



Nota clínica

Caso de abuso sexual e infección por virus herpes tipo 2 en Atención Primaria

M. R. Acuña Aller^a, A. Andújar Parras^b, D. Reguera de Castro^c

Publicado en Internet:
15-junio-2015

M.^a Rosario Acuña Aller:
rosarioacunaaller@gmail.com

^aPediatra. Centro de Salud Valdezarza Sur. Madrid. España • ^bEnfermera. Centro de Salud Valdezarza Sur. Madrid. España • ^cMédico de Familia. Centro de Salud Valdezarza Sur. Madrid. España.

Resumen

Palabras clave:

- Abuso sexual
- Virus herpes simple tipo 2
- Maltrato en Atención Primaria

La aparición de lesiones vesiculosas en genitales en las consultas de Pediatría en Atención Primaria (AP) no es un motivo frecuente de consulta. Por eso debemos estar muy atentos a la hora de detectar dichos casos y ser muy cautos en el trato con el adulto o tutor que ha traído el caso a la consulta para que pueda ser valorado y estudiado convenientemente, con la finalidad de determinar si ha habido abuso sexual y de dar el mejor trato al niño y causarle los menores daños posibles.

Se presenta un caso en el que se sospecha abuso sexual en la consulta y se deriva para su confirmación en el medio hospitalario. Se revisan las publicaciones sobre abusos sexuales en los niños.

Sexual abuse case report and herpes simplex virus type 2 infection in Primary Care

Abstract

Key words:

- Sexual abuse
- Herpes simplex virus type 2
- Child abuse in Primary Health Care

The presence of blisters around the genitals is not a usual reason to medical consultation in primary care Paediatrics. Therefore we must really pay attention to detecting those cases and we must be very careful dealing with the adult or legal tutor who brought the case to have it properly studied, in order to establish whether there has been sexual abuse and give the child the best possible treatment causing the least possible damages

A case where there was sexual abuse suspicion in primary care is presented; it was referred to hospital for confirmation.

Publications about sexual abuse in children were revised.

INTRODUCCIÓN

Afortunadamente, el hallazgo de una enfermedad por abuso sexual en los niños no es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria (AP). El daño físico infligido al niño y el posterior daño

psíquico que, probablemente, persistirá a lo largo de toda su vida, son dos aspectos que se tienen que tener muy en cuenta a la hora de valorar al pequeño en el ámbito de la AP.

Existen múltiples estudios que demuestran que el problema del abuso sexual es más frecuente de lo

Cómo citar este artículo: Acuña Aller MR, Andújar Parras A, Reguera de Castro D. Caso de abuso sexual e infección por virus herpes tipo 2 en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e141-e145.

que creemos. Por eso es tan importante estar atentos en la consulta diaria a aquellos síntomas de retraimiento, alteraciones en la conducta del niño y contextos familiares difíciles que pueden predisponer a situaciones de maltrato en el niño.

Se presenta un caso en el que se dan estas realidades, el abuso sexual y la conducta de la niña.

CASO CLÍNICO

Acude a la consulta una madre con una niña de siete años y cinco meses de edad, previamente sana, porque la pequeña se queja de picor y eritema en la zona vaginal.

Antecedentes personales: embarazo controlado, parto a término, eutócico, peso al nacer 3700 g, talla al nacer 51 cm. No precisó reanimación. Pruebas metabólicas normales. Vacunación correcta para su edad. Desarrollo psicomotor: sonrisa social a los dos meses, sostén cefálico a los dos meses, anda sola a los 15 meses, señala partes de un muñeco a los 15 meses. Desarrollo del lenguaje normal. Los padres de la niña están separados en la actualidad y la niña vive con su madre, la nueva pareja de su madre y una hermana, hija de la madre y su nueva pareja.

Exploración física: peso 24 kg (P₂₅), talla 127 cm (P₅₀). Buen estado general, buena coloración de piel y mucosas, morena racial, buen estado nutricional, auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen blando, sin organomegalias, adenopatías inguinales bilaterales, una de ellas en lado derecho de 2 × 1 cm. Genitales: numerosas lesiones vesiculosas en labios menores, secreción vaginal, irritación perianal, en labios mayores y menores.

El comportamiento de la niña en la consulta siempre ha sido el de una niña callada y buena. En el momento de la exploración, llama la atención las facilidades que da la niña cuando se desnuda, no oponiéndose a desprenderse de la ropa interior, cuando a esta edad lo normal es mostrar cierta oposición. Una vez colocada en decúbito supino en la camilla de exploración, la niña abre las piernas con total naturalidad (algo que también llama la

atención). Preguntada sobre si alguien la ha tocado, repite, casi silabeando las palabras “na-die-me-ha-to-ca-do”.

Las lesiones vesiculosas impresionan de herpes y, dada la edad de la niña, se sospecha que se trata de un posible caso de abuso sexual. Desde la consulta de AP, se propone a la madre la derivación al Servicio de Urgencias de un centro hospitalario para realizar toma de muestras, y la madre acepta la propuesta. En la sala de espera se encuentran la hermana y la pareja de la madre, el padrastro. La madre está embarazada de dicha pareja.

Estudio y seguimiento hospitalario: en el hospital toman muestras de frotis vaginal para bacterias, hongos y *Mycoplasma/Ureaplasma*, así como serología para virus herpes simple (VHS) 1 y 2, varicela-zóster (VVZ), hepatitis C (VHC), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis. Le pautan tratamiento con aciclovir durante siete días y sulfato de cobre al 1/1000 para el lavado de las lesiones en genitales y le dan cita para recoger los resultados a los cinco días. Resultados que son los siguientes: reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de VVZ, VHS-1, sífilis IgG (EIA), VHS IgG (EIA), VHS IgM (EIA), anti-VIH (EIA), VHC (Elisa): negativos. Frotis vaginal bacterias/hongos: flora saprofita. PCR VHS-2: positivo. Frotis vaginal: *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*.

La niña permanece asintomática durante 12 días, remitiendo las lesiones, la secreción y el olor vaginal en la primera semana de tratamiento. A los 12 días comienza de nuevo con flujo rojizo y de mal olor. En la exploración vuelven a aparecer restos de vesículas recientes en el labio mayor derecho y dos lesiones residuales de 1 × 0,5 y de 0,5 × 0,2 cm en el rafe perianal derecho, así como exudado vaginal serohemático de mal olor con el introito enrojecido, sin exco-riaciones ni desgarros. Se sospecha una primera recidiva por VHS-2 causado por presunto abuso sexual y se confirma la infección vaginal por *Mycoplasma/Ureaplasma*. Se pauta tratamiento con ciprofloxacino (500 mg/12 h, ocho días), que es sustituido por azitromicina al no existir preparados comerciales en solución oral. Se aconseja tratamiento tópico con crema Cicalfate® en genitales dos veces al día.

Según nos cuenta la madre de la niña, esta ha reconocido, delante de una de las profesionales del centro hospitalario en el que la tratan, que la pareja de la madre ha sido quien ha realizado los abusos, al parecer, sin penetración, al menos en cinco ocasiones. Era él quien se quedaba en casa a cuidar de las niñas, ya que las jornadas de trabajo de la madre eran muy prolongadas. El centro hospitalario decide, ese mismo día, dar parte al juez y contactar con el trabajador social. La madre deja a la pareja y cambia de domicilio, llevándose a las niñas a vivir con ella a casa de otros familiares.

Al mes, la niña presenta un cuadro de vómitos, deposiciones blandas, orinas de color intenso, anorexia y astenia. En la exploración se detecta ictericia conjuntival y de piel, se realiza serología que confirma una hepatitis A (IgG e IgM positivos) y se detecta falta de anticuerpos protectores contra la hepatitis B (anti-HB negativos). Ante el malestar de la niña, el decaimiento, la mala tolerancia oral y la situación social, ingresa de nuevo en el mismo hospital para vigilancia y tratamiento con fluidos intravenosos y vitamina K; es dada de alta a los cuatro días. Se procede a vacunar contra la hepatitis A a la hermana, quien, a pesar de todo, contrae la enfermedad. Se administra a la niña una dosis de vacuna contra la hepatitis B, al no estar inmunizada.

Al cabo de 2-3 meses, la niña, que no ha vuelto a tener contacto con su padre, es enviada junto con su hermana a su país de origen, quedando ambas al cuidado de la abuela materna. La madre sigue aquí el curso de su embarazo por posibles riesgos de infección de transmisión sexual (ITS). Posteriormente se confirma en la madre infección por VHS-2 que parece antigua.

DISCUSIÓN

Este caso nos muestra una realidad oculta en demasiadas ocasiones. Los menores son especialmente vulnerables a situaciones de abuso en cualquier cultura. Las situaciones de maltrato, ya sean por acción o por omisión, han sido ampliamente estudiadas. No tanto el abuso sexual, aunque en la

actualidad son numerosos los trabajos publicados para estudiar la prevalencia de dicho maltrato, que se cifran en un 7,9% en los varones y en un 19,7% en las mujeres antes de cumplir los 18 años¹⁻³, aunque es posible que las cifras sean algo más elevadas en varones. El maltratador suele ser en general un pariente, o bien amigos o conocidos cercanos a la familia² y el abuso suele ocurrir en el hogar de la víctima, siendo el agresor, en la inmensa mayoría de los casos, un hombre². Las formas de acercamiento al niño las hacen con engaños, como parte de un juego o hablándoles de “secretos especiales” entre el agresor y la víctima, siendo poco frecuente el empleo de la fuerza².

Las consecuencias en la salud de las víctimas son múltiples, tanto en el terreno físico como en el psíquico^{2,4}. Hay descritos numerosos síntomas a corto y a largo plazo, más allá de las lesiones producidas por las infecciones de transmisión sexual (ITS) que no siempre son visibles en la exploración física tras una agresión sexual. Las repercusiones más preocupantes son las que afectan a la salud mental, llegando a empeorar su estado general y su calidad de vida. Se han descrito depresiones, trastornos de somatización y de conversión, conductas autolesivas, dependencia de sustancias nocivas, promiscuidad en las relaciones sexuales y problemas en las relaciones interpersonales^{2,4}. Son personas muy vulnerables, proclives a ser de nuevo víctimas o a repetir las mismas conductas que ellas han sufrido.

En el caso que nos ocupa se produjo una infección por VHS-2. Las ITS de origen viral están descritas como 1,5 veces más frecuentes que las bacterianas⁵. La aparición de infecciones por el virus del papiloma humano (VPH) o por el VHS en niños –sobre todo en menores de 11 años– siempre deben hacernos sospechar un abuso sexual, aunque en muchos de los casos no se puede confirmar⁶. Varios estudios insisten en la necesidad de hacer un cribado correcto para la detección de ITS, ya sean virales o bacterianas; incluso se habla de la importancia de realizar segundas evaluaciones, poniendo especial énfasis en que deben ser realizadas por expertos^{6,7}. El VHS-2 infecta fundamentalmente

los genitales, siendo frecuentes las recurrencias (como ocurrió en nuestro caso) hasta que consigan mantener un nivel estable de anticuerpos, siendo posible difundir el virus mientras se es portador⁸. Las pruebas se hacen por PCR y el tratamiento de elección es el aciclovir⁸, como se hizo en este caso.

Es necesario que los profesionales de la AP nos familiaricemos con las actitudes de niños y adolescentes que nos puedan indicar una situación lamentable como la descrita en este caso. Para ello es imprescindible un enfoque multidisciplinar y una atención especial a las labores de prevención que se pueden ofrecer desde primaria tanto al niño como a los padres y a todo su entorno, familiar y social^{9,10}. La escuela, la atención prenatal, la dedicación de un tiempo suficiente en consulta, todo ello queda englobado en las labores de prevención, imprescindibles para tratar de impedir el maltrato. También sería deseable una mejora en la formación en aspectos jurídico-legales en los equipos de AP⁹.

Desde luego, no hay que desdeñar el papel fundamental que tiene el pediatra en la detección de los casos de abusos¹⁰, pero tampoco hay que olvidar que es la sociedad en su conjunto la que tiene que enfrentarse a las situaciones susceptibles de maltrato y a la desprotección a que están sometidos nuestros menores, como son las jornadas excesivas de trabajo de los padres o la falta de conciliación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pereda N, Guilera G, Fornis M. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:328-38.
2. Cortés Arboleda MR, Cantón Duarte J, Cantón-Cortés D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gac Sanit*. 2011;25:157-65.
3. Beck-Sagué CM, Solomon F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescents and adult

CONCLUSIONES

El diagnóstico de abuso sexual se hace muy evidente cuando hay síntomas físicos, como ocurre en el caso que publicamos. Las dificultades se presentan cuando los síntomas son mucho más sutiles. Hablamos de niños con síntomas de introversión, callados, buenos, sumisos y obedientes. Evidencian actitudes y no síntomas físicos, por eso son los más difíciles de diagnosticar y, sin embargo, suponen el porcentaje más elevado de casos que han sufrido abuso sexual. Requieren especial atención por nuestra parte. Así mismo, debemos saber que el abuso sexual se da en todas las culturas y en todas las clases sociales, no solamente en familias desarraigadas como ocurre en este caso.

Finalmente, conviene señalar que los pediatras no recibimos preparación ni formación suficiente para enfrentarnos a estos problemas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

Anti-HB negativos: anticuerpos protectores contra la hepatitis B • **AP:** Atención Primaria • **ITS:** infecciones de transmisión sexual • **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa • **VHC:** hepatitis C • **VHS:** virus herpes simple • **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana • **VVZ:** varicela-zóster.

victims of rape: review of selected literature. *Clin Infect Dis*. 1999;28:S74-83.

4. Pereda Beltrán N. Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12:273-85.
5. Mendiratta V, Agarwal S, Chander R. Reappraisal of sexually transmitted infections in children: a hospital-based study from an urban area. *Indian J Sex Transm Dis*. 2014;35:25-8.
6. Reading R, Hughes G, Hill J, Debelle G. Genital herpes in children under 11 years and investigations for sexual abuse. *Arch Dis Child*. 2011;96:752-7.

7. Gavril AR, Kellog ND, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics*. 2012;129:282-9.
8. Phillips CF. Virus Herpes Simple (VHS). Enfermedades infecciosas: infecciones virales y otras presuntamente causadas por virus. En: Nelson: Tratado de Pediatría, 14.ª edición. Madrid: Elsevier; 1992. p. 969-73.
9. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz Díaz MA, Esteban J. Niños maltratados. El papel del pediatra. *An Esp Pediatr*. 2000;52:548-53.
10. Domingo-Salvany F. El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatr Integral*. 2013;17:694-712.