

Traumatismo genital en niñas y adolescentes

AUTORA

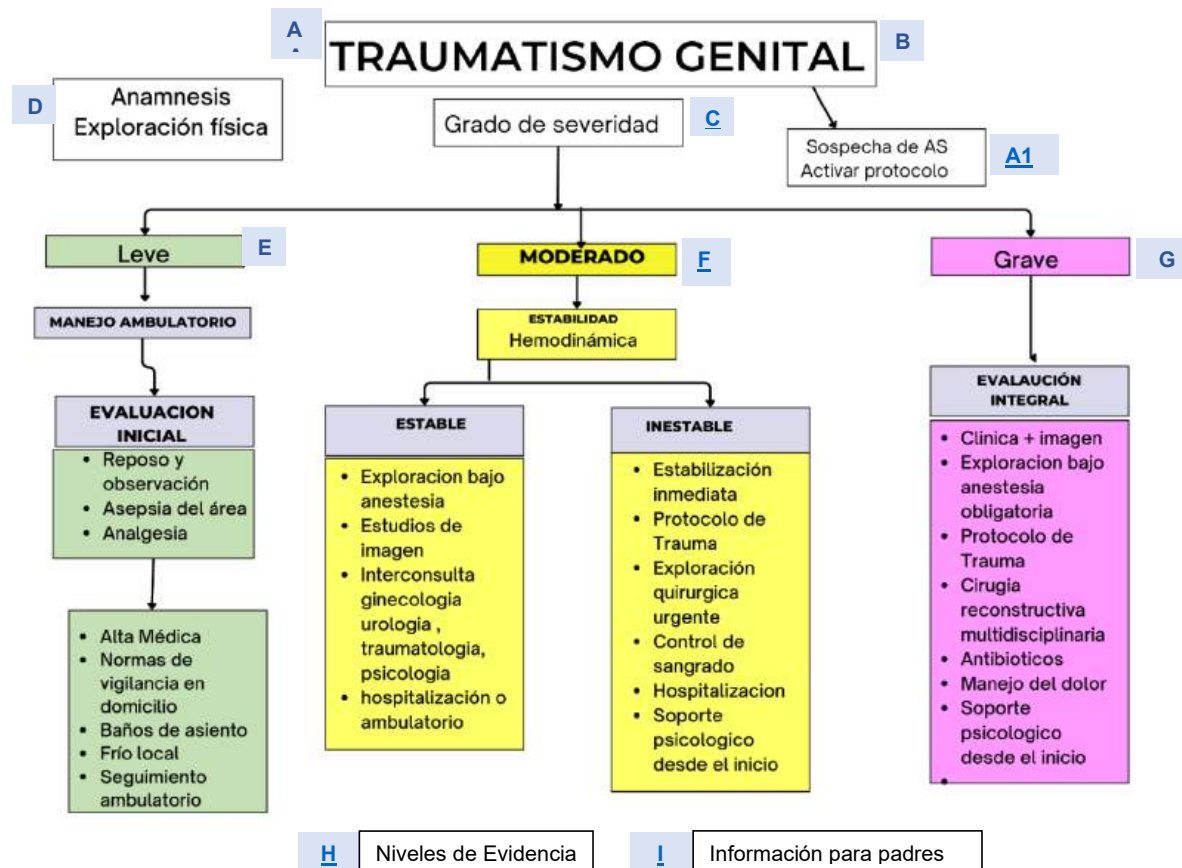
Muller Carlota ¹ Pérez María Mercedes ²

1 Obstetra ginecólogo y Ginecólogo infante Juvenil.

2 Obstetra ginecólogo y Ginecólogo infante Juvenil. Profesora del posgrado de ginecología Infante Juvenil del Hospital José Manuel de los Ríos

Nombre autor responsable Muller Boschetti Carlota ¹

Correo: carlotamuller@gmail.com





A. INTRODUCCIÓN

Este algoritmo se aplica al Traumatismo genital en niñas y adolescentes (TGNA).

Las causas pueden estar relacionadas con caídas accidentales, o asociadas a violencia física y abuso sexual.

A1. Así mismo ante la sospecha de Abuso sexual o violencia física se debe activar y seguir el protocolo y algoritmo de Abuso sexual A.

Aunque las lesiones genitales aisladas rara vez comprometen la vida de la paciente, su manejo inadecuado puede derivar en secuelas funcionales significativas, tales como dolor crónico, dispareunia, infertilidad secundaria en la vida adulta o desarrollo de fistulas urogenitales. Es imperativo que el personal de salud esté capacitado para identificar oportunamente estas lesiones, instaurar medidas terapéuticas iniciales adecuadas y garantizar una atención integral que contemple los aspectos físicos, psicológicos y emocionales de la paciente.

B DEFINICIÓN

El TGNA se refiere a cualquier tipo de lesión que afecte genitales externos (la vulva o la vagina, la uretra y el ano) o internos, en la pelvis, la vejiga, los intestinos y los órganos reproductivos.

C. CLASIFICACIÓN:

Clasificación según gravedad:

- Leve: Contusiones, abrasiones, hematomas superficiales, Laceraciones pequeñas sin compromiso funcional
- Moderado: Laceraciones profundas, lesiones de mucosa, Fractura pélvica no desplazada, Posible compromiso miccional o dolor significativo
- Severo: Avulsiones, lesiones penetrantes, fracturas pélvicas desplazadas, Lesiones vesicales o uretrales, Hemorragia activa o daño funcional severo.

Clasificación de la *American Association for the Surgery of Trauma* de los traumatismos vulvares y vaginales.

Commented [CT1]: Revisar el título porque los 4 cuadros comprenden mas que traumatismos vulvares y vaginales, se sugiere: Traumatismos de genitales externos e internos en niñas y adolescentes. deben colocarlo como Fuente en la parte inferior y no va en el título. La referencia debe estar incluida en BIBLIOGRAFÍA



Clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma de los traumatismos vulvares y vaginales.

Grado I	Contusión o hematoma
Grado II	Laceración superficial (sólo piel o mucosa)
Grado III	Laceración profunda que alcanza el músculo o la grasa
Grado IV	Avulsión de la piel, de la grasa o de los músculos; laceración compleja que alcanza el cuello uterino o el peritoneo.
Grado V	Lesión de los órganos contiguos (recto, ano, uretra, vejiga)

Clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma de los traumatismos de las trompas.

Grado I	Contusión o hematoma
Grado II	Laceración <50% de la circunferencia
Grado III	Laceración ≥50% de la circunferencia
Grado IV	Sección de la trompa
Grado V	Lesión vascular o desvascularización segmentaria

Clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma de los traumatismos del útero.

Grado I	Contusión o hematoma
Grado II	Laceración superficial (<1 cm)
Grado III	Laceración profunda (≥1 cm) que alcanza el endometrio
Grado IV	Laceración que afecta a una arteria uterina
Grado V	Avulsión o desvascularización del útero

Clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma de los traumatismos de los ovarios.

Grado I	Contusión o hematoma
Grado II	Laceración superficial (<5 mm)
Grado III	Laceración profunda (≥5 mm) o bilateral
Grado IV	Fractura parcial o hemorragia activa
Grado V	Avulsión ovárica, destrucción completa del parénquima ovárico

D ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Anamnesis:

- Mecanismo del trauma, tiempo de evolución aproximado



Examen físico

- Evaluación general y correcciones rápidas de lesiones de forma inmediata.
- La evaluación primaria evalúa las lesiones en las vías respiratorias, la respiración y la circulación.
- La evaluación secundaria es una evaluación de la discapacidad del paciente, las extremidades y una evaluación de la cabeza a los pies para detectar cualquier lesión adicional.
- Evaluación del área genital: ubicación de lesiones, profundidad, hemorragia activa, integridad de funcionalidad de uretra, vejiga, hay dificultad para la micción o existe hematuria, se efectuará cistoscopia para valorar la integridad uretral y vesical, Vaginoscopia, rectoscopia y laparoscopia de acuerdo a clínica y evolución, siempre bajo anestesia general en quirófano, para estudio y reparación
- Paraclínicos: laboratorios, radiografías, ecografías y tomografías computarizadas

E TRATAMIENTO Traumatismo Leve

Este tipo de lesiones son frecuentes en la práctica pediátrica. En general, no comprometen la anatomía ni la función genital, pero requieren una evaluación cuidadosa para descartar lesiones ocultas o señales de abuso.

Paciente hemodinámicamente estable

Evaluación inicial:

- Valoración clínica completa: anamnesis detallada, examen físico genital y perianal.
- Observación cuidadosa de signos como hematomas, laceraciones superficiales o erosiones.
- Evaluación del dolor, sangrado leve, dificultad para caminar o disuria.

Estudios complementarios (solo si hay dudas diagnósticas):

No son obligatorios, pero pueden incluir:

- Ecografía superficial si hay sospecha de hematoma profundo.
- Foto documentación médica si hay lesiones sospechosas (con consentimiento y fines legales).

Manejo conservador:

- Reposo físico: evitar actividades que generen fricción o presión genital.
- Frío local: aplicación de compresas frías o hielo envuelto para reducir inflamación.
- Analgesia básica: acetaminofén o ibuprofeno según edad y peso.



- Higiene local: limpieza suave con agua tibia, evitar jabones irritantes.

Cuidados específicos:

- Apósitos estériles en heridas pequeñas si hay riesgo de contaminación.
- Baños de asiento con agua tibia para confort y limpieza.

Educación y seguimiento:

- Orientar a la cuidadora sobre signos de alarma.
- Control médico en 48–72 h para confirmar evolución favorable.
- No se requiere hospitalización si se confirma estabilidad clínica.

F Traumatismo Moderado

Este tipo de lesiones requieren atención especializada, pero no siempre implican intervención quirúrgica urgente.

● *Paciente hemodinámicamente estable:*

Evaluación inicial completa (signos vitales, anamnesis, examen físico genital y perianal).

- **Estudios de imagen dirigidos:**
 - *Ecografía pelviperineal* si hay sospecha de hematoma profundo o lesión de mucosa.
 - *Radiografía simple* si se sospecha fractura pélvica no desplazada.
- **Manejo conservador con vigilancia activa:**
 - Reposo, aplicación de frío local, analgésicos.
 - Antibióticos si hay heridas abiertas o riesgo de infección.
 - Soporte escrotal o vulvar si existe dolor o inflamación.

Exploración bajo anestesia general (EAG):

- Indicada si el examen físico no permite visualizar adecuadamente la zona afectada por dolor, resistencia o edema.
- Permite realizar lavado quirúrgico, sutura de laceraciones profundas y evaluación de estructuras internas.

Consulta con especialista:

- Ginecólogo infantil y/u urólogo pediátrico para definir conducta posterior.

● *Paciente hemodinámicamente inestable:*

Estabilización inmediata:

- Vía aérea, acceso venoso, control de sangrado externo.
- Líquidos intravenosos y monitoreo constante.

Evaluación rápida por imagen:

- - *TC de abdomen y pelvis con contraste* para descartar hemorragia interna.
 - *Cistografía retrograda* si se sospecha lesión vesical.

Exploración quirúrgica urgente bajo anestesia general:

- Fundamental para identificar foco de sangrado, valorar órganos internos y realizar reparaciones.

Hospitalización y manejo multidisciplinario:

- Pediatra, ginecólogo, urólogo, anestesiólogo.
- Posible referencia a centro de trauma pediátrico.

G Traumatismo Severo o Grave

Generalmente asociado a mecanismos penetrantes o contusos de alta energía. Alto riesgo de compromiso funcional permanente.

● *Paciente hemodinámicamente estable:*

Evaluación integral:

- Revisión de lesiones genitales, pélvicas y abdominales.
- *TC pelvipereineal, urografía, resonancia magnética* si se requiere planificación quirúrgica.

EAG obligatoria:

- Laceraciones extensas, avulsiones o sangrado profundo requieren valoración bajo anestesia general.
- Sutura especializada, reparación de estructuras vasculares o musculares, irrigación abundante.

Cirugía reconstructiva planificada:

- Puede diferirse si no hay sangrado activo.
- Participación de ginecólogo, urólogo, y cirujano plástico pediátrico si es necesario.

Soporte psicológico:



- Evaluación temprana con trabajo social y psicología infantil ante implicaciones emocionales graves.

Seguimiento a largo plazo:

- Evaluación funcional urinaria y sexual futura.

● Paciente hemodinámicamente inestable:

Protocolo de trauma avanzado:

- Asegurar ABC (vía aérea, ventilación, circulación).
- Control de hemorragia externa con compresión o vendaje temporal.

Cirugía exploratoria urgente:

- EAG inmediata para control de sangrado, reparación uretral o vaginal, manejo de lesiones viscerales asociadas.
- Posible colocación de catéter suprapúbico si hay trauma vesical o uretral extenso.

Unidad de cuidados intensivos pediátricos:

- Monitorización postoperatoria, manejo del dolor, tratamiento antibiótico intravenoso.

H Niveles de evidencia del tratamiento del traumatismo genital con GRADE.

El abordaje terapéutico del traumatismo genital en niñas y adolescentes se sustenta predominantemente en estudios observacionales, tales como series de casos, reportes clínicos y revisiones retrospectivas. A la fecha, no se han identificado ensayos clínicos aleatorizados y controlados (ECA) que evalúen de manera sistemática las intervenciones en esta población, lo cual limita la posibilidad de establecer recomendaciones con evidencia de alta calidad según el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

No obstante, los estudios observacionales disponibles reportan resultados clínicos favorables cuando se implementan protocolos de atención estructurados, especialmente en entornos donde el equipo de salud posee formación especializada en trauma pediátrico y aplica una evaluación integral del paciente. Esta aproximación permite una identificación precoz de lesiones, una intervención terapéutica oportuna y una reducción significativa del riesgo de complicaciones mayores, tales como dolor crónico, dispareunia, infertilidad secundaria o fistulas urogenitales.

Desde la perspectiva metodológica, la evidencia disponible se clasifica como de baja calidad según GRADE, debido a la ausencia de aleatorización, control de sesgos y tamaño muestral limitado. Sin embargo, su consistencia clínica, relevancia contextual y aplicabilidad práctica justifican la elaboración de algoritmos de manejo adaptados a las realidades locales, especialmente en países con limitaciones de acceso a estudios de mayor jerarquía.



Es fundamental que el personal de salud esté capacitado para reconocer signos clínicos de trauma genital, aplicar medidas terapéuticas iniciales basadas en guías de consenso y garantizar una atención multidimensional que incluya aspectos físicos, psicológicos y emocionales. La ausencia de evidencia de alta jerarquía no debe ser un obstáculo para la acción clínica, sino un llamado a fortalecer el juicio experto, la formación continua y el desarrollo de protocolos basados en la mejor evidencia disponible.

INFORMACIÓN PARA PADRES DISPONIBLE EN LA WEB

Enlaces:

[CMI_Sp_Guide_Trauma_2025.pdf](#)

<https://depts.washington.edu/uwhatc/wp-content/uploads/2022/07/Parenting-Tips-when-Your-Child-has-Experienced-Trauma.Spanish.pdf>

[Lesiones en genital de mujer | Children's Hospital Colorado](#)

[Yo Me Cuido | ¿Qué hago si mi hijo o hija se golpea las zonas genitales?](#)

BIBLIOGRAFÍA

YA ESTAN CON VANCOUVER (MARIAUXI)

1. Heather N, Lopez MA, Focseneanu DF, Merritt A. Genital injuries: acute evaluation and management. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2018;48:28–39. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.09.009>

Commented [CT2]: adaptar la estructura interna de cada referencia de acuerdo a las Normas de Vancouver. Se sugiere consultarlas en www.svpdiatria.org/publicaciones

2. Shnorhavorian M, Hidalgo-Tamola J, Koyle MA, Wessells H, Larison C, Goldin A. Unintentional and sexual abuse-related pediatric female genital trauma: a multiinstitutional study of free-standing pediatric hospitals in the United States. *Urology*. 2012;80(2):417–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2012.04.021>
3. Díez Sáez K, Gancedo Baranda A, Estopiñá Ferrer G. Agresión sexual en la infancia y adolescencia. In: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias de pediatría*. 4ª ed. 2024.
4. Alvares Solís et al. *Arch Invest Pediatr Méx*. 1999;1(4):Enero–Marzo.
5. Cinteán R, Eickhoff A, Zieger J, et al. Epidemiology, patterns, and mechanisms of pediatric trauma: a review of 12,508 patients. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2023;49:451–9.
6. Clément J, Chiron P, Arvieux C, Hornez E. [Referencia incompleta: falta título del artículo y fuente. Se recomienda verificar el documento original para completar].
7. Principios del tratamiento quirúrgico de los traumatismos anorrectales y de los órganos genitales. *EMC Técnic Quir Apar Dig*. 2024;40(3):1–19.