgarros recto-vaginales, estando indicada la laparotomía en raros casos de hemorragia incontrolable. No debe olvidarse la profilaxis antitetánica en caso necesario.

Se sabe que las grandes urbes, debido al hacinamiento y sobrepoblación son centros donde este tipo de traumatismo puede encontrarse con mayor frecuencia (14). Nosotros creemos que dentro de las grandes ciudades, como la nuestra, existen zonas con mayor propensión a ocurrencia de ataques sexuales.

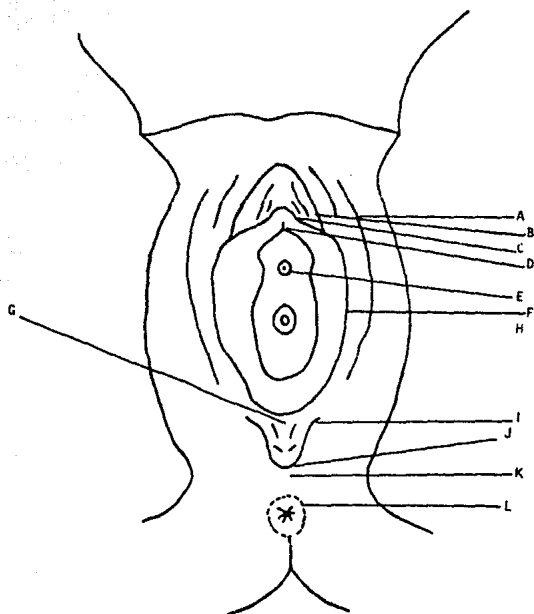


Fig 1. Diagrama anatómico de los genitales externos de la mujer prepúber. (a)labios mayores, (b)prepuccio del clítoris, (c) clítoris, (d) Frenillo del clítoris, e)meato urinario,(f)labios menores, (g)fosa vestibular, (h)hímen intacto con apertura central, (i)frenillo de labios menores, (j)comisura posterior, (k) periné, (l) ano.

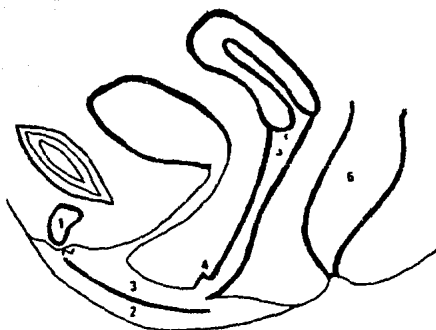


Fig 2. Esquema de genitales externos femeninos y su relación con el recto.

- 1.-Clitoris
- 2.-Labios mayores
- 3.-Labios menores
- 4.-Himen
- 5.-Vagina
- 6.-Recto

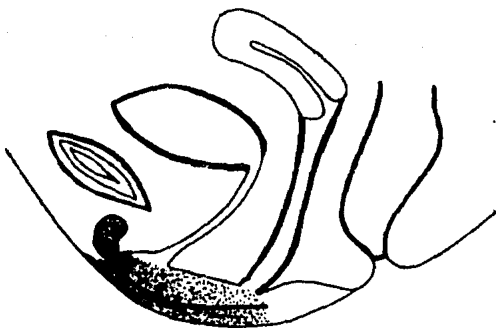


Fig 2a

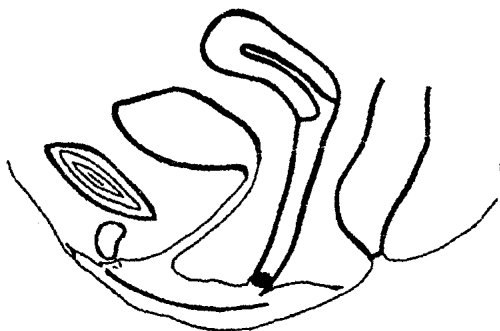


Fig 2b

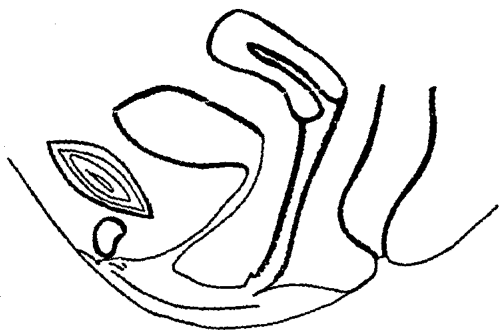


Fig 2c

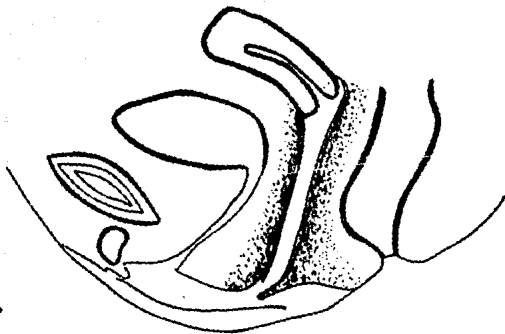


Fig 2d

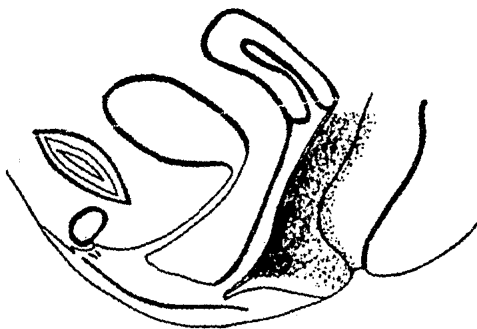


Fig 2e

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron en forma retrospectiva y prospectiva los expedientes clínicos de 29 niñas, menores de 15 años de edad, que sufrieron traumatismo en genitales externos, y que fueron atendidas en los hospitales Pediátrico Inguarán y Pediátrico Quirúrgico Moctezuma, de la Dirección General de Servicios Médicos - del Departamento del Distrito Federal, durante el período del 1 de julio de 1987 al 30 de noviembre de 1988. Se investigaron edad, lugar de procedencia (delegación política), tiempo entre traumatismo y atención médica, etiología de la lesión, hallazgos exploratorios, tiempo de hospitalización, manejo médico y quirúrgico y mes en que ocurrió el traumatismo. Las lesiones se clasificaron en los cinco grados ya referidos (fig 2).

RESULTADOS.

La edad de las pacientes varió de 3 a 13 años, con promedio de 7.5 años (gráfica 1), siendo el grupo de escolares el más afectado, con 17 casos (gráfica 2), representando el 58.6%.

16 de las pacientes procedían de las delegaciones Gustavo - A. Madero y Venustiano Carranza (8 de cada una). 6 provenían de la delegación Miguel Hidalgo, 2 de la de Iztacalco, 2 de la Benito Juárez y una de cada una de las siguientes: Cuajimalpa, Tláhuac y Azcapotzalco (cuadro 1). Todas las pacientes presentaron dolor y hemorragia transvaginal como manifestaciones clínicas.

El tiempo entre el traumatismo y la atención médica varió - de 1 a 40 horas, con promedio de 7 horas (gráfica 3).

El factor etiológico predominante fue la violación, presen-

te en 15 pacientes, representando el 55.5% de los casos; la caída "a horcajadas" fue causa del traumatismo en 9 pacientes (31%), y los golpes por objeto contundente en 5 pacientes (13.5%), uno de estos casos secundario a atropellamiento por vehículo automotor, con impacto directo en región genital.-- (gráfica 4).

Las lesiones más importantes fueron las secundarias a violación, siguiendo por frecuencia las ocurridas por caída "a horcajadas" y por otros mecanismos (gráfica 5).

En todas las pacientes se empleó antibiótico del tipo de la penicilina, excepto en una, en la que se usó esquema mixto (ampicilina y gentamicina), así como toxoide tetánico, siendo el objeto causante una lámina oxidada. Todas las lesiones, excepto una, requirieron reparación con catgut crómico 00 o -000.

De acuerdo a la clasificación propuesta, las lesiones más frecuentes se agruparon en el grado IV, siendo 18 pacientes, o sea el 62% de los casos, siguiendo las de grado III, con 4 pacientes, es decir el 13.7%; posteriormente los grados I y V habiendo 3 pacientes de cada uno, es decir el 10.3% para cada grado. Las lesiones de grado II se presentaron únicamente en un paciente, representando sólo el 3.4% de la serie (gráfica 6).

El tiempo de hospitalización varió de 1 a 12 días, con promedio de 3.8 días (gráfica 7), sin ser de índole médica la prolongación de la estancia hospitalaria.

En las estaciones de primavera e invierno se presentaron la mayoría de los casos, ocurriendo 14 y 6 casos respectivamente, representando la suma el 67.9% de la serie (gráfica 8).

Las niñas con lesión himeneana tuvieron esta secuela física. El resto evolucionaron físicamente sin complicaciones.

COMENTARIOS.

Es evidente la frecuencia cada vez mayor de accidentes y violencia, afectando en la mayoría de las ocasiones a niños y adolescentes (14), por propiedades anatómicas y de conducta bien conocidas (16). El trauma genital externo es frecuente en nuestro medio, donde el desempleo y hacinamiento, ocasionados por la sobrepoblación, son causas desencadenantes de agresión. El abuso del niño ocurre más frecuentemente en los grupos minoritarios y de escasos recursos (15).

La edad en que se presentó el trauma genital externo en nuestro estudio no difiere de la referida por otros autores (1, 3), de aquí que estos pacientes sean quienes ameritan mayor vigilancia, por ser un grupo de alto riesgo ante los traumatismos en general, en este caso de genitales externos.

Es importante recalcar el alto porcentaje de violaciones en el grupo estudiado (55.5%) que difiere de la mayor frecuencia de trauma secundario a caídas "a horcajadas" reportado por autores norteamericanos, siendo hasta de un 75% (3, 4).

Comparando nuestra serie con el único reporte-valga la redundancia- comparable, que es el de Enos y cols. (2), en el --

cual existen, en un período de 16 años, 162 pacientes víctimas de abuso sexual, siendo 131 mujeres, y de éstas 65 menores de edad, se obtiene un número de 4.1 casos por año. En nuestra serie existe un promedio anual de 12.8 casos, es decir 3 veces más que lo referido en dicha publicación, desprendiéndose de lo anterior la necesidad de una mayor vigilancia policíaca, sobre todo en las grandes urbes, y que las autoridades judiciales realmente combatan a quienes crean tan importante enfermedad, que es, quizá, la que mayores secuelas psicológicas deja.

Los golpes por mecanismo contundente son menos frecuentes, y son los que causan lesiones de menor gravedad, lo que va de acuerdo a la literatura mundial(1, 3).

El manejo antibiótico es el recomendado en forma estándar. Cuando se tiene la sospecha de contaminación por gram negativos y/o anaerobios, deben emplearse los antibióticos apropiados, además de toxoide tetánico en caso necesario.

Es claro, de acuerdo a nuestro estudio, y lo referido por los autores ya citados, que el origen de la lesión genital externa en niñas es diferente al que la ocasiona en la mujer adulta, aunque pueden revestir la misma gravedad. Es claro también que afectan a diferentes sitios anatómicos. Por lo tanto consideramos que la clasificación propuesta es apropiada y útil(19).

En ninguno de nuestros casos existió afectación hasta la luz del recto, por lo que no fue necesario mayor procedimien-

to quirúrgico que la reparación primaria(1).

Otro punto trascendente es el tiempo de hospitalización, para las pequeñas sometidas a violación, en uno de los casos hasta de 12 días, prolongándose por trámites judiciales que imponen un mayor stress y trauma psíquico a las pacientes, siendo además un factor coadyuvante en la prolongación de la estancia hospitalaria al no seguirse un protocolo estricto desde el punto de vista médico-legal para el manejo de estos casos(1, 2, 7). Debido a falta de material y servicios(médico legista, cultivos adecuados, personal paramédico capacitado en Medicina Forense, etc.)dicho protocolo no fue llevado a cabo en nuestros casos.

El seguimiento a largo plazo por un servicio de Psicología es piedra fundamental en el manejo integral de estas pacientes, siendo aportado en nuestro estudio en forma inconsistente, debido a causas burocráticas, bajo nivel educacional de la mayoría de los padres de las niñas afectadas, quienes no logran comprender la importancia de este apoyo, y también, en ocasiones, a la falta de insistencia y completa comunicación por el médico tratante.

La mayor ocurrencia de casos en los meses de primavera e invierno probablemente esté en relación con las actividades escolares a que en esas estaciones se encuentran dedicadas la mayoría de las niñas, sin que exista una serie, de acuerdo a nuestra investigación, que estudie la incidencia -

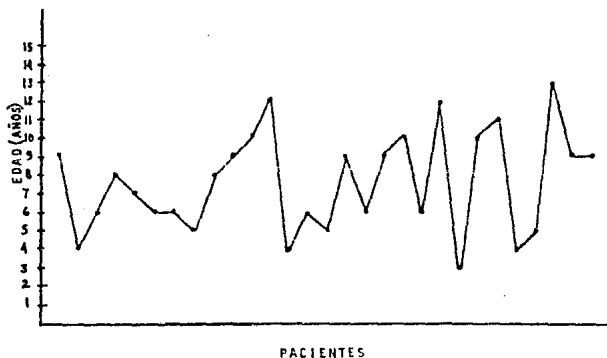
de trauma genital externo.

La creciente población de las grandes ciudades, con la consecuente afectación de la salud mental de sus habitantes, crea violencia(18), que se manifiesta por lesiones de muy diversa índole sobre los grupos más desprotegidos, que son los niños, y sobre todo aquellos de las zonas marginadas.

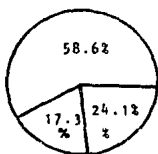
La mayor secuela física del trauma genital externo corre paralela a la repercusión psicológica, siendo la lesión de hímen de enorme trascendencia para la mujer de nuestro medio, resaltando aún más la importancia del apoyo psicológico para las pacientes afectadas, así como a sus familiares.

Como hemos visto, el trauma genital externo en niñas es frecuenta, siendo necesaria una clasificación adecuada.

Gráfica 1. EDADES DE LAS PACIENTES
AFECTADAS.



Gráfica 2. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD.

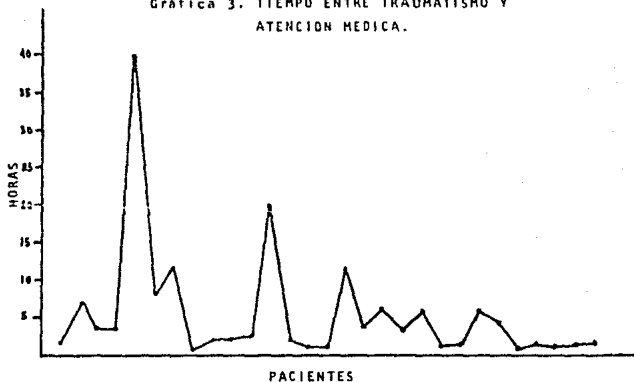


PRE-ESCOLARES
ESCOLARES
PUBERES

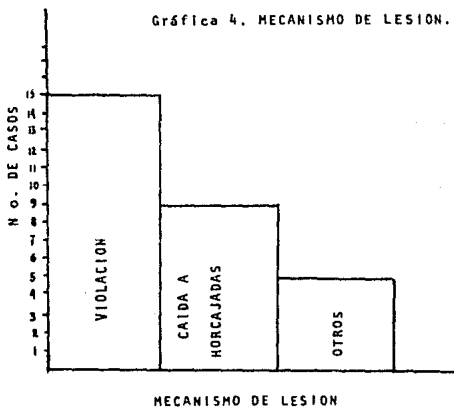
CUADRO 1. DELEGACIONES POLITICAS
EN QUE OCURRIO EL TRAUMA.

<u>DELEGACION POLITICA</u>	<u>No. DE CASOS</u>
GUSTAVO A. MADERO	8
VENUSTIANO CARRANZA	8
MIGUEL HIDALGO	6
IZTACALCO	2
BENITO JUAREZ	2
CUAJIMALPA	1
TLAHUAC	1
AZCAPOTZALCO	1
<hr/>	
TOTAL:	29

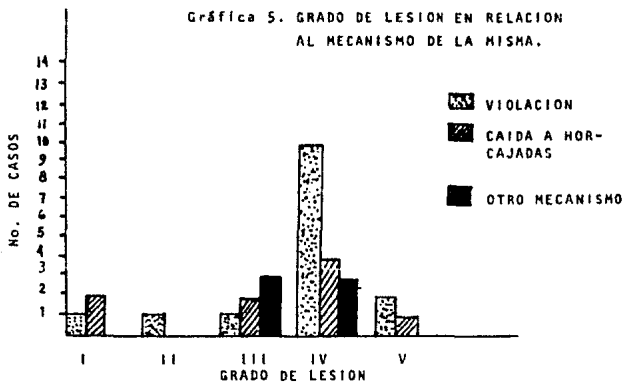
Gráfica 3. TIEMPO ENTRE TRAUMATISMO Y ATENCION MEDICA.



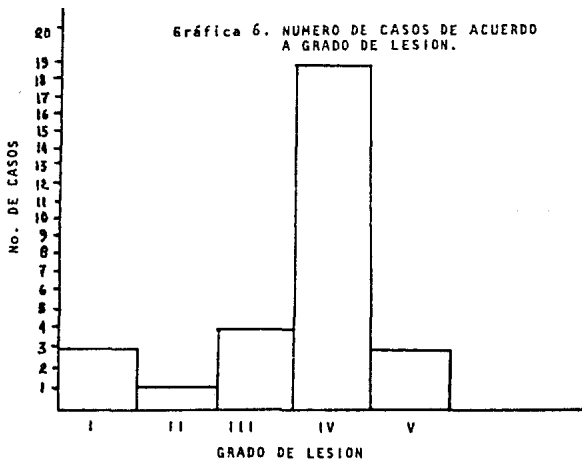
Gráfica 4. MECANISMO DE LESION.



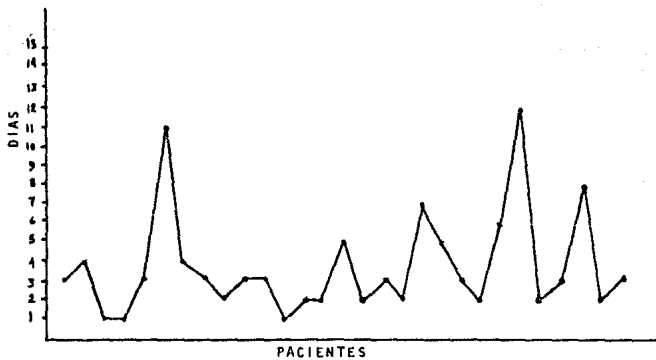
Gráfica 5. GRADO DE LESION EN RELACION AL MECANISMO DE LA MISMA.



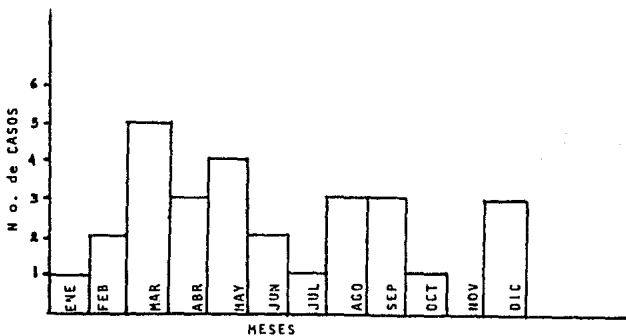
Gráfica 6. NUMERO DE CASOS DE ACUERDO A GRADO DE LESION.



Gráfica 7. ESTANCIA HOSPITALARIA.



Gráfica 8. DISTRIBUCION DE CASOS POR MES.



CONCLUSIONES.

El trauma de genitales externos en niñas es frecuente, presentándose un promedio anual de 21.7 casos, y con mayor incidencia en los meses de primavera e invierno.

Es necesaria una clasificación de éste, tomando en cuenta las diferencias anatómicas entre la menor y la mujer adulta, además de que la etiología es diferente casi siempre. Consideramos que la clasificación propuesta puede ser útil y apropiada.

La edad escolar es la más frecuentemente afectada, lo que no difiere de otras publicaciones.

La violación constituye la causa más frecuente de trauma genital externo en nuestra serie, siendo de un 55.5%, al contrario de lo reportado por autores norteamericanos, quienes mencionan la caída "a horcajadas" como la causa principal.

De lo anterior se desprende la necesidad de un incremento en la acción policíaca y judicial, existiendo dentro de nuestra ciudad zonas en las que ocurren ataques sexuales en forma más frecuente (delegaciones Venustiano Carranza, G.A. Madero y Miguel Hidalgo), sin que la última zona citada sea sitio de influencia de nuestro hospital, requiriendo de vigilancia en una forma más intensa.

Idealmente, un hospital en el cual se atienden niños traumatizados debe contar con un servicio médico forense de tiempo completo, en el cual existan los medios necesarios de laboratorio y gabinete, así como el apoyo psicológico requeridos

para el manejo integral de estos pacientes, siendo además ne cesaria una mayor aplicación profesional y humana por parte de las autoridades judiciales.

Las lesiones de grado IV, según nuestra clasificación, son las más frecuentes.

El manejo de las lesiones genitales externas en niñas, es en general sencillo desde el punto de vista quirúrgico.

RESUMEN:

Presentamos un estudio prospectivo y retrospectivo de 29 casos de trauma genital externo en niñas, enfatizando su importancia desde el punto de vista médico-legal y social. Se resalta la diferencia entre la etiología referida por autores extranjeros y la de nuestros casos. Se propone una cla sificación de las lesiones genitales externas en niñas, toman do en cuenta las diferencias anatómicas y la etiología con respecto a la mujer adulta. Se concluye en la necesidad de un adecuado servicio médico forense con todos los medios necesarios para el manejo de estos casos, así como el apoyo psicológico constante a las pacientes y sus familiares.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Ramenofsky, M.: Lesiones vaginales, en: Holder, M. Cirugía Pediátrica. México. Editorial Interamericana, 1985: 984.
- 2.- Enos, W., Conrath, T., Byer, J.: Forensic evaluation of the sexually abused child. *Pediatrics*, 1986; 78(3): 385-398.
- 3.- Ezell, W., Smith, E.: Mechanical traumatic injury to -- the genitalia in children. *J Urol*, 1969; 102: 788.
- 4.- Sterioff, S., Izant, R., Persky, L.: Perineal injuries in children. *J Trauma*, 1969; 9: 56.
- 5.- Paul, D. M.: The medical examination in sexual offences against children. *Med Sci Law*, 1977; 17: 251.
- 6.- Sarafino, E.P.: An estimate nationwide incidence of sexual offenses against children. *Child Welfare*, 1979; 58: 127-134.
- 77.- Krugman, R.D.: Recognition of sexual abuse in children. *Pediatrics in review*, 1986; 8(1): 25-30.
- 8.- Horowitz, D.A.: Physical examination of sexually abused children and adolescents. *Pediatrics in review*, 1987; 9(1) : 25-29.
- 9.- Sterne, G.: Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics*, 1986; 78(3): 537-539.
- 10.- Mor, N., Merlob, P., Reisner, S.H.: Tags and Bands of - the female external genitalia in the newborn infant. *Clin Pediatr*, 1983; 22: 122-124.
- 11.- Jenny, C., Kuhns, M., Arakawa, F.: Presencia de himen en

- niñas recién nacidas. *Pediatrics*(ed.esp), 1987; 24(3):193-194.
- 12.- Fernández, F., Sumano, E., Escamilla, E.: Infección genital por *Chlamydia trachomatis* en niñas y adolescentes. *Bol Med Hosp Inf Méx*, 1986; 43(10): 595-598.
- 13.- Hemna, L., Pritchard, J.: Lesiones del canal del parto, en: *Williams. Obstetricia. México. Editorial Salvat, 1978: 367.*
- 14.- Baker, C., Openheimer, L., Stephens, B.: Epidemiology of trauma deaths. *Am J Surg*, 1980; 140: 144.
- 15.- Loredo-Abdalá, A. y cols.: El maltrato al menor. Una realidad creciente en México. *Bol Med Hosp Infant Méx*, 1969(43):425-434.
- 16.- Haller, J.A.: Pediatric trauma. *JAMA*, 1983; 249: 47.
- 17.- Gil, D.G.: Violence against children physical child abuse in United States. Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1970.
- 18.- Marcovich, J.K.: El maltrato a los hijos. México. Editorial Edicol, 1978.
- 19.- Dorja T, D., Baeza, C.: Trauma genital externo en niñas. XXI Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica. Memorias. Villahermosa, Tab, Méx, 1988.