



## TEMA 3 -2022:

### Lesiones genitales asociadas a violación sexual Genital injuries following sexual assault

Recibido: 09/04/2017

Aceptado: 30/04/2022

<sup>1</sup> Melissa Castillo-Corrales

<sup>2</sup> Gastón Gómez-Chaves

<sup>3</sup> Gretchen Flores Sandí

- <sup>1</sup> Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica, San Pedro, Montes de Oca, San José, Costa Rica. Correo electrónico: [melissa.castillo@ucr.ac.cr](mailto:melissa.castillo@ucr.ac.cr)
- <sup>2</sup> Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica, San Pedro, Montes de Oca, San José, Costa Rica. Correo electrónico: [gaston.gomez@ucr.ac.cr](mailto:gaston.gomez@ucr.ac.cr)
- <sup>3</sup> Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica, San Pedro, Montes de Oca, San José, Costa Rica. Correo electrónico: [gretchenflores@gmail.com](mailto:gretchenflores@gmail.com)

#### Resumen

Las lesiones genitales asociadas a violación sexual se clasifican según tipo de lesión, localización de la lesión y según sexo o edad de la víctima. La valoración clínica de estas lesiones representan un problema tanto médico como legal ya que no hay hallazgos patognomónicos de abuso sexual en la exploración, y la ausencia de signos no descarta el abuso o violación. Para el desarrollo de esta investigación se realizó una extensa revisión bibliográfica de artículos indexados publicados entre el 2000 y el 2017. La teoría establece que la población más susceptible a abuso sexual son las mujeres adultas y los pacientes pediátricos, con presentación de lesiones a nivel genital, anal y extragenital. Las lesiones genitales en población pediátrica se presentan frecuentemente en himen y labios menores, mientras que en mujeres adultas se presentan en fourchette posterior, labios menores e himen. Las lesiones genitales en hombres adultos son poco reportadas y su incidencia real se desconoce. Los tipos de lesiones más reportados son: desgarro, equimosis, abrasión, enrojecimiento e inflamación. La exploración y documentación de las lesiones genitales se beneficia de herramientas clínicas como inspección, colposcopia y aplicación de medios de contraste; así como de la aplicación de escalas de severidad de lesiones como la GISS.

#### Palabras clave

Delitos sexuales, violación, examen físico

#### Abstract

Genital injuries associated with sexual assault are classified according to the type and localization of the injury, and according to the age and sex of the victim. The clinical evaluation of these injuries represents a problem in the medical and legal areas, since there are no pathognomonic signs of sexual abuse, nor the absence of physical findings invalidates the diagnosis. An extensive review of indexed articles published between 2000 and 2017 was performed for the writing of this text. It has been established that pediatric population and adult women are the most susceptible to sexual assault; which often result in genital, anal and extragenital injuries. Genital injuries in pediatric patients are frequently located in hymen and inner labia, while the most common locations for adult women were posterior fourchette, inner labia and hymen. Genital injuries in adult men are rarely reported, and their incidence is unknown. Among the most reported types of injuries were tears, ecchymosis, abrasions, erythema and inflammation. The examination and documentation of genital findings during a physical exam can be supported with techniques such as inspection, colposcopy and staining procedures; and reported with the enforcement of injury severity scales such as GISS.

#### Key words

Sex offenses, rape, physical examination

## Introducción

Las lesiones asociadas a abuso sexual presentan distintas clasificaciones según grupo demográfico al que pertenece la víctima: población pediátrica, mujeres, hombres, personas con discapacidad y adultos mayores; también según el sitio anatómico de la lesión o al tipo de lesión propiamente. Estas lesiones genitales relacionadas a violencia sexual son frecuentemente un problema en los procesos judiciales, ya que se tiene la expectativa de que se encuentren las lesiones en los casos genuinos. Sin embargo, en muchos casos no se encuentran evidencias físicas de la violación sexual, pero esto no significa que no haya ocurrido.<sup>1</sup>

Incluso las repercusiones médicas y psicosociales de las lesiones del abuso sexual pueden resultar en un aumento de la morbilidad y mortalidad de las personas.<sup>2</sup> La importancia de la detección de lesiones por violación sexual realizada por el personal de salud, recae en que puede ser la primera y única oportunidad de las víctimas de recibir ayuda.

De ahí la importancia de proveer recursos para que estudiantes y servidores del área de salud conozcan sobre lesiones genitales asociadas a violación sexual; para que en un futuro cuando se esté en frente de un caso por abuso sexual, sepan actuar mejor, de manera más eficaz y profesional.

El objetivo de esta investigación es describir los tipos de lesiones encontradas en víctimas de abuso sexual, según grupo etario y sexo. Además, se pretende conocer la localización anatómica más frecuente de las lesiones genitales asociadas a violación sexual, y determinar el grado de severidad por medio de herramientas clínicas y la escala GISS.

## Metodología

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes; primaria, artículos originales correspondientes a estudios con muestras poblacionales y secundaria, bases de datos y revisiones sistemáticas previas. Se inició con la búsqueda bibliográfica en marzo del 2017 utilizando diferentes palabras clave en buscadores en internet como “Google académico”, además del acceso a bases de datos del SIBDI. Resultando en una amplia lista de resultados, se propusieron determinados criterios de selección como: publicaciones del año 2000 al 2016, idioma

## Revisión de la literatura

En la literatura se describen datos objetivos de las distintas formas de presentación clínica que tiene una persona víctima de abuso sexual, para que las lesiones puedan ser tratadas e incluso prevenidas. Un ejemplo de ello corresponde a que, en edades más tempranas, casi nunca existe penetración anal o vaginal; hallazgos periciales que difieran completamente de los que se encuentran en las víctimas adultas de agresiones sexuales.<sup>3</sup>

El enfoque de los diversos artículos corresponde al estudio de lesiones en dos principales grupos, la población pediátrica, y las mujeres adultas. Y dentro de cada uno de estos grupos se clasifican las evidencias físicas en signos genitales, signos anales y signos de violencia extra genital.<sup>3</sup> Por lo que para la clasificación de la lesión según su localización se toman en cuenta los siguientes sitios anatómicos: cérvix, vagina, labios mayores, himen, perineo, periuretral, ano, recto, extragenital en labios, fosas nasales, piernas, mamas y brazos.<sup>4</sup>

Una vez identificado el sitio anatómico donde se encuentra lesión, los autores se disponen a clasificarla también según el tipo de lesión, dentro de los cuales se establecen desgarres, equimosis, abrasiones, enrojecimiento, hinchazón o edema<sup>4</sup>, laceraciones, patrones de estrangulación, contusiones y fracturas.<sup>5</sup> Se debe destacar que no todos los tipos de lesiones van aparecer en una misma víctima, esto va a depender del atacante y a la serie de eventos presentes al momento de la violación, sin embargo, el personal de salud debe estar consciente de cada uno de ellos, ya que se les es asignada la responsabilidad de la detección eficiente de los signos y síntomas asociados al abuso sexual.<sup>3</sup>

## Discusión

Es importante acotar que previo a cualquier examen físico de una posible víctima de abuso sexual, se deben conocer los diferentes tipos de himen, listados según frecuencia<sup>6</sup>: Anular u ovalado, Semilunar, Criboso, Acorazonado, Bandas transversales, Redundante, Labiado, Imperforado, Fimbriado.

Se debe inspeccionar por desgarros o muescas en el himen, estas definiéndose como como escotaduras que llegan hasta el sitio de inserción del himen,

al igual que se debe ver la dilatación del himen. Se debe inspeccionar si este presenta algún tipo de cicatriz ya que si es así la lesión ocurrió aproximadamente 10 días atrás.<sup>7</sup> Incluso aunque la víctima haya experimentado penetración vaginal, apenas un 16% pueden presentar cambios en el himen, por lo que la ausencia de hallazgos en dicha estructura no descartaría abuso sexual.<sup>8</sup>

Es importante acotar que el grado de dilatación del himen no es indicativo ya que esta dilatación podría ser normal<sup>9</sup> pero un grado de dilatación anal mayor a 2cm si es muy sugestivo de penetración anal reciente, al igual que la presencia de eritema con desgarros en la mucosa anal es sugestivo.<sup>7</sup>

Lesiones sugestivas a enfermedades de transmisión sexual, tales como lesiones vesiculosas compatibles con herpes, lesiones verrugosas a nivel genital, infecciones por clamidia o trichomonas, aun siendo estas muy inespecíficas nos podrían ayudar a la sospecha clínica en caso de mujeres de temprana edad así como en las adultas.<sup>7</sup>

### ***Lesiones por abuso sexual en población pediátrica***

En el año 2000 en Bolivia, para una población de 86 víctimas de abuso sexual se obtuvo un examen físico normal en 51% y anormal en el 49% en. Las lesiones genitales se presentaron en un 44,2%, lesiones anales 4,8%, embarazos 11,7% y enfermedades de transmisión sexual 9,3%. Las lesiones genitales específicas de abuso sexual se centraron en el himen y labios menores, encontrándose ausencia del himen, laceraciones por desgarros en la posición de las 4 y 8 horas del reloj en un 18,6%, himen atenuado 3,5% y cicatriz en himen en un 7%. Las lesiones anales correspondieron a equimosis 1,2%, fisuras 2,4% y cicatriz 1,2%. Los datos a nivel extra genital en piel mostraron otras lesiones físicas asociadas a la agresión sexual como equimosis, petequias por mordeduras y sugilaciones en un 11,6 %, fracturas óseas 7% y alopecia por arrancamiento en 4,7%.<sup>2</sup> Es importante resaltar que en el 51% de los casos estudiados, el examen físico fue normal con historia clara de agresión sexual: caricias genitales, contacto orogenital e intentos de coito.<sup>2</sup>

No existen lesiones patognomónicas o de elevada especificidad para abuso sexual, sino que la mayoría

de casos presentan lesiones que generan la sospecha, de la presencia de determinados estresores sobre la víctima, entre las cuales se encuentra el abuso sexual. Por lo anterior, dentro del planteamiento diagnóstico se debe descartar otras causas traumáticas que expliquen estas lesiones, como variaciones anatómicas normales, accidentes de tránsito o empalamiento accidental producto de juegos o caídas.<sup>3</sup>

### ***Lesiones por abuso sexual en mujeres adultas***

En el estudio realizado por los autores Slaughter y Brown a una población de 213 mujeres en USA, se evidencia que producto de una violación sexual, se pueden comprometer los sitios anatómicos como el fourchette o pliegue de la comisura vulvar posterior en un 70%, labios menores 53%, himen 29 %, ano 15%, cérvix 13, vagina 11%, perineo 11%, labios mayores 7% y recto en un 4%. Así mismo se destacan los tipos de lesiones presentes en las víctimas; desgarre 33%, equimosis 20%, abrasión 29%, enrojecimiento 12% y edema en 6%.<sup>4</sup>

Las lesiones por penetración van desde laceraciones vaginales superficiales hasta profundas con riesgo de shock hipovolémico.<sup>8</sup> A nivel genital predominan los desgarros del himen, laceraciones de la vagina y equimosis perineal, mientras que en sitios extra genitales por trauma se encuentran principalmente equimosis, laceraciones y rasguños.<sup>5</sup> También es posible encontrar lesiones no penetrantes que involucran el pubis, clítoris y los labios, donde se puede encontrar equimosis, hematomas, abrasiones, laceraciones lineales y mordedura.<sup>8</sup> Luego cada una de estas lesiones pasa a ser clasificada según la severidad en leve, moderada y severa.

### ***Lesiones por abuso sexual en hombres adultos***

Los casos de abuso sexual en pacientes masculinos son raramente reportados, por lo que la incidencia de las lesiones es poco clara. En algunos estudios se ha reportado una incidencia de aproximadamente 3% de pacientes con lesiones genitales como consecuencia de abuso sexual. Las lesiones reportadas en estos estudios son: dolor genital crónico, erecciones dolorosas, síntomas del tracto urinario inferior, disfunción sexual y fractura de pene.<sup>10</sup>

## ***Descripción de las lesiones genitales más frecuentes***

Las lesiones genitales pueden ser descritas y clasificadas con base en tipo de alteración anatómica presenten en: desgarró, equimosis, abrasión, enrojecimiento e inflamación.<sup>11</sup>

El desgarró se define como una disrupción de la integridad de tejido que incluye fisuras, grietas, laceraciones, cortadas, heridas o rasgaduras. La equimosis se define como cambios en la coloración de la piel o las mucosas, identificadas como “moretones” o áreas azuladas provocadas por el daño de los vasos sanguíneos en las capas profundas a la superficie expuesta. Las abrasiones son identificadas como excoiaciones causadas por la remoción de la capa de epidermis con bordes definidos. El enrojecimiento corresponde a áreas eritematosas de piel inflamada sin un borde definido causadas por irritación o lesión. La inflamación es descrita como edema o congestión transitoria de tejidos.<sup>11</sup>

### **Exploración y severidad de las lesiones**

Al realizar la valoración de los pacientes que sufrieron abuso sexual es recomendad realizar un examen físico completo con el fin de documentar en la piel signos de lesiones extragenitales. Durante la exploración genital es recomendado el registro de las lesiones mediante fotografías y el uso de mapas corporales.<sup>12</sup>

En la actualidad se utilizan tres métodos para la exploración de genitales externos e himen en medicina clínica forense para los casos de consulta por abuso sexual. El protocolo consiste en inspección visual directa por separación y tracción de los labios externos, colposcopía y la aplicación de un medio de contraste para identificar lesiones microscópicas.<sup>13</sup>

La aplicación de luz ultravioleta ha sido implementada recientemente para proveer evidencia adicional de traumas en la piel que no son visualizados bajo luz blanca en víctimas de abuso sexual. Entre las principales lesiones que esta técnica permite documentar se encuentran: hemorragias submucosas agudas, petequias y lesiones en proceso de cicatrización en el área ano-genital.<sup>13</sup>

Posterior a la recolección de la evidencia, la interpretación de esta orienta al diagnóstico de abuso

sexual. Una herramienta de importancia en el análisis de esta evidencia obtenida es la escala de severidad de las lesiones genitales GISS, propuesta por Kelly, Larkin, Cosby y Paolinetti en el 2013. El dispositivo está diseñado para clasificar las lesiones genitales en pacientes femeninas en dos categorías: según la frecuencia con que se presentan en prácticas sexuales consensuales y en casos de abuso sexual.<sup>14</sup>

La GISS requiere una valoración médica de los genitales externos femeninos mediante técnicas de colposcopía con fotografía de alta resolución y tinción con azul de toluidina. Ambas técnicas han sido clasificada como métodos de medicina basada en evidencia clase II.<sup>14</sup>

La guía es completada de manera prospectiva por el médico durante la exploración genital. Se asigna una severidad apropiada (columnas) para cada hallazgo individual (filas), escogiendo cual celda representa de manera más acertada la lesión de mayor severidad para cada categoría.<sup>14</sup>

La categorización global de la GISS se determina según el hallazgo individual que represente la lesión de mayor severidad (la columna seleccionada más derecha), incluso cuando varios hallazgos se encuentren en las clases de menor severidad.<sup>14</sup> Según se muestra en la Tabla 1.

El resultado final se interpreta de la siguiente manera:

- Clase A: lesiones menos probables en abuso sexual
  - Tipo 1: no hay hallazgos para esta variable.
  - Tipo 2: hallazgos poco específicos.
- Clase B: lesiones más probables en abuso sexual.
  - Tipo 3: hallazgos de menor severidad encontrados en abuso sexual.
  - Tipo 4: hallazgos con severidad entre tipo 3 y tipo 5.
  - Tipo 5: Hallazgos de mayor severidad encontrados en abuso sexual.<sup>14</sup>

■ **Tabla 1.** Escala de severidad de las lesiones genitales, GISS.<sup>14</sup>

Escala de severidad de lesiones genitales					
	Tipo 1	Tipo2	Tip3	Tipo4	Tipo 5
<b>Hinchazón</b>	(-) (0)	+ Leve (1)	++ Significativo (2)		
<b>Cambio de coloración</b>	(-) (0)	+ Rosado/Rojo (1)	++ Enrojecimiento significativo (2)	Morado (3)	
<b>Ruptura del tejido</b>	(-) (0)	Superficial: visible solo con colposcopia y/o TB	Moderado: desgarros lineales en epidermis visibles con ojo (2)	Moderado: mayor profundidad y grosor en dermis (3)	Severo: desgarro hasta tejido subcutáneo o de mayor profundidad (4)
<b>Himen e introito</b>	(-) (0)		Desgarro incompleto (2)	Desgarro completo (3)	Desgarro completo y disrupción de introito (4)
<b>Captación de azul de toluidina</b>	(-) (0)	- /+ Captacin baja puntiforme (1)	+ Captación específica (2)		
	Integridad de tejido intacta <b>Clase A</b>		Integridad de tejido comprometida <b>Clase B</b>		

Aunque no ha sido ampliamente utilizada, la aplicación de la GISS podría tener un valor clínico de importancia al permitir la medición del proceso de curación y resolución de las lesiones. Además, podría tener beneficios en el marco legal al permitir la estandarización de los reportes de valoración médica por abuso sexual.<sup>14</sup>

### Discusión

La identificación de los tipos lesiones genitales por violación sexual es de gran importancia ya que se convierte en la primera línea de atención y acción en los casos sospechados de violación sexual seguidamente se le puede brindar un ambiente de confianza a la víctima y ayudar a los muchos niños, niñas, mujeres y hombres que sufren de violación sexual. Recordando que no siempre es posible deducir con quién o con qué, tal contacto ocurrió o

si tal contacto es consensual o no. Las lesiones en el área genital asociadas a una historia de posible abuso sexual, deben alarmar y generar la sospecha de delito sexual mas no acusar de primera intención.

En presencia de indicadores de sospecha, la violación sexual debe pasar por una serie de diagnósticos diferenciales. Entre los cuales se puede mencionar; variantes o malformaciones anatómicas, antecedente de trauma o juegos exploratorios en infancia o edad prepuberal, fisuras anales secundarias a estreñimiento, prolapso uretral y finalmente relaciones consentidas entre iguales. Mediante una adecuada historia clínica y examen físico, se va confirmando o descartando la sospecha, hasta encontrar la causa más probable no relacionada con abuso sexual.

Tanto la recolección y documentación de la evidencia física del abuso, como la implementación de herramientas como el GISS podrían ser un beneficio para el seguimiento de la evolución clínica de los pacientes abusados.

Estas prácticas además pueden jugar en el área legal, un papel importante al objetivar y universalizar el reporte de los hallazgos de lesiones genitales.

### **Conclusiones**

En la población pediátrica se encuentran como parte de las lesiones genitales; laceraciones, desgarres, fisuras y cicatrices, a nivel extragenital se pueden observar equimosis, petequias, sugilaciones y fracturas óseas. Sin mucha variabilidad las mujeres adultas presentan también; hematomas, mordeduras y abrasiones. Mientras que en hombres adultos las lesiones son más sintomáticas, asociadas a dolor genital crónico, erecciones dolorosas, síntomas del tracto urinario inferior y disfunción sexual.

En niños y niñas, les lesiones genitales se presentan en un 44%; su gran mayoría en himen y labios menores, mientras que las mujeres adultas presentan lesiones más frecuentemente en fourchette en un 70%, labios menores en 53% e himen en un 29%. En hombres adultos la incidencia de lesiones genitales es menor, localizadas principalmente a nivel anal. Hay evidencia también de localización extragenital; en piel y huesos.

Entre las herramientas clínicas más útiles para la exploración genital se destaca; la inspección visual directa, la colposcopia y aplicación de un medio de contraste para lesiones microscópicas. El grado de severidad va a estar determinado por la escala GISS, según su clasificación en clases. Clase A, con el tipo 1 en ausencia de hallazgos y el tipo 2 con hallazgos poco específicos. Clase B, tipo 3 hallazgos de menor severidad encontrados en abuso sexual; tipo 4, hallazgos con severidad entre tipo 3-5, y finalmente tipo 5 con hallazgos de mayor severidad encontrados en abuso sexual.

### **Agradecimiento**

Este trabajo fue realizado en el marco del trabajo comunal universitario "TC-562 Prevención de la violencia sexual y vulnerabilidad de ITS/VIH/SIDA en personas menores de edad" adscrito a la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, mediante el cual los estudiantes se integraron a la temática de violencia sexual y es a partir de ahí que nace la revisión bibliográfica como un incentivo a la

investigación y extensión del conocimiento médico.

### **Conflictos de Interés**

No hubo conflictos de interés.

## Referencias

- 1- Sotelo B, González R. Análisis de seguimiento por denuncias de presuntos actos sexuales abusivos cometidos contra niños, niñas y adolescentes. *Univ Psychol.* 2006; 5(2): 397-418.
- 2- Onostre R. Abuso sexual en niñas y niños: Consideraciones clínicas (Bolivia). *Rev chil pediatr.* 2000; 71(4):368-375.
- 3- Rodríguez H. Evaluación médico legal del abuso sexual infantil. *Cuad Med Forense* 2010;16(1-2):99-108.
- 4- Slaughter L, Brown CR, Crowley S, Peck R. Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;176(3):609-16. doi: 10.1016/s0002-9378(97)70556-8. PMID: 9077615.
- 5- Sommer M, Schaffer J, Zink T, Huston L, Hillard P. Injury patterns in women resulting from sexual assault. *Trauma Violence Abuse.* 2001;2(3): 240-258.
- 6- Hegazy AA , Al - Rukban MO. Hymen: facts and conceptions. *theHealth.* 2012; 3(4): 109-115.
- 7- Berenson AB, Chacko MR, 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(4):820-31; discussion 831-4.
- 8- Acuña MJ, Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y prevención. *Med leg Costa Rica.* 2014; 31(1): 57-69
- 9- Ingram DM, Everett VD, Ingram DL. The relationship between the transverse hymenal orifice diameter by the separation technique and other possible markers of sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2001;25(8):1109-20.
- 10- White C. Genital injuries in adults. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(1):113-30. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.011. Epub 2012 Dec 5.
- 11- Sommers MS. Defining patterns of genital injury from sexual assault: a review. *Trauma Violence Abuse.* 2007;8(3):270-280. doi:10.1177/1524838007303194
- 12- Ingemann-Hansen O, Charles AV. Forensic medical examination of adolescent and adult victims of sexual violence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2013;27(1):91-102. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.08.014. Epub 2012 Oct 1. PMID: 23036587.
- 13- Joki-Erkkilä M, Rainio J, Huhtala H, Salonen A, Karhunen PJ. Evaluation of anogenital injuries using white and UV-light among adult volunteers following consensual sexual intercourse. *Forensic Sci Int.* 2014;242:293-298. adolescents. *Univ Psychol.* 2006; 5(2): 397-418.
- 14- Kelly DL, Larkin HJ, Cosby CD, Paolinetti LA. Derivation of the Genital Injury Severity Scale (GISS): a concise instrument for description and measurement of external female genital injury after sexual intercourse. *J Forensic Leg Med.* 2013;20(6):724-31. doi: 10.1016/j.jflm.2013.04.012. Epub 2013 May 28. PMID: 23910870.