

11237



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL DEL NIÑO "DR. RODOLFO NIETO PADRON"
INSTITUCION DE SERVICIO MEDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACION

TRAUMA GENITAL EN NIÑAS
(A PROPOSITO DE UNA CLASIFICACION)

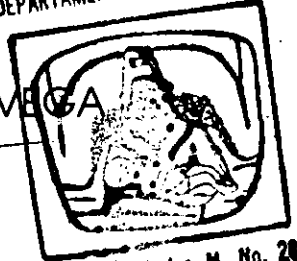
TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

PRESENTA:

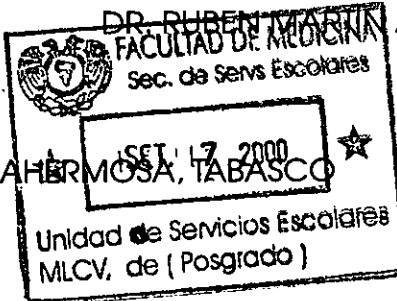
DRA. VERONICA MORENO VEGA

HOSPITAL DEL NIÑO
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA



DIRIGIDA POR:

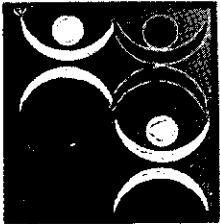
DR. RUBEN MARTIN ALVAREZ SOLIS



Dr. Carl G. Méndez M. No. 2832
P. 86100 Villahermosa, Tab

ABRIL 1999

2000





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.



HOSPITAL DEL NIÑO
"DR. RODOLFO NIETO PADRON"
INSTITUCION DE SERVICIOS MEDICOS, ENSEÑANZA E
INVESTIGACION
AV. GREGORIO MENDEZ NO. 2832, COL. TAMULTE
VILLAHERMOSA, TAB.
TEL. 51 10-85, 51 10-80 y 51 10-78 FAX.



SEPTIEMBRE 4 DEL 2000.

ASUNTO: TERMINACION DE TESIS

DR. HUGO ARECHIGA URTUZUASTEGUI
JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA (UNAM)
MEXICO, D.F.

AT'N. DR. PELAYO VILAR PUIG
JEFE DE LA SUBDIRECCION DE ESPECIALIZACIONES MEDICAS
FACULTAD DE MEDICINA DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION (UNAM)

A TRAVES DE ESTE CONDUCTO COMUNICAMOS A USTEDES, LA TERMINACION DE TESIS
"TRAUMA GENITAL EN NIÑAS" (A PROPOSITO DE UNA CLASIFICACION), SUSTENTADA POR LA
DRA. VERONICA MORENO VEGA", POR LO QUE SE LE AUTORIZA PARA LOS FINES Y TRAMITES
CORRESPONDIENTES PARA SU TITULACION EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA, ANTE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

APROVECHAMOS LA OCASION PARA ENVIARLES UN AFECTUOSO SALUDO Y QUEDAMOS A
SUS APRECIABLES ORDENES.

ATENTAMENTE

DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
PEDIATRIA

DR. JOSE MARQUEZ DIAZ GOMEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. RUBEN MARTIN ALVAREZ SOLIS
ASESOR DE TESIS

HOSPITAL DEL NIÑO
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA



Av. Cr. G. Méndez M. No. 2832
C. P. 85100 Villahermosa, Tab.

"DEDICATORIAS"

A DIOS

Por la vida
La Salud y el
Amor, de mis seres queridos

A MIS PADRES

A mi padre,
que con su ejemplo de hombre, esposo
y padre, bueno, honrado, recto y amoroso
me mostró el camino. A mi madre(Q.E.P.D)
madre tierna, amorosa y siempre
preocupada porque todos sus hijos salieran
adelante .

A MI ESPOSO: Arquimides

Amor de mi vida
soportando soledad, limitaciones,
compartiendo desvelos y sacrificios.
Haz puesto todo el empeño para que termine
esta especialidad y esta tesis.

A MIS HIJOS.

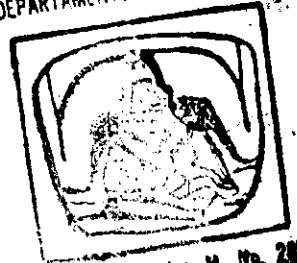
Ana Luz y Andres:

Cuyas lagrimas y sonrisas me han enseñado
que todo esfuerzo, vale la pena.

A MIS HERMANOS

Por su amor y
confianza

HOSPITAL DEL NIÑO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



Av. Cr. G. Méndez M. No. 2832
C. P. 86100 Villahermosa, Tab

"DEDICATORIAS"

A DIOS

Por la vida
La Salud y el
Amor, de mis seres queridos

A MIS PADRES

A mi padre,
que con su ejemplo de hombre, esposo
y padre, bueno, honrado, recto y amoroso
me mostró el camino. A mi madre(Q.E.P.D)
madre tierna, amorosa y siempre
preocupada porque todos sus hijos salieran
adelante .

A MI ESPOSO: Arquimides

Amor de mi vida
soportando soledad, limitaciones,
compartiendo desvelos y sacrificios.
Haz puesto todo el empeño para que termine
esta especialidad y esta tesis.

A MIS HIJOS.

Ana Luz y Andres:

Cuyas lagrimas y sonrisas me han enseñado
que todo esfuerzo, vale la pena.

HOSPITAL DEL NIÑO
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA



Rv. Crt. G. Méndez M. No. 2832
C. P. 86100 Villahermosa, Tab

A MIS HERMANOS

Por su amor y
confianza

A MIS HERMANOS

por su amor y
confianza

A todos los niños del Estado de Tabasco,
en especial a los que ya no estan, que con sus
risas, llanto, dolor y hasta con su muerte me han
enseñado triunfos y limitaciones de la Pediatría.

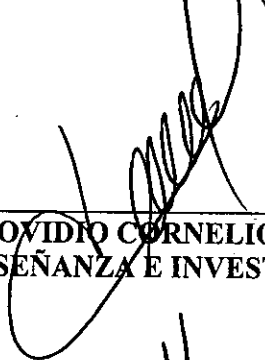
A mis maestros y amigos
del Hospital del Niño
“Dr. Rodolfo Nieto Padrón”
de Villahermosa, Tabasco.

Muy especialmente al doctor:
Ruben Martín Alvarez Solis
por su colaboración, dirección y asesoría para la
realización de esta tesis.



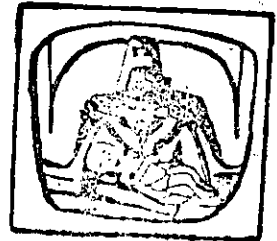
Av. Carl. G. Méndez M. No. 2832
C. P. 86100 Villahermosa, Tab


DR. LUIS FELIPE GRANAM ZAPATA
DIRECTOR DEL HOSPITAL DEL NIÑO
"DR. RODOLFO NIETO PADRON"


DR. JOSE OVIDIO CORNELIO NIETO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION


DR. RUBEN MARTIN ALVAREZ SOLIS
ASESOR DE TESIS

HOSPITAL DEL NIÑO
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA



Av. Crf. G. Méndez M. No. 2832
C. P. 86100 Villahermosa, Tab

VILLAHERMOSA, TABASCO

ABRIL 1999

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- DEFINICION DEL PROBLEMA.....	8
3.- HIPOTESIS.....	9
4.- OBJETIVOS.....	10
5.- MATERIAL Y METODOS.....	11
6.- CLASIFICACION PROPUESTA.....	12
6.- RESULTADOS.....	14
7.- DISCUSION.....	22
8.- CONCLUSIONES.....	32
9.- BIBLIOGRAFIA.....	33

TRAUMA GENITAL EN NIÑAS. (A PROPOSITO DE UNA CLASIFICACION)

INTRODUCCION

EMBRIOLOGIA NORMAL EN LA MUJER

Hacia la novena semana de desarrollo el embrión posee ambos conductos genitales, masculino (de Wolff) y femenino (de Müller) que se extienden desde el mesonefros en dirección craneal a la cloaca caudalmente. Como es sabido, existe una cloaca en el embrión humano tan sólo durante un breve periodo, que se divide en seno recto y urogenital por descenso del tabique uorrectal a las siete semanas. Los genitales internos femeninos normales desarrollan a partir del sistema del conducto de Müller a medida que regresa el conducto de Wolff.

Los conductos de Müller se originan por una invaginación del epitelio celómico. Este par de conductos al principio son laterales pero a nivel del futuro estrecho superior de la pelvis toman dirección interna hasta casi tocarse en la línea media antes de dirigirse caudalmente para terminar sobre la pared posterior del seno urogenital, donde se forma el tuberculo de Müller. Finalmente, ambos se fusionan formando el conducto uterovaginal primitivo. La primera y segunda porciones de los conductos de Muller forman las trompas de Falopio y las fimbrias, y el segmento distal el útero y parte de la vagina.

Después de formar el tubérculo de Müller, surgen dos evaginaciones sólidas de su porción distal, los llamados bulbos sinovaginales, cuyo origen es el seno urogenital. Ligeramente proximal a los bulbos sinovaginales, la proliferación de los conductos de Müller culmina en la placa vaginal solida. El crecimiento de la placa y los bulbos cambia el seno urogenital desde un tubo estrecho y largo, a un vestíbulo ancho y plano, llevando la uretra hacia abajo al futuro perineo.

La canalización de la placa vaginal comienza en la porción caudal, continúa en dirección craneal, y queda completa hacia el quinto mes de vida intrauterina. Las porciones más distales de los bulbos sinovaginales coalescen para formar el himen. Poco antes del parto, se desintegra el área central del himen de modo que en condiciones normales se halla perforado al nacimiento.

En resumen, el utero tiene su origen en el sistema de Müller, así como las cuatro quintas partes proximales de la vagina, mientras que la quinta parte distal nace del seno urogenital. El epitelio vaginal deriva del seno urogenital⁽¹⁾

ANATOMIA

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.⁽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 los niños 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 desgarramiento 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.

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 clitoris. 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, sobre todo 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 y que incluyan 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 desgarramiento 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 desgarros 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 esten infectados mientras que los desgarros cerca de la uretra o en su interior requieren cateterismo y sutura absorbible fina. Los desgarros en el fondo de saco vaginal pueden requerir laparotomía para su oclusión 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. Antes de la oclusión debe llevarse acabo examen endoscópico cuidadoso en busca de desgarros rectovaginales, y está indicada la laparotomía en presencia de lesion intraabdominal o en casos de hemorragia incontrolable, sin olvidar desde luego la profilaxis antitetanica 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 desgarros puede culminar en complicaciones infecciosas, y causar a veces estreches de uretra y vagina. Por otra parte, un desgarro 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 25% de los casos. ^(3,4)

Trauma por abuso sexual.

Es necesario muchísimo cuidado y atención 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 anestesia general si se considera necesario. (Ver cuadro No. 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.

Cuadro No. 1 Examen del niño o niña víctima de atentado sexual⁽⁵⁾

- 1.- Autorización del padre, madre o tutor por escrito.
- 2.- Avisar al M.P. (ministerio público)
- 3.- Historia General detallada: enfermedades padecidas, accidentes, operaciones, y del supuesto incidente
4. - Observar comportamiento, modales e indumentaria.
- 5.- Examinar todo el vestuario del cual se despojará al paciente en presencia del médico, e inspeccionar cada prenda por separado, las cuales se conservarán después en una bolsa limpia, tomando nota de los daños presentes en ellas; 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 la 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.

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 margenes 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)

PROBLEMA.

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.

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 margenes 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)

PROBLEMA.

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.

HIPOTESIS.

Si la anatomía y etiología del trauma genital en niñas es diferente de la mujer adulta, entonces la clasificación del trauma genital en niñas debe ser apropiada a las 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.

HIPOTESIS.

Si la anatomía y etiología del trauma genital en niñas es diferente de la mujer adulta, entonces la clasificación del trauma genital en niñas debe ser apropiada a las niñas.

OBJETIVOS

1. se realiza la revisión para ver la utilidad de una clasificación fácil didáctica y propia del trauma genital en niñas que propondremos.
- 2.- Conocer los datos epidemiológicos mas importantes en relación al trauma de genitales en niñas.
- 3.- Describir factores de riesgo para el trauma genital y el abuso sexual en niñas.

MATERIAL Y METODOS.

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 (niñas) 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) y mediante 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 realizó la revisión con el objetivo de ver la utilidad de la clasificación de trauma genital en niñas propuesta a continuación.

CLASIFICACION PROPUESTA	
GRADO I	Lesión de clitoris, labios mayores y/o menores, vestibulo 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 intereza musculos y/o uretra mas 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 y Se agregará el prefijo AS: Si es por abuso sexual.	

Tabla No. 1. Clasificación propuesta de trauma de genitales externos en ninas. (Alvarez-Solís, Moreno-Vega, Vargas-Vallejo 1997)

Criterios de inclusión.

- Se incluyeron aquellas pacientes con trauma genital que ameritaron intervención quirúrgica.

Criterio de exclusión.

- Paciente que se interno en Urgencias y no ameritó intervención quirúrgica y con corta estancia intrahospitalaria de pocas horas.
- Paciente sin expediente. Expediente incompleto.

RESULTADOS

En el periodo de estudio de cinco años (1993-1997), se revisaron los expediente clínicos de pacientes con Trauma genital encontrandose 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

CAIDA A HORCAJADAS (Palo, Varilla, barda, piso)	15
ABUSO SEXUAL	10
CAIDAS EN LA DUCHA DEL BAÑO	4
BORDE DE UNA SILLA, CAMA, MUEBLE	5
CORTADA CON TIJERAS	1
BICICLETA, TRICICLO	3

Tabla No. 2. Etiología del trauma genital en niñas.

Edad.

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

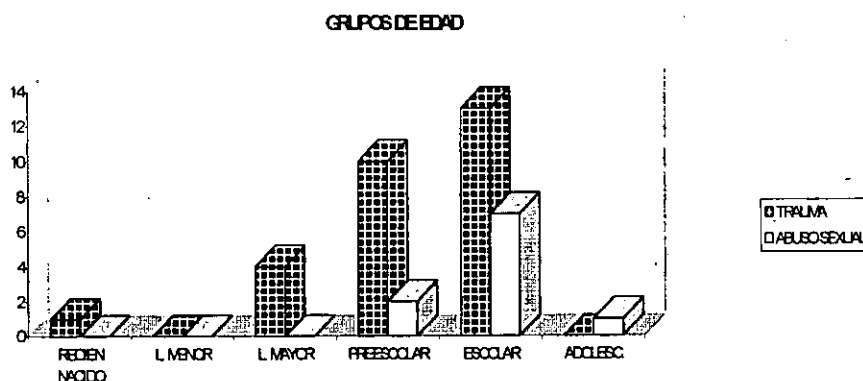


Fig. 1. Distribución por grupos de edad.

Sintomas.

Los síntomas mas 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 intencionadamente la hora del trauma o abuso sexual, encontrándose un promedio de las 18:00 donde se aprecia mejor en la Grafica No 2. Los ultimos 10 pacientes es decir del 28 al 38 son la hora que ocurrió el abuso sexual y la mayoría no fueron de noche, aunque reconocemos que no es significativo ya que es un grupo pequeño de casos.

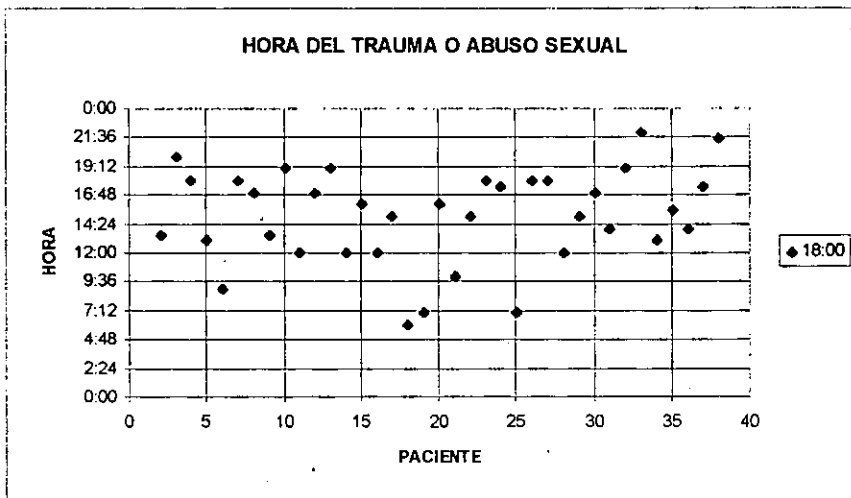


Fig. 2. Se aprecia la distribución de la hora del momento del abuso o trauma genital.

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 TI, (Trauma grado I) en los casos de lesiones asociadas a trauma sin abuso sexual, aunque

tambien se registraron 3 casos con una clasificación de TIV, En cambio en los casos de lesiones asociadas a abuso sexual apreciamos mayor grado de lesión (ASII, ASIII, ASIV, ASV) de acuerdo a la clasificación propuesta y que se observa claramente en la Tabla No. 3 y 4.

CLASIFICACION PROPUESTA		
GRADO TI	Lesión de clitoris, labios mayores y/o menores, vestibulo vaginal y/o meato uretral	21
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 intereza musculos y/o uretra mas de 1 cm. 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 y Se agregará el prefijo AS: Si es por abuso sexual.		

Tabla No 3. Grado de lesión por trauma sin abuso sexual del grupo estudiado de acuerdo a la clasificación propuesta.

CLASIFICACION PROPUESTA		
GRADO ASI	Lesión de clitoris, labios mayores y/o menores, vestibulo vaginal y/o meato 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 intereza musculos y/o uretra mas de 1 cm. 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 y Se agregará el prefijo AS: Si es por abuso sexual.		

Tabla No 4. Grado de lesión por abuso sexual del grupo estudiado de acuerdo a la clasificación propuesta.

Descripción de los hallazgos quirúrgicos.

A todas las pacientes se les practico revisión bajo anestesia general y en todas se requirio sutura de las heridas con material absorbible: vicryl 000 y catgut crómico 00. En cuatro casos ocurrio lesión de meato uretral, por lo que después de ferulizar con sonda de nelaton se suturo con PDS 6-0. Hubieron dos casos Grado V. Con lesión de Anorecto en uno de ellos una recién nacida cuya etiología del trauma fue cortada con tijera por partera empirica por presentación pelvica con lesión de genitales: labios mayor, menor izquierdo, vestibulo, musculo, 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 esfinter anal. 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 ó rotura uterina.

Tratamiento médico.

El tratamiento médico incluyó, soluciones, antibióticos, profilaxis antitetanica en algunos casos, reposo, apoyo psicológico, analgesicos. Para disminuir el edema se utilizó aplicación de hielo ó calor local (con una lampara).

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

AMPICILINA	11
PGSC	9
AMPICILINA-AMIKACINA	6
DICLOXACILINA	6
METRONIDAZOL-AMIKACINA	2
OTROS	4

Tabla No. 5. Antibióticos utilizados.

Días de estancia hospitalaria.

Si excluimos dos casos: una paciente cuya estancia fue de 20 días (recien nacida con trauma obstetrico con tijera) y otra paciente de 9 días (abuso sexual) el promedio de dias 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 recien 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 pble cuerpo extraño y/o reacción al material de sutura encontrandose fondos de saco limpios, sin huellas de secreción frotis de gram y cultivos: negativos lo que se aprecio fue himen integro y laceración y eritema en parte superior de la vagina, por debajo de la uretra, en el clitoris. Además de datos de engrosamiento de labios mayores sugestivo de abuso sexual o masturbación.

Es de llamar la atención que 4 de 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 consultas consetudinarias de Psicología y 4 tienen como diagnóstico: Alteración en el lenguaje, 2 niñas hiperquineticas y una de ellas tiende hacia la autoagresión. 2 de ellas además tienen el diagnóstico de Vulvovaginitis crónica, siendo manejada por las consulta de Pediatría.

Diagnóstico social actual de pacientes con abuso sexual.

Una de las preguntas que pocas veces se hace uno como médico es ¿Que pasa después? ¿Cual 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 quisieramos aceptar.

1. Una de las pacientes es huérfana, los padres fallecieron. Lo cuida el tío (el mismo que abuso sexualmente de ella).
2. Tres de las niñas con trauma por abuso sexual los padres estan en la carcel ya que la madre los demandó. ¿Y ahora quien sostiene el hogar y los demas hijos?.
3. Tres niñas fueron violadas por el padrastro. En la actualidad continuan viviendo en la misma casa.
4. Una de las niñas fue violada por el hermano. Continua viviendo en la misma casa.
5. Dos de ellas viven en su casa. Se desconoce el agresor.

DISCUSION

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

Diagnóstico social actual de pacientes con abuso sexual.

Una de las preguntas que pocas veces se hace uno como médico es ¿Que pasa después? ¿Cual 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 quisieramos aceptar.

1. Una de las pacientes es huérfana, los padres fallecieron. Lo cuida el tío (el mismo que abuso sexualmente de ella).
2. Tres de las niñas con trauma por abuso sexual los padres estan en la carcel ya que la madre los demandó. ¿Y ahora quien sostiene el hogar y los demas hijos?.
3. Tres niñas fueron violadas por el padrastro. En la actualidad continuan viviendo en la misma casa.
4. Una de las niñas fue violada por el hermano. Continua viviendo en la misma casa.
5. Dos de ellas viven en su casa. Se desconoce el agresor.

DISCUSION

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

En los E.U.A se reportan cerca de 200 000 mujeres anualmente por abuso sexual. Este tipo de abuso sexual en la mayoría de las veces acompañado de crímenes violentos (Datos de acuerdo a los reportes de crímenes de la Federal Bureau of Investigation). De acuerdo a investigaciones realizadas existen 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 unicamente precedida por el síndrome de muerte súbita del lactante. En niños de 1 a 5 años el abuso del niño ocupa el segundo lugar, precedido unicamente 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 didactica si las dividimos de acuerdo al lugar donde se produce u objeto con que se produce. Es

asi como apreciamos tambien las caidas 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 con mayor frecuencia en la adolescencia ^(3,4) y otros reportan con mayor frecuencia en la etapa preescolar ⁽⁶⁾

Se presento un caso de trauma genital en recién nacida por trauma obstetrico, presentación pélvica y atendida por partera empírica, en su afan de ayudar a la madre trato de cortarle como a los pollos, "desgonzandola" para poder obtener al producto, afortunadamente, la paciente nacio 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 obstetrico.

La sintomatología es la misma que se ha descrito en articulos de revisión incluyendo signos y algunos sintomas que hacen sospechar el abuso sexual como miedo, introversión, llanto continuo, depresión, pero lo que más apoyo el diagnóstico fue el dato verbal del abuso sexual por el familiar o acompañante del paciente. Los signos a la exploración fisica 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 Padron" 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 existen vías de comunicación y el envío oportuno de los pacientes con el sistema de referenciá-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, es un factor que hace que los niños esten lejos de que se les preste atención y desprotegidos en su tipo de juegos. 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 a las 18:00 horas. 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. Pritchard y Hellman⁽¹²⁾ la clasifica en lesiones vaginales, perineales o anales. Pokorny⁽¹³⁾ recientemente publicó una clasificación para lesiones genitales aguda 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. Biggs⁽¹⁴⁾ de Toronto 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 hay 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 prejijo "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 está en que casi todas las heridas a excepción de 2, tenían menos de 6 hrs al llegar al hospital y se consideran 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.

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

El tratamiento antibiótico fue muy variado, en la mayoría de casos el trauma genital leve (Grado 0 de la clasificación propuesta) se puede manejar con un solo antibiótico como ampicilina ó penicilina debido a que cubre los germenés más comunes de la flora normal de los genitales de las niñas. Cuando la lesión es mayor del Grado I 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, Ampicilina-Metronidazol, Clindamicina-Amikacina.^(9,16)

La gravedad de las lesiones solo fueron serias en dos pacientes que ameritaron mas de 2 días de estancia hospitalaria: Una con T Grado V, y otra paciente con AS Grado IV, 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 exploracion de genitales inclusive hay reportes donde se asegura que la ausencia de lesión genital no excluye el abuso sexual.⁽¹⁷⁾

De las patologías asociadas tres niñas presentan el diagnóstico de vulvovaginitis crónica dos niñas con trauma por abuso sexual y una con trauma genital que se realizó vaginoscopia y se corrobora 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 la madre y se desconoce si estas niñas continuen siendo objeto de abuso sexual. Aunque son pocas los reportes de las alteraciones psicológicas que presentaron estas pacientes no encontramos evidencia de depresión como síntoma frecuente como otros autores reportan.^(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 "chanclas" o piso antiderrapante.

En la mayoría de los casos de abuso sexual en menores el agresor son 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 va acompañada frecuentemente de un ataque físico, en cambio en el abuso sexual el empleo de violencia y fuerza física es 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 es el cometido por el padre, seguido de padrastro, tíos y hermanos mayores.⁽²¹⁾ En nuestro estudio el agresor reportado mas 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.^(21,22,23)

¿Cual 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
- Perdida del nucleo familiar (Familia desorganizada)
- Medio socioeconomico bajo.
- Alcoholismo, drogas, enervantes.

Es claro que el aumento del bombardeo 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" que no son adultos y si ven una película o telenovela tienden hacer lo mismo, e inclusive cada vez más esta mala educación sexual, que proviene de películas pornográficas, telenovelas, revistas, etc. etc. estan en manos de adolescentes e inclusive niños, Si, niños menores de 12 años, ¿que podemos esperar en un futuro? ¿que

disminuyan estos actos de abuso sexual o que aumenten?. 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: 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 físicamente 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 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.
- Promover platicas en grupos, sociedades de "buena" educación sexual, adecuadas a su edad.
- Fomentar el respeto y cuidado de los genitales de los niños.
- Y nunca estará más repetir: ¡OJO, MUCHO OJO!

CONCLUSIONES

La clasificación presentada, pretende ser adecuada, sencilla, manejable y toma en cuenta la etiología del trauma genital.

El trauma genital es mas frecuente como etiología 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.

Algunas recomendaciones preventivas de abuso sexual:

- 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.
- Promover platicas en grupos, sociedades de "buena" educación sexual, adecuadas a su edad.
- Fomentar el respeto y cuidado de los genitales de los niños.
- Y nunca estará más repetir: ¡OJO, MUCHO OJO!

CONCLUSIONES

La clasificación presentada, pretende ser adecuada, sencilla, manejable y toma en cuenta la etiología del trauma genital.

El trauma genital es mas frecuente como etiología 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Gray SW, Skandalakis JE, Broecker BH. Female reproductive system. In: Skandalakis JE, Gray SW. eds Embryology for surgeons. de 2. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 736.
- 2.- Hartman CR, Burgess AW: Sexual abuse of children: Causes and consequences. In Cicchetti 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.
- 3.- Sterioff SJ, Izant RJ, Persky L. Perineal injuries in children. J trauma 9:56, 1969.
- 4.- Ezell WW, Smith EI et al: Mechanical traumatic injury to the genitalia in children. J Urol., 102, 788, 1969
- 5.- Paul DM. The medical examination in sexual offences against children. Med Sci Law, 17, 251, 1977.
- 6.- Loreda-AA, Reyes-MJ, De Martinez C y col. El maltrato al menor. Una realidad reciente en México. Bol Med Hosp Infant Mex 1986;43:425-434.

- 7.- Rambow B; Adkinson; Frost TH; Peterson GF. Female sexual assault: medical and legal implications. *Ann Emerg Med* 1992 Jun; 21: (6) 727-31.
- 8.- Norman EK; Tambs K; Magnus P. Sexual abuse of children -a public health problem?. *Nor Med* 1992; 107(12): 326-30.
- 9.- Ingram DL, Everest VD, Lyna PR, White ST, Rockwell-LA. Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J* 1992; Nov, 11: (11):945-50.
- 10.- Vandeven AM, Emans SJ. Sexual abuse of children and adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 1992 Dec; 4 (6) 843-8.
- 11.- Mc Cann J, Wells R, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study. *Pediatrics* 1990, 86:428.
- 12.- Pritchard J, MacDonald PC. Lesiones del canal de parto en: *Williams Obstetricia.* Edit Salvat, Segunda Edición 1983 pp 711..
- 13.- Pokorny SF, Pokorny WJ, Kramer W. Acute genital injury in the prepubertal girl. *Am J. Obstet Gynecol* 1992 May; 166 (5): 1461-6

14.- Biggs M, Stermac LE, Divinsky M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior intercourse experience. CMAJ 1998, Jul 14; 159 (1):33-7.

15.- Pokorny S, Pokorny W. Benign Gynecology en: Ascraft KW, Holder TM. Pediatric Surgery. W.B. Saunders Company 2nd Edition 1993: 975-985.

16.- Cob SC y cols. Vulvovaginitis en: Gonzalez SN, Torales TN, Gomez BD. Infectología clínica. Editorial Trillas. Primera edición 1984 : 459-467

17.- Bowyer L, Dalton ME. Female victims of rape and their genital injuries. Br J Obstet Gynaecol 1997 May; 104 (5) : 617-20.

18.- Sanchez BC, Morales CF, Gonzalez CGA, Garcia HA. Embarazo en adolescente por violación y sus repercusiones psicológicas. Estudio comparativo. Bol Med Hosp Infant Mex 1995;52:455-9.

19.- Loredó-AA, Carbajal-RL, Reynes MJ, Rodríguez HR. El maltrato del niño: Bol Med Hosp Infant Mex Vol 50, Dic 1993 No. 12, 898-902.

20.- Finkeló D. Abuso sexual al menor. México: Editorial Pax, México 1980:12.

HOSPITAL DEL NIÑO
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
México



Av. Cról. G. Méndez M. No. 2832
P. 86100 Villahermosa, Tab

21.- Saucedá-García JM. Agresividad sexual en la adolescencia temprana. En: Saucedá-García JM, editor. La salud mental del niño y del adolescente. México: Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, 1989:66-77.

22.- Ryan GD, Lane SL (eds): Juvenile Sexual Offending: Causes, Consequences and Correction. Lexington, MA: Lexington Books, 1991.

23.- Altemeier W, Oconor S, Vietze P y col. Antecedents of child abuse. J Pediatr 1982; 100: 823-829.

