

COMENTARIOS

Cicatrización de las lesiones himeneales: consecuencias para los profesionales de la asistencia sanitaria pediátrica

El trabajo de McCann et al¹ ofrece información adicional sobre el curso natural de las lesiones himeneales tanto en las niñas prepúberas como en las puberales. En general, cicatrizan de forma rápida y a menudo completa y confirman los hallazgos similares de estudios anteriores^{2,3}. Este nuevo estudio comporta varias consecuencias para los pediatras y demás profesionales de la asistencia sanitaria que exploran a niños y jóvenes.

Es notable el gran esfuerzo nacional (y australiano), que implicó a 25 centros médicos, de recogida retrospectiva de la información de 239 niñas, tanto prepúberas como puberales, con traumatismo himenial. Esto refleja en gran medida lo insólito de estas lesiones; las niñas evaluadas por abusos sexuales que muestran hallazgos anormales en la exploración física son relativamente pocas⁴⁻⁶. Por fortuna, la mayoría de las niñas sometidas a abusos sexuales no sufren un grave traumatismo físico, principalmente a causa de la naturaleza del abuso. No obstante, la escasa tasa inicial de lesiones físicas ha constituido un desafío para la investigación en esta área. Incluso en este estudio sobre 239 niñas hubo pocas con lesiones ciertas (como 7 niñas prepúberas con "sólo transección"). Las cifras pequeñas siempre exigen una interpretación cuidadosa. Destaca que ninguna de las niñas de esta gran serie tuviera cicatriz himenial, como han publicado otros autores^{2,7}. Sin embargo, estos otros autores observaron la cicatrización ocasional de las estructuras adyacentes (como la horquilla posterior); el trabajo de McCann et al se limita a los hallazgos himeniales.

Estudios anteriores han notificado que el traumatismo himenial se produce principalmente en situación posterior⁷. Por el contrario, McCann et al¹ documentan laceraciones himeniales en situación anterior en el 5% de las niñas prepúberas y en el 15% de las puberales. Parece que ninguna de estas niñas tuvo también lesiones en situación posterior. Por ello, McCann et al recomiendan que las evaluaciones médicas del abuso sexual en las niñas incluya siempre las posiciones genitoráctica prona y supina, porque algunas laceraciones anteriores y laterales sólo se encuentran en la posición prona. Este hallazgo puede explicarse por su método de revisión de la fotodocumentación, en vez de por las exploraciones reales. Es probable que la cara anterior del himen no pueda verse con facilidad en las imágenes tomadas en la posición supina, dada la posición de la cámara. El examen de las niñas en la posición prona se considera potencialmente embarazoso; esta posición suele utilizarse sólo cuando la exploración en la posición supina plantea dudas. El traumatismo agudo es visible invariablemente en la posición supina, lo que suele hacer innecesaria la

exploración en prona. Pasado el período "agudo", muchas niñas no sometidas a abusos presentan fisuras y áreas de "falta" de himen en la zona anterior. Esto hace superflua la exploración en prona, a menos que ofrezca una imagen adicional para aclarar determinados hallazgos en la posición supina.

Uno de los objetivos del trabajo es ayudar en la cronología de las lesiones himeniales. El diseño retrospectivo con períodos variables de seguimiento lo dificulta. Sin embargo, los autores encontraron varios patrones de cicatrización que sugieren la dificultad y el limitado valor forense de determinar la cronología de estas lesiones. Destaca que no informen que las petequias habían desaparecido por completo al cabo de dos o tres días, y que las ampollas sanguinolentas duraron hasta un mes. Estos hallazgos pueden ayudar a corroborar la historia de cuándo se produjo el presunto abuso.

De antiguo se cree que las alteraciones del himen inducidas por los estrógenos suelen enmascarar la evidencia anterior de un traumatismo. El estudio de McCann et al¹ destaca la capacidad de la cicatrización completa en las niñas prepúberas. Además de la habitual precaución de que una exploración normal no excluye el abuso sexual, es necesario reconocer que la normalidad actual del himen no excluye una lesión anterior. Incluso muchas de las lesiones más graves cicatrizaron sin dejar rastro. Su estudio confirma la necesidad de una considerable reserva al interpretar los hallazgos físicos (como la probabilidad de un abuso) pasado el período agudo.

La evaluación médica es un componente de la evaluación exhaustiva de los niños sospechosos de haber sido sometidos a abusos sexuales. Quedan dudas acerca de cuándo, dónde y quién debe realizar estas evaluaciones. Los pediatras podrían incluso cuestionar si es realmente necesaria la parte médica por los tan pocos niños lesionados con evidencia médica de abuso. En primer lugar, aunque sólo unos pocos muestren hallazgos, la evidencia médica puede marcar una importante diferencia en la ayuda a la protección del niño, en la identificación de los responsables y en la protección a otros niños⁸. Además, algunos, especialmente los adolescentes, tendrán infecciones de contagio sexual que deben ser tratadas^{9,10}. Quizá lo más importante, la evaluación médica puede ofrecer una inmensa comodidad a un niño y a sus padres si es normal, sin defecto residual alguno. Los niños y los padres pueden tener una serie de temores acerca de haber sido "dañados", de las infecciones, la futura sexualidad y la fertilidad. Aliviar esta ansiedad es muy importante; los padres han indicado una gran satisfacción con las evaluaciones interdisciplinares del abuso sexual¹¹.

¿Cuándo y dónde se debe realizar la evaluación médica? McCann et al¹ han demostrado que la evidencia física puede desaparecer al cabo de unos días, especialmente las petequias, el hallazgo más frecuente. Christian et al¹² también han informado que las pruebas forenses, incluyendo la sangre y el semen, se encuentran principalmente durante las primeras veinticuatro horas, hallazgo confirmado recientemente por Young et al¹³. Así pues, la evaluación médica debe realizarse poco después de que se haya producido el presunto abuso. Los niños retrasan a menudo la notificación del abuso, lo que dificulta cumplir la cronología anterior; una vez transcurridos varios días o semanas, la probabilidad de encontrar una clara evidencia física es muy escasa. En condiciones ideales, todas las comunidades deberían contar con recursos con rápida disponibilidad de una evaluación médica experta (en el mismo día) tras un presunto abuso. Al mismo tiempo, esto no significa que los niños deban ser examinados inmediatamente, a menos que exista una indicación médica convincente (como una hemorragia activa, ideas suicidas). La percepción de la necesidad de una evaluación inmediata conduce, con demasiada frecuencia, a un servicio de urgencias, a medianoche, con personal no entrenado para evaluar a estos niños y en un marco que extrema su estrés.

La preocupación de un abuso sexual agudo o reciente plantea temas legales y la posible necesidad de recoger pruebas forenses. Probablemente, pocos pediatras de asistencia primaria se sientan cómodos en este papel; las exigencias de tiempo constituyen otra barrera. No obstante, algunos reservan algún tiempo para ofrecer este servicio en sus consultas. Por ejemplo, North Carolina tiene una red de médicos de asistencia primaria que realizan estas evaluaciones mediante una tarifa por servicio¹⁴. Se han desarrollado cerca de 600 centros de defensa infantil para evaluar exhaustivamente los posibles abusos sexuales, aunque muchos carecen del componente médico¹⁵. Los pediatras pueden desempeñar un útil papel colaborando con otros profesionales en estos centros. No obstante, los médicos formados y dispuestos a realizar estas evaluaciones son, en la actualidad, escasos. Esto ha contribuido a que exploradores de enfermería forense (o del asalto sexual) ocupen con frecuencia este lugar, por lo general en los servicios de urgencia. Las enfermeras iniciaron estos programas para servir a las víctimas adultas de una violación. Algunas de ellas han recibido una formación especial para evaluar a los niños. Existe una serie de modelos. Algunas enfermeras de exploración están supervisadas por pediatras; realizan las evaluaciones, pero no interpretan los hallazgos ni emiten una opinión definitiva acerca de la probabilidad del abuso. Otras actúan de forma bastante independiente. Los pediatras discuten acerca de la idoneidad de las enfermeras para estos papeles. Es necesario investigar para evaluar estos modelos de asistencia. Las enfermeras probablemente sigan ofreciendo este servicio, al menos hasta que contemos con un número suficiente de médicos capaces y dispuestos a evaluar a estos niños.

El estudio de McCann et al¹ es interesante porque demuestra, de forma indirecta, dónde se equivocaba el pensamiento anterior. Por ejemplo, hasta hace poco se examinaban y notificaban los diámetros de la abertura himenial^{5,6,16}. Ahora sabemos que el tamaño de la abertura himenial apenas tiene importancia; oportunamente,

McCann et al¹ ni siquiera informan de estos datos. Esto es importante para que los pediatras sepan, especialmente cuando se enfrentan a una dolencia de presentación, que “parece tan grande aquí abajo”. Sin embargo, todavía puede existir la necesidad de estudiar un posible abuso sexual. El trabajo describe el adelgazamiento (< 1 mm) del himen en algunas niñas. Esto es difícil de medir, por lo que el significado de este hallazgo es dudoso¹⁷.

La naturaleza de la ciencia consiste en la evolución del conocimiento. Pero aquí existe la preocupación ética de si el conocimiento anterior contribuyó al hallazgo de un abuso sexual, la retirada del domicilio de un niño y la encarcelación de alguien¹⁸. En general, estas decisiones se basaban en más de un hallazgo físico. No obstante, puede ser necesario “aclurar el documento” pese a los desafíos logísticos de con quién comunicarse, cómo llegar a ellos y en qué período de tiempo.

Este trabajo también ilustra la importancia de una terminología precisa para ayudarnos a hablar un lenguaje común^{5,19}. McCann et al¹ ofrecen una guía útil al definir meticulosamente sus términos. No obstante, incluso en su glosario, algunos términos se utilizan de forma indistinta. Por ejemplo, ¿por qué encontramos “himen” y “membrana himenial”? Y “desgarro (o laceración) completo” y “transacción”. “Hendidura” y “escotadura” también son muy similares. Tener una sola denominación para cada hallazgo facilitaría la comunicación a efectos médicos, legales y de investigación.

El trabajo de McCann et al refuerza una lección que hemos aprendido: la historia del niño es el aspecto más importante de la evaluación de un posible abuso sexual⁶. Los hallazgos físicos son escasos, y una vez cicatrizados a menudo son sutiles y ambiguos, o desaparecen por completo. Las niñas sometidas a abusos sexuales suelen tener el mismo aspecto físico que las niñas no sometidas a ellos. Así pues, aunque estos niños necesitan de una evaluación médica experta y temprana, es especialmente importante la obtención de una historia detallada. La historia del médico puede complementar a la entrevista forense realizada por los servicios legales o de protección a la infancia²⁰. La óptima evaluación de los niños sospechosos de haber sido objeto de abuso sexual exige la colaboración interdisciplinaria. Esto debería incluir a los colegas de salud mental para ofrecer el tratamiento.

HOWARD DUBOWITZ, MD, MS
Department of Pediatrics, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers, K. The healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent females: a descriptive study. *Pediatrics*. 2007;119(5). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/5/e1094
2. Finkel MA. Anogenital trauma in sexually abused children. *Pediatrics*. 1989;84:317-22.
3. McCann J, Voris J, Simon M. Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. *Pediatrics*. 1992;89:307-17.
4. Adams J, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse. it's normal to be normal. *Pediatrics*. 1994;94:310-7.
5. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*. 2002;26:645-59.

6. Berenson A, Chacko M, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:820-31; discusión 831-4.
7. Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics.* 2003;112:829-37.
8. Palusci VJ, Cox EO, Cyrus TA, Heartwell SW, Vandervort FE, Potts ES. Medical assessment and legal outcome in child sexual abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:388-92.
9. Siegel RM, Schubert CJ, Myers PA, Shapiro RA. The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics.* 1995;96:1090-4.
10. Kelly P, Koh J. Sexually transmitted infections in alleged sexual abuse of children and adolescents. *J Paediatr Child Health.* 2006;42:434-40.
11. Lane W, Dubowitz H, Harrington D. Child sexual abuse evaluations: adherence to recommendations. *J Child Sex Abus.* 2002;11:17-34.
12. Christian CW, Lavelle JM, DeJong AR, Loiselle J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics.* 2002;106:100-4.
13. Young KL, Jones JG, Worthington T, Simpson P, Casey PH. Forensic laboratory evidence in sexually abused children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:585-8.
14. Socolar RRS, Fredrickson DD, Block R, Moore JK, Tropez-Sims S, Whitworth JM. State programs for medical diagnosis of child abuse and neglect: case studies of five established or fledgling programs. *Child Abuse Negl.* 2001;25:441-55.
15. Jackson SL. A USA national survey of program services provided by child advocacy centers. *Child Abuse Negl.* 2004;28:411-21.
16. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr.* 2002;140:600-7.
17. Adams J. Approach to the evaluation and interpretation of medical and laboratory findings in suspected child sexual abuse: a 2005 revision. *Am Prof Soc Abus Child Advis.* 2005;(verano):7-13.
18. Dubowitz H. Ethical issues in professionals' response to child maltreatment. *Child Maltreat.* 1997;2:348-55.
19. American Professional Society on the Abuse of Children. Glossary of terms and the interpretations of findings for child sexual abuse evidentiary examinations. Chicago, IL: American Professional Society on the Abuse of Children; 1998.
20. Finkel MA. Evaluation: the medical history. En: Finkel MA, Giardino AP. *Medical evaluation of child sexual abuse: a practical guide.* Newbury Park, CA: Sage Publications; 2002:23-37.