
La mujer como víctima de trauma sexual

EMILIO A. RESTREPO

Se revisa el tema de las consecuencias físicas que la práctica sexual puede acarrear sobre las diferentes estructuras genitales y anorrectales de la mujer.

PALABRAS CLAVE
PRÁCTICA SEXUAL
TRAUMA SEXUAL

INTRODUCCIÓN

En el mundo moderno la liberación de una amplia serie de restricciones morales que imperaban en el pasado, ha permitido la apertura en muchos campos. Uno de ellos, el de la sexualidad humana, se practica en forma mucho más abierta y espontánea, menos hipócrita, lo que genera en la mayoría de los casos experiencias más gratificantes, casi siempre exentas de peligros y lesiones. En algunas circunstancias, por actividad sexual no consentida, por abuso sexual violento, por desconocimiento o inexperiencia o por extralimitación en la práctica de lo "razonable", se presenta compromiso de la integridad física de uno de los miembros de la pareja. En la presente revisión, se compendia lo que puede ocurrir en la mujer cuando es sujeto de trauma sexual. La experiencia enseña que no hay límites para lo que la imaginación puede hacer y que cualquier lesión o actividad es posible (1-3).

TRAUMA VAGINAL

Las lesiones en la vagina pueden ser consecuencia tanto de actividad sexual coital "normal" como de asalto violento o actividades masturbatorias. Pueden ir desde mínimas laceraciones, sólo evidenciables por leve sangrado, dolor o dispareunia hasta verdaderos estallidos de la mucosa. No son raras pero muchas veces pasan inadvertidas por la renuencia de la paciente a reconocer el tipo de actividad sexual que lleva a cabo. Es necesario sospechar este problema en cualquier paciente que tenga una hemorragia vaginal aguda y se debe practicar el interrogatorio pertinente. Este trauma usualmente involucra la región posteroinferior de la vagina, el introito y la base del himen. Hay que recordar que es una mucosa friable, muy vascularizada y que con el estímulo sexual sufre una vasocongestión importante.

Para documentar pequeñas abrasiones se puede recurrir al examen colposcópico, usando tinciones de lugol o azul de toluidina. Se observan telangiectasias, capilares interrumpidos, laceraciones, focos eritematosos, lesiones en forma de "lágrima", etc. (4,5).

En las mujeres vírgenes o con muy escasa actividad sexual se pueden ver desgarros himeneales, que cursan con dolor y sangrado el cual puede ser

DOCTOR EMILIO ALBERTO RESTREPO BAENA, Profesor de Cátedra, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

leve y con menos frecuencia severo. Usualmente se localizan en las posiciones 5 y 7 del reloj. Hay que revisar prolongaciones hacia la vagina o el recto. Si hay sangrado activo hay que recurrir a puntos hemostáticos. Cuando las laceraciones se localizan en la mitad superior de la vagina, suelen sangrar en forma mucho más activa; generalmente son consecuencia del impacto de objetos usados para asaltos, masturbación o aborto. Hasta el 3 a 15% de los casos tienen sangrado profuso que lleva a hipovolemia y en el 1% la lesión se extiende hasta el peritoneo, con o sin compromiso de vísceras intrabdominales. Se ha encontrado asociación de esta lesión con cuerpos extraños hasta en el 60% de los casos. También en vaginas de mujeres en el posparto, posmenopáusicas, posradiación o con intoxicación alcohólica (3,6-8).

TRAUMA RECTAL

Se presume que la actividad sexual por vía anal es exclusiva de hombres homosexuales. No es así, como tampoco lo son las consecuencias médicas de una práctica desaforada o violenta del erotismo anal. Se invoca para demostrarlo, el estudio de Bolling donde hasta el 25% de las mujeres reconocen practicar el *anilingus* o permiten la penetración anal, como recurso ocasional de actividad sexual (3). La mayoría de las lesiones son benignas pero se han descrito en algunos artículos traumas severos o verdaderas catástrofes pélvicas. De estas últimas se destaca la fornicación anal con el puño que consiste en introducir la mano y el antebrazo en el ano y recto con fines de estimulación sexual. Su práctica se asocia con el uso de estupefacientes, drogas analgésicas potentes (tipo opiáceos) o relajantes. Esto produce muchas lesiones severas, desgarros de muy alta morbilidad, destrucción del esfínter, celulitis pélvica y en ocasiones la muerte (9-11).

Entre las lesiones menores se describen fisuras anales, hemorroides trombosadas o sangrantes, criptitis, abscesos perirectales, abrasiones de la mucosa, úlceras, proctitis infecciosa y alérgica, hematomas, etc. El tratamiento consiste en baños de asiento, ablandadores de la materia fecal, supositorios de anestésico local con antiinflamatorios, además de instrucciones claras sobre la anatomía de la zona y la necesidad de lubricación. Cuando sea necesario, hay que prescribir antibióticos y realizar debridación y drenaje (12,13).

Es común el uso de cuerpos extraños para estimulación rectal, con retención del objeto y trauma directo en algunos casos. Se han descrito objetos de todos los tamaños, formas y materiales. "sólo el tamaño del recto y la imaginación humana limitan la clase de objetos que se usan." El problema es más serio y común en hombres, pero también se describe en mujeres. El tratamiento consiste en la remoción del cuerpo extraño bajo condiciones de anestesia y relajación, seguida de antiinflamatorios y antibióticos; en ocasiones se debe utilizar el proctoscopio. Se han descrito casos en que es necesario recurrir a la vía abdominal para la extracción quirúrgica, incluso con exteriorización intestinal. Hay que descartar perforación de víscera hueca; los signos de irritación peritoneal pueden ser tardíos pero la taquicardia persistente y la fiebre la sugieren precozmente. En perforaciones extraperitoneales la manifestación puede ser un absceso localizado. (9,10,13-16)

TRAUMA URETRAL

Las lesiones uretrales pueden ser producidas por el uso de cuerpos extraños, aunque en las mujeres es menos común que en los hombres. Un caso extraño de trauma sexual es la penetración o coito uretral asociada con dispareunia, megauretra e incontinencia urinaria. En los casos reportados se asocia con anomalías anatómicas en vagina (agenesia congénita, himen imperforado) (17,18).

TRAUMA POR RELACIÓN OROGENITAL

Las actividades sexuales orogenitales se han incorporado a la práctica rutinaria de un porcentaje muy alto de la población. En la mayoría de los casos no se reportan lesiones o traumas a consecuencia de ellas, por ser casi siempre inocuas, por restricciones de tipo social o moral, o por el curso relativamente rápido y benigno de las lesiones y su resolución espontánea. La clave del diagnóstico radica en conocer su existencia, en plantear el tema en el interrogatorio en forma seria y discreta y en discernir adecuadamente los diagnósticos diferenciales.

El síndrome *fellatio* es una contusión del paladar que provoca hemorragia submucosa con petequias y equimosis, en forma redondeada y regular. No produce dolor ni disfagia y casi siempre es un hallazgo casual. Es secundario a la combinación de pre-

sión negativa dentro de la cavidad oral en el momento de la relación y el impacto del pene en el paladar. Se debe diferenciar de trauma por tos pertinaz, infecciones virales, mononucleosis infecciosa, discrasias sanguíneas y aun tumores nasofaríngeos. La lesión cede espontáneamente en 7 a 10 días sin necesidad de tratamiento (19).

El síndrome *cunnilingus* ocurre por hiperextensión de la lengua contra los dientes inferiores al practicar sexo oral. Se caracteriza por una lesión ulcerosa en la base de la lengua, cubierta de fibrina, con eritema circundante. En ocasiones hay sobreinfección. Cuando el trauma es repetido se puede observar un fibroma o una reacción de hiperqueratosis. El diagnóstico diferencial se hace con úlceras de otro tipo, chancros, trauma térmico, tumores y heridas por prótesis. Se resuelve en forma espontánea en 7 a 10 días. Se pueden usar medidas locales de aseo y enjuagues analgésicos y antisépticos. Igual lesión ocurre por la práctica del *anilingus* (3).

El síndrome de insuflación vaginal ocurre cuando el compañero sexual, durante una relación oral, sopla en la vagina e introduce aire. Secundario a esto se producen desde lesiones asintomáticas hasta embolismo pulmonar aéreo fatal, pasando por neumoperitoneo. En este último, el aire pasa desde la vagina hasta el útero y a través de las trompas a la cavidad abdominal (20). En mujeres no grávidas puede ocasionar dolor abdominal difuso e inespecífico, en ocasiones pleurítico, irradiado a los hombros. Usualmente no hay signos de irritación peritoneal y la radiografía muestra aire libre bajo el diafragma. Si no hay otro hallazgo, el interrogatorio suele orientar hacia el diagnóstico. La resolución es espontánea (21).

En la mujer gestante se han reportado embolismos aéreos venosos masivos, durante el segundo y tercer trimestres, con una mortalidad fetal superior al 90% y materna de 87% (22,23). Esto se explica porque la vagina de una mujer grávida puede almacenar hasta dos litros de aire a presión que pasa por el cérvix, diseca entre las membranas y el útero y penetra a la circulación venosa pasando al corazón derecho y al pulmón. Se describe un cuadro agudo de disnea, dolor torácico, convulsiones, confusión mental, sangrado vaginal y muerte. Si el diagnóstico es oportuno, la terapia consiste en someter a la paciente a altas concentraciones de oxígeno, en posición de Trendelenburg (22,23). De lo anterior, se infiere que ésta es una actividad sexual absoluta-

mente contraindicada en el embarazo. El coito y aun el *cunnilingus* se consideran seguros, excepto cuando la paciente sufre de amenaza de aborto o parto prematuro, incompetencia cervical, ruptura de membranas o enfermedades médicas asociadas.

OTROS TRAUMAS

Asociadas al trauma sexual es posible encontrar intoxicaciones diversas, como las producidas por alcohol, marihuana, escopolamina, depresores, nitrito isobutilico (*poppers*), que se han utilizado dentro del juego erótico o como método para someter la voluntad o por problemas de farmacodependencia (13).

Se ha observado todo tipo de traumas en la piel: quemaduras, signos de juegos sadomasoquistas, ligaduras, excoriaciones, tatuajes, mordeduras humanas o animales, con riesgo de sobreinfección por bacterias anaerobias.

La mujer puede ser también víctima de enfermedades de transmisión sexual en los sitios más variados (por ejemplo condilomatosis anal o bucofaringea, proctitis gonocócica, chancros orales (19) las cuales pueden generar confusión por el sitio de presentación y necesitan gran agudeza en el interrogatorio.

El tema de los traumas psicológicos acaecidos como consecuencia de la actividad sexual o las consecuencias físicas o afectivas derivadas de la violencia que suele acompañar a los actos de violación o agresión sexual no consentida serán tratados en otro artículo.

SUMMARY
WOMEN AS VICTIMS OF SEXUAL TRAUMA
Physical consequences of different modalities of sexual practice on female genital and anorectal structures are reviewed.

BIBLIOGRAFÍA

1. ELAM AL, RAY VG. Sexually related trauma: A Review. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 576-584.
2. HICKS DJ. Rape: Sexual Assault. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137: 931-935.
3. GEIST RF. Sexually related trauma. *Emerg Clin North Am* 1988; 6: 439-466.

4. LAUBER AA, SOUMA ML. Use of toluidine blue for documentation of traumatic intercourse. *Obstet Gynecol* 1982; 60: 644-648.
5. McCAULEY J, GORMAN RL, GIZINSKI G. Toluidine blue in detection of perineal lacerations in pediatric and adolescent sexual abuse victims. *Pediatrics* 1986; 78: 1.039-1.043.
6. METSALA P, NIEMINEN U. Traumatic lesions of the vagina. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1968; 47: 482-488.
7. WILSON F, SWARTZ DP. Coital injuries of the vagina. *Obstet Gynecol* 1972; 39: 182-184.
8. HAKANSON EY. Trauma to the female genitalia. *Lancet* 1966; 86: 287-291.
9. BARONE JE, YEE J, NEALON TF. Management of foreign bodies and trauma of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 453-457.
10. SOHN N, WEISTEIN MA, GONCHAR J. Sexual injuries of the rectum. *Am J Surg* 1977; 134: 611-612.
11. WEISTEIN MA, SOHN N, ROBBINS RD. Syndrome of pelvic cellulitis following rectal sexual trauma. *Am J Gastroenterol* 1981; 75: 380-381.
12. SOHN N, ROBILOTTI JG. The gay bowel syndrome: A review of rectal conditions in 200 male homosexuals. *Am J Gastroenterol* 1977; 67: 478-484.
13. BUSH RA, OWEN WF. Trauma and other noninfectious problems in homosexual men. *Med Clin North Am* 1986; 70: 549-566.
14. BRUNNERRG, SHATNEY CH. Diagnostic and therapeutic aspects of rectal trauma. Blunt versus penetrating. *Am Surg* 1987; 53: 215-219.
15. CRASS RA, TRANBAUGH RF, KUDSK KA. Colorectal foreign bodies and perforation. *Am J Surg* 1981; 142: 85-88.
16. SOHN N, WEISTEIN MA. Office removal of foreign bodies in the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 146: 209-210.
17. TANDON JK, SAKSENA JS. Acquired megalourethra in a woman with normal vagina: A case report. *J Urol* 1983; 130: 567-568.
18. Entrevista con el Doctor Francisco Restrepo, Endocrinología Ginecológica, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, 1996.
19. PINDBORG JJ. Atlas de enfermedades de la mucosa oral. 4a ed. Barcelona: Salvat, 1986: 44-52.
20. GANTT CB, DANIEL WW, HALLENBECK GA. Nonsurgical pneumoperitoneum. *Am J Surg* 1977; 134: 411-414.
21. FREEMAN RK. Pneumoperitoneum from oral-genital insuflation. *Obstet Gynecol* 1970; 36: 162-164.
22. BRAY P, MYERS RA, COWLEY RA. Orogenital sex as a cause of nonfatal air embolism in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 653-657.
23. FYKE FE, KASMIER FJ, HARMS RW. Venous air embolism: Life threatening complication of orogenital sex during pregnancy. *Am J Med* 1985; 78: 333-336.

