



## GONORREA EN UNA NIÑA DE 5 AÑOS

Dada la complejidad del tema, se ha efectuado una revisión completa con asesoramiento de expertos de infectología del Hospital Garrahan. La revisión aclara el tema de victimización sexual y enfermedad de transmisión sexual en la edad pediátrica.

Se adjunta archivo sobre: **Victimización Sexual y Enfermedades de Transmisión Sexual en la Edad Pediátrica**

### Victimización Sexual y Enfermedades de Transmisión Sexual en la Edad Pediátrica

#### 1 Consideraciones Generales

#### 2. Enfermedades Infecciosas en Niños Abusados

#### 3. infecciones Gonocócicas

#### 4. Referencias

#### 5. Apéndice

#### 1. Consideraciones Generales

El abuso sexual en niños, ha sido definido como la explotación de un niño – por contacto físico o por otras interacciones – por estimulación sexual de un adulto o un menor quien está en posición de poder sobre el niño. La victimización sexual de un menor de 18 años perpetrada por un cuidador del niño, se define como “abuso”. En tanto que aquella que es perpetrada por un no cuidador del niño, se define “asalto” según American Academy of Pediatrics (MP). En algunas instancias, la victimización sexual que implica contacto físico, puede permitir la transferencia de microorganismos de transmisión sexual. Aproximadamente el 5% de los niños abusados sexualmente, adquieren una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) como resultado de la victimización. .

Los factores que influyen la posibilidad de adquirir ETS en un niño victimizado sexualmente dependen de varios factores: prevalencia de ETS en la población adulta, número de episodios de victimización, tipo y frecuencia del contacto sexual (perpetrador/niño), infectividad de los microorganismos, susceptibilidad del niño a las infecciones y si el niño recibe tratamiento antimicrobiano concurrente. El intervalo entre el contacto físico del niño con el perpetrador y la evaluación médica, influyen la posibilidad de que el niño expuesto demuestre signos o síntomas de ETS.

La decisión de obtener especímenes genitales o de otras regiones del niño que ha sufrido victimización sexual, debe ser realizada en forma individual. Las siguientes situaciones incluyen alto riesgo de ETS y constituyen una fuerte indicación de evaluación de laboratorio:

- \* El niño presenta o ha presentado signos o síntomas de ETS o una infección que puede ser transmitida sexualmente, aun en ausencia de presunción de abuso sexual.
- \* Si algún miembro del ambiente del niño (Ej.: hermano, adulto) tiene ETS
- \* Si el perpetrador tiene ETS o alto riesgo de ETS (Ej.: múltiples parejas sexuales o historia de ETS) o tiene historia desconocida.
- \* Si el paciente o la familia solicitan evaluación.
- \* Si la prevalencia de ETS en la población es alta.
- \* Evidencia de penetración genital, oral o anal o presencia de eyaculación.

#### 2. Enfermedades Infecciosas en Niños Abusados

Los agentes infecciosos que se diseminan primariamente por contacto sexual en adultos, puede



ocasionar infección en niños posterior al abuso sexual. La detección de una infección posiblemente debida a un contacto sexual tiene implicancia médica, legal y social. Evaluación adecuada de niños para ETS han sido enunciada por la (AAP) y el Center for Disease Control and Prevention (CDC).

### 3. Infecciones Gonocócicas

#### a) Introducción

La gonorrea, la manifestación más importante del género humano, ocasionada por la *Neisseria gonorrhoeae* (gonococo), es una de las enfermedades más antiguas conocidas en el hombre. Galeno acuñó el término de gonorrea, significando “flujo de semen”. La asociación de enfermedad con la actividad sexual fue reconocida, siendo los médicos Greco-Romanos quienes preconizaban la abstinencia sexual y el lavado ocular de los recién nacidos, como estrategia terapéutica. Neisser (1879) y Leistikow/Löffler (1882) realizaron aportes decisivos (directos y cultivos positivos en secreción uretral) para la comprensión de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. El advenimiento de los antimicrobianos, sulfonamidas (1936) y penicilina (1943) fueron los mayores avances en el armamento terapéutico.

En lactantes, el gonococo causa oftalmía neonatal primaria. Además puede ocasionar infección de heridas (a veces asociadas a monitoreo fetal), funisitis y vaginitis. La infección puede diseminarse (desde sitio colonizado, infección cutánea o mucosa) resultando en sepsis, meningitis, artritis séptica o endocarditis.

En niños pre púberes, la infección gonocócica usualmente compromete el tracto genital y casi siempre es de transmisión sexual. La vaginitis es la manifestación más frecuente. La extensión al tracto genital superior, es rara en niñas. Igualmente infrecuente, es la uretritis en varones. La infección anorectal y faringoamigdalina, puede ocurrir en niños pre púberes.

En adolescentes, como en la población adulta, las manifestaciones más frecuentes son: uretritis, endocervicitis y salpingitis en mujeres y uretritis en varones. Epididimitis, bartolinitis, enfermedad inflamatoria pelviana y perihepatitis, pueden ser expresión de extensión al tracto genital superior. Infección rectal, faríngea, diseminada pueden ocurrir en este grupo etario. Artritis reactiva, puede ser otra manifestación.

#### b) Epidemiología

En los EEUU, la infección gonocócica es la segunda en orden de frecuencia (Ira *Chlamydia*) de las enfermedades denunciadas en la población entre 15 a 24 años. Es relativamente rara en Canadá y países de Europa Occidental, pero es frecuente en países en vías de desarrollo. Posterior a la II Guerra Mundial, los casos en EEUU disminuyeron (204 a 129/100.000), incrementándose en los 60s y 70s, relacionados con los cambios en los hábitos sexuales (4721100.000). La mayor incidencia (6251100.000 en 2005) ocurre en adolescentes mujeres de 15 a 19 años.

El bajo status socioeconómico, el precoz inicio de la actividad sexual, estado civil “no casado” y una previa infección gonocócica constituyen factores de riesgo de adquirir infección gonocócica. La prostitución y la utilización de drogas ilegales, son además factores de riesgo de adquisición. En población indigente, el limitado acceso al sistema de salud, puede contribuir en el incremento de la prevalencia. En mujeres, la utilización de anticonceptivos hormonales, puede incrementar el riesgo de adquirir infecciones, mientras que el uso de espermicidas o diafragma aparece como una medida parcialmente protectora. En hombres homosexuales o heterosexuales, los porcentajes de incidencia son similares.

La detección de los casos, está basada fundamentalmente en los casos de infección sintomática, pudiendo documentarse en la población adulta el 5% de infecciones asintomáticas. Estos últimos, pueden transmitir la enfermedad. Mismo escenario – portación asintomática – puede observarse en la población pediátrica (incluida pre puberal).

El hombre, es el único reservorio de *Neisseria gonorrhoeae*. Exudado y secreción de mucosas infectadas permite que la transmisión ocurra durante el contacto íntimo del acto sexual, parto y



raramente exposición domiciliaria. El período de incubación es usualmente de 2 a 7 días. No existe evidencia de transmisión aérea del gonococo, requiriéndose contacto con microorganismos viables para la transmisión. Aunque el gonococo puede sobrevivir fuera del cuerpo humano – fomites – por períodos breves (minutos), microorganismos viables no han sido identificados en muestras de baños públicos.

La conjuntivitis puede ser adquirida en forma “no venérea”. En tanto que la vulvovaginitis potencialmente puede adquirirse cuando un niño duerme en la misma cama con un miembro de la familia infectado y comparte las toallas de baño u objetos similares. Sin embargo, la transmisión “no sexual” raramente ocurre y nunca debe ser asumida sin una exhaustiva investigación del marco social del niño infectado. Aunque la persistencia de una aparente infección gonocócica de adquisición perinatal puede persistir hasta un año y los fómites o transmisión materna no sexual es plausible, estas posibilidades no deben ser generalizadas luego de los 12 meses.

El riesgo hombre/mujer de adquirir infección gonocócica (un episodio vía vaginal) se estima del 20%, incrementándose al 60% - 80%, posterior a 4 episodios de contacto sexual del mismo tipo. El riesgo mujer/hombre reportado es del 50% al 90%.

#### **c) Infección Gonocócica Perinatal**

- a) Ophthalmia Neonatorum
- b) Infecciones Locales
- c) Infección Sistémica en Neonatos

#### **d) Infección Gonocócica Post Período Neonatal**

- a) Infección del Tracto Genital Inferior en Niñas Pre Púberes

La vaginitis o vulvovaginitis, es la manifestación más frecuente de infección gonocócica en niñas pre púberes. En contraste con las niñas post púberes, la mucosa vaginal prepuberal crea un ambiente alcalino que favorece la colonización e infección de *N gonorrhoeae*. La infección del endocervix, uretra, glándulas de Barthohn y parauretrales y tracto genital superior ocurre raramente en niñas pre púberes.

La vaginitis gonocócica en niñas pre púberes, es casi siempre sintomática, con eritema vulvar y profusa secreción vaginal. La niña puede referir disuria, frecuencia urinaria, disconfort vulvar y dolor mientras deambula. Los casos asintomáticos pueden ocurrir, pero son infrecuentes. Los signos y síntomas deben resolverse rápidamente posterior al inicio del tratamiento. Sin embargo, la manifestación sintomática puede persistir semanas, si el tratamiento no es instaurado. La infección puede resolverse espontáneamente, pero ocasionalmente puede persistir hasta que la niña alcanza la pubertad.

- b) Infección del Tracto Genital Inferior en Niñas Post Menarca
- c) Infección del Tracto Genital Superior en Niñas Post Menarca
- d) Infección del Tracto Genital en Varones
- e) Infección Diseminada
- f) Gonorrea Ano rectal
- g) Gonorrea Faríngea
- h) Conjuntivitis
- i) Otras Formas de Infección Gonocócica

#### **e. Test Diagnósticos**

- a) Cultivo
- b) Gram
- c) Otras Pruebas Diagnosticas
- d) Implicancias Medico Legales de Test Diagnósticos

#### **f. Infección Gonocócica y Abuso Sexual en Niños**



Cuando una infección gonocócica u otra enfermedad de transmisión sexual (ETS) es identificada en un niño pre púber o en un adolescente no sexualmente activo, el abuso sexual debe ser considerado a menos que se demuestre lo contrario. La transmisión “no sexual” nunca debe ser asumida, sin una exhaustiva investigación en el mero social del niño infectado.

El asilamiento de *N. gonorrhoeae* en cultivo procedente de un niño, debe ser reportada a la autoridad pública local, para evitar que ocurran nuevas exposiciones de abuso sexual.

Aproximadamente 1 % de los niños experimentan alguna forma de abuso sexual anualmente y 3% al 20% de los niños abusados, padecen alguna enfermedad de transmisión sexual. La infección gonocócica ha sido encontrada en el 5% al 7% de los niños abusados. La ausencia de enfermedades de transmisión sexual, no descarta abuso, cuando otros hallazgos sugieren que el mismo ha ocurrido.

La prevalencia y las manifestaciones clínicas de la infección gonocócica en niños abusados sexualmente, están determinadas por la prevalencia de la infección en los adultos con los cuales reside el niño, la edad del niño y el tipo y frecuencia de contacto sexual. La infección gonocócica es reconocida como la ETS más frecuente en niños abusados, cuando la infección gonocócica es altamente prevalente en la población general.

Entre las niñas pre púberes con secreción vaginal posterior al abuso sexual, la infección gonocócica fue identificada entre el 9% al 11 %. No han sido reportados casos de infección gonocócica, en niñas pre púberes sin secreción vaginal. La infección oro faríngea, es también un sitio común de infección asociado al abuso sexual en niños, pudiendo ser además el único sitio de infección. La infección oro faríngea puede ser asintomática.

Aunque pocos niños que sufren abuso sexual subsecuentemente contraen ETS, el diagnóstico de ETS es un indicador muy importante de que el niño ha sido probablemente abusado, y la ETS puede ser el único hallazgo en el examen físico.

Un niño con presunción de enfermedad gonocócica (o de abuso sexual) requiere un examen físico minucioso. Cultivo genital, rectal y faríngeo debe ser obtenido. En niñas pre púberes, el cultivo vaginal es una muestra satisfactoria, debiendo ser endocervical en aquellas púberes.

Hemocultivos deben ser obtenidos, si hay presunción de enfermedad diseminada.

Todos los niños con infección gonocócica (incluidos neonatos) deben ser evaluados para otras ETS, incluidas infección por chlamydia, sífilis, hepatitis B y VIH.

Las siguientes son recomendaciones generales para evaluación y manejo de niños que han sido abusados sexualmente:

1. Algunas instituciones cuentan con clínicos y/o equipos multidisciplinarios con entrenamiento y habilidades para el manejo de niños que han experimentado abuso sexual.
2. Si el niño se encuentra sintomático, debe realizarse evaluación clínica exhaustiva y cultivos, previos al inicio del tratamiento. Siendo la infección gonocócica frecuentemente asintomática, debe considerarse fuertemente la toma de cultivos (rectal y oro faríngea), aun en ausencia de síntomas.
3. El procesamiento de las muestras debe seguir un estricto protocolo (Ej. datos de filiación, procedencia de la muestra, día y hora de toma de muestra, etc.), siendo este procedimiento de ayuda fundamental para eventuales procedimientos legales.
4. Si el abuso sexual es confirmado o probable (historia, hallazgo físico o resultado de laboratorio), el niño no debe abandonar el sitio de evaluación, con el objetivo de salvaguardar la integridad física del mismo.
5. Si el niño padece una ETS, otros niños del grupo familiar deben ser evaluados.
6. Examen pélvico de niñas pre púberes, raramente son necesarios. Dicho procedimiento debe realizarse ante presunción de cuerpo extraño o ante la evidencia de una lesión mayor. Dicha evaluación debe ser llevada a cabo por personal experimentado, utilizando adecuada sedación o anestesia.
7. Algunas veces, los niños niegan el abuso sexual, aun ante personal experimentado. Dicha negación, no constituye una prueba de que el episodio de abuso sexual no ha ocurrido.



8. Un niño puede padecer episodios recurrentes de ETS, si el mismo no se encuentra protegido del perpetrador

9. Un seguimiento a largo plazo (niño y su grupo familiar) debe ser implementado, debiendo llevarse a cabo por personal entrenado. Dicho procedimiento debe realizarse particularmente ante casos de abuso sexual violentos, repetidos o llevados a cabo por personas del entorno cercano del niño.

10. Los cambios de conducta, pueden ser manifestación de abuso sexual. Dolor abdominal persistente, enuresis, encopresis, trastornos del sueño y fobias, pueden ser manifestaciones de abuso sexual en niños.

#### 4. Referencias

5. Woods R Charles, Jr. Gonococcal Infections, Chapter 100, Pag: 1366 – 1393. In Feigin & Cherrys Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th Ed, Saunders – Elsevier

6. Ingram D.L. Infectious Diseases of Child Abuse, Chapter 58, Pag: 358 – 361. In Long S.S., Pickering L.K., Prober Ch.G, Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 2nd Ed, Churchill – Livingstone

7. Red Book®, 2006 Report of The Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics, 27th Edition

## 5. Apéndice

### Modos de Adquisición en Niños de Agentes ETS en Adultos

Agente/Enfermedad	Adquisición por Contacto Sexual	Adquisición por Contacto No Sexual	Adquisición Perinatal
Vaginosis bacteriana	++	++	?
<i>Chlamydia trachomatis</i> (vaginal en >3años)	++++	-	SI
Herpes simplex, 1 y 2 (anogenital)	++	++	SI
*VIH	++++	+	SI
#HPV (condiloma acuminata: >3 años)	+++	+	SI
<i>Mycoplasma hominis</i>	++	++	SI
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (faringea y anogenital)	++++	-	SI
<i>Treponema pallidum</i>	++++	-	SI
<i>Trichomonas vaginalis</i>	+++	+	SI
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	++	++	SI

\*VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

#HPV: Virus de Papiloma Humano

Simbolos: ++++ esencialmente siempre el modo, +++ el modo mas frecuente, ++ posible, + poco probable, - no

### Implicancias de Hallazgo de ETS en el Diagnostico de Lactantes y Pre Púberes Abusados Sexualmente

ETS Confirmada	Abuso Sexual	Acción Sugerida
Gonorrea	Diagnostico	*Reporte
Sifilis	Diagnostico	Reporte
VIH	Diagnostico	Reporte
<i>Chlamydia trachomatis</i> 1	Diagnostico	Reporte
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Alta Presunción	Reporte
<i>Condiloma acuminata</i> 1 (verrugas anogenitales)	Presunción	Reporte
Herpes (localización genital)	Presunción	Reporte
Vaginosis bacteriana	Improbable	Seguimiento Medico

\*Reporte: Autoridad Local

1: Excluida la transmisión perinatal y transmisión vertical no sexual

## ETS en Niños Pre Púberes Evaluados por Presunción de Abuso Sexual

Referencia	No de Niños Evaluados	Gonorrea (%)	Sifilis (%)	Chlamydiosis (%)	Trichomoniasis (%)	Condyloma Acuminata (%)
Wald 1980	189	14.8	ND	*ND	ND	ND
Rimsza 1982	285	7.4	0	ND	ND	ND
White 1983	409	10.0	5.5	ND	18.0	5.6
Ingram 1984	50	20.0	ND	6.0	4.0	ND
DeJong 1986	532	4.7	0.2	ND	ND	0.6
Ingram 1992	1469	2.8	0.1	1.2	2.0	2.0
Siegal 1995	855	1.4	0.0	1.3	0.5	ND
Muram 1996	665	1.4	ND	ND	ND	ND
Totales	4654	7.8%	1.1%	2.8%	6.1%	2.7%

\*ND: No Disponible

## Profilaxis en Preadolescentes Posterior a Victimización Sexual

Peso <100 libras (<45 kg)	Peso ≥100 libras (≥45 kg)
Prevención de Gonorrea	
Ceftriaxone 125 mg, IM (única dosis)	Ceftriaxone 125 mg, IM (única dosis) o Cefixima 400 mg; Oral (única dosis)
Prevención de <i>Chlamydia trachomatis</i>	
Azitromicina 20 mg/kg (Max 1 g), Oral (única dosis) o Eritromicina 50 mg/kg/día (% 4 dosis), durante 14 días	Azitromicina 1 g, Oral (única dosis) o Doxiciclina, 100 mg, dos veces por día, durante 7 días (mayores de 8 años)



## Profilaxis en Preadolescentes Posterior a Victimización Sexual (con't)

Peso <100 libras (<45 kg)	Peso ≥100 libras (≥45 kg)
<b>Prevención de Hepatitis B</b>	
Iniciar o completar inmunización para hepatitis B (si no esta completamente inmunizado)	Iniciar o completar inmunización para hepatitis B (si no esta completamente inmunizado)
<b>Prevención de Tricomoniasis y Vaginosis Bacteriana</b>	
Considerar agregar prevención para tricomoniasis y vaginosis bacteriana Metronidazol 15 mg/kg/día, Oral (%3 dosis) durante 7 días	Considerar agregar prevención para tricomoniasis y vaginosis bacteriana Metronidazol 2 g, Oral (única dosis)