

## ABUSO SEXUAL INFANTIL Y ENFERMEDAD DE TRASMISION SEXUAL EN UNA CAUSA JUDICIALE

---

*Dra Marcela del Carmen Criado (Especialista en Ginecología del CMF)*

*Dr. Carlos Felipe Bruno (Perito Médico Forense)*

*Dr. Raúl Antonio Zóccoli (Perito Médico Forense)*

---

El abuso sexual infanto-juvenil constituye una de las formas de violencia más frecuente en nuestra sociedad. Comprende el daño psicofísico en el niño o niña adquiriendo una dimensión especial que amerita en su estudio una delicada y prolija metodología para poder informar a la autoridad judicial la real situación y que ésta pueda fallar en consecuencia.

Con motivo de un hecho de abuso sexual es posible que suceda la transmisión de una ó más enfermedades venéreas (Infecciones ó enfermedades de transmisión sexual).

En el presente trabajo comentaremos un caso de abuso sexual donde se confirma la transmisión de una de las enfermedades mencionadas (Sífilis), que fue sujeto a debate en juicio oral.

### Breve reseña acerca de la Sífilis (Lúes):

Es una enfermedad infecto contagiosa transmitida por el patógeno causante que es el *Treponema Pallidum*

### Cronología histórica:

Se conoció en Europa traída muy posiblemente por viajeros desde América y respecto de su interesante cronología podemos decir:

1493: se constatan los primeros casos y se disemina por España (de ahí que se la denominó «enfermedad española»),

Se disemina en Europa, en 1493 se constatan los primeros casos en Alemania, denominándose «enfermedad de los franceses»

En 1497 se constatan casos en las islas británicas, cuando J. Widmann (1440-1524) llamado Salicetus, médico, fue quien por primera vez informó que tal enfermedad se trasmite por vía sexual.

En Ruan es J. de Bethencourt quien propuso llamarla «Morbus Venereus»

El veronés, poeta, astrólogo y médico G. Fracastoro (1478-1553), asistente del Concilio de Trento y del Papa Pablo III es quien en su poema «Syphilis sive carmen de morbo gaellico» la denomina como Sífilis, observando por primera vez al «gumma» (lesiones gomosas del terciarismo de la Sífilis)

En 1546 se escribe el primer compendio de Enfermedades Infecciosas.

Las primeras medidas generales contra la enfermedad se toman al conocer su transmisión sexual como por ejemplo, la disposición de rigurosas normas de control en casas de tolerancia y establecimientos de baños (evitando que sean mixtos).

La cronología de los tratamientos se inicia con curas mercuriales y continúa con:

arsénico (Paracelso), curaciones con madera de Guayaco (rallada y remojada), el cocimiento de Zittmann (1671-1757, general y médico), que era una mezcla de zalzaparrilla y trazas de mercurio; mezclas de mercurio e iodo (W. Wallace 1791-1837) rotándose al mercurio por el bismuto, bitartrato sódico potásico y posteriormente el uso de telurio, venadio, platino y oro (1921).

Schaudinn en 1905 reconoce al

patógeno de la enfermedad: Spiroqueta pallida

Erlich y S. Hata introducen el producto Salvarsan (arsénico) como primer fármaco contra la enfermedad. El primero de los mencionados obtiene el Nobel en 1908

Wagner obtiene en 1927 su Nobel y es quien utiliza la piroterapia por impaludización.

Se utilizó la electropirexia más Salvarsán con dosis menores de bismuto

En 1941 son Mahoney, Arnold y Harriet quienes utilizan la Penicilina para su tratamiento, que es indicada hasta la actualidad.

#### Características de la enfermedad:

Es de evolución crónica con períodos de agudización por manifestaciones clínicas evidentes

Los factores de riesgo de la enfermedad son la actividad sexual asociada a conductas favorecedoras del contagio (sexo no protegido, promiscuidad, drogadicción, prostitución), un nivel socioeconómico desfavorable, la raza y los entornos urbanos

Se trasmite por contacto directo sexual (de mayor frecuencia) y no sexual, por el intercambio sanguíneo (trasfusiones, uso compartido de agujas compartidas) y por vía trasplacentaria (sífilis congénita)

La transmisión por vía sexual exige el contacto con las lesiones infectantes del período primario o secundario.

Si bien en niños la vía de transmisión predominante es la congénita, se calcula que alrededor de

un 30% de los casos de sífilis infantil son adquiridos, gran parte de ellos secundarios a situaciones de abuso.

Su período de incubación varía entre 10 a 90 días con una media de 3 semanas.

#### **Clasificación:**

En forma esquemática se clasifica:

Según la vía de transmisión:

#### **Sífilis adquirida:**

*a) Precoz ó reciente (hasta el año de evolución)*

1.- Primaria

2.- Secundaria

*b) Tardía (luego del año de evolución)*

1.-Latente

2.-Terciaria:

-Sífilis cardiovascular

- Neurosífilis

-Sífilis cutáneo ó vesical

#### **Sífilis congénita**

*a) Precoz (hasta los 2 años de edad)*

*b) Tardía (luego de los 2 años de edad)*

La literatura se ha ocupado de ésta ancestral patología y en orden a su presentación clínica es interesante releer éste antiguo poema inglés de autor anónimo de 1920, en el cual se detalla la evolutividad de la enfermedad en una persona:

Había un hombre joven de Back Bay  
 Quien pensó que la sífilis había desaparecido  
 El creía que un chancro  
 Era sólo una llaga  
 Que curaba en una semana y un día  
 Pero ahora el tiene «acné vulgar»  
 (O como sea que lo llamen en París)  
 En su piel se ha diseminado  
 Desde sus pies a su cabeza,  
 Y sus amigos quieren saber dónde está su cabello  
 Pero aún hay algo más  
 Sus pupilas no se cierran con la luz  
 Su corazón anda dando saltos,  
 Su mujer está abortando,  
 Y el bizquea con su visión de escopeta  
 La artralgia no lo deja dormir,  
 Su aorta necesita de un plomero;  
 Pero ahora tiene tabes  
 E hijos con tibias de sable  
 Y una buena cantidad de gomas.  
 Ha sido tratado en todas las formas conocidas .  
 Pero sus espiróquetas crecen día a día  
 Ha desarrollado una paresia,  
 Tiene largas charlas con Jesús  
 Y piensa que es la Reina de la Primavera.

El gran Miguel de Cervantes Saavedra en «El casamiento engañoso», dice:

*«...a las demás preguntas no tengo que decir, sino que salgo de aquel hospital, de sudar catorce cargas de bubas, que me echó a cuestras una mujer que escogí por mía, que non debiera...»*

Para su diagnóstico se realiza un estudio directo -fondo oscuro- en el chancro lesión característica del período primario de la enfermedad, en el cual se puede observar al treponema y también estudios en sangre, útiles para detectar anticuerpos en los períodos primario, secundario, latente y terciario con los que se hace diagnóstico de la enfermedad, se efectúa seguimiento evolutivo y se controla la eficacia del tratamiento. Estos últimos se clasifican en pruebas treponémicas (Fta-abs y Mha-tp) y no treponémicas (VDRL y RPR); ambas utilizadas en forma simultánea.

#### **Sífilis y abuso sexual**

Si bien la rutina serológica para Sífilis está indicada en menores que presuntamente han sido abusados, no todos los profesionales las solicitan en razón de la baja frecuencia de la infección en estos niños. En ellos la tasa de prevalencia de la sífilis es menor que las de otras enfermedades de transmisión sexual; fluctuando entre el 0 y 1.8% según datos aportados por diversos estudios. Existe sin embargo información aislada que sugeriría una tasa de prevalencia mayor.

Se ha sugerido priorizar el seguimiento con pruebas selectivas de sífilis a víctimas infantiles de abuso sexual que presenten alguno de los siguientes factores de riesgo:

- a) evidencia de otras enfermedades de transmisión sexual
- b) adolescencia
- c) nacimiento en países de alta prevalencia de la enfermedad
- d) relación con padres, familiares o agresores que padezcan la enfermedad

e) vivienda en áreas con alta incidencia de sífilis

Cuando en los niños el contacto sexual oral, genital o anogenital es la vía de transmisión de la enfermedad, ésta se manifiesta en forma similar a la descrita para los períodos primario y secundario de la sífilis del adulto, si bien el hallazgo de un chancro primario es infrecuente.

La probabilidad de transmisión por maniobras abusivas sexuales es baja, debiendo ser descartada en presencia de serología positiva en un niño la vía congénita, y recién entonces considerar la vía sexual como responsable de la enfermedad.

Un altísimo porcentaje de los casos de sífilis adquirida (no congénita) en los niños está relacionado con el abuso, teniendo como manifestaciones más frecuentes los condilomas planos y las lesiones por secundarismo luético cutáneo-mucosas, con aspecto de excrecencias carnosas, lisas exudativas, ubicadas en la mucosa oral, en la vulva y en la región perianal. Es por ello que la observación de lesiones cutáneas anómalas en un menor abusado exige descartar la infección sífilítica.

Desde el aspecto legal, cobra relevancia la sífilis adquirida en los niños prepuberales, ya que sugiere en forma casi certera la vía de transmisión por contacto sexual con una persona enferma.

El chancro sífilítico ubicado en áreas extragenitales frecuentemente es producido por contactos no sexuales, pero sería poco prudente restar en éstos casos importancia al abuso como causa etiológica aún cuando no exista un relato del niño sobre maniobras abusivas.

## CASO JUDICIAL PERICIADO

### Antecedentes de importancia médico legal

Menor de 11 años de edad en la que un análisis fortuito descubrió positividad de las pruebas VDRL y TPPA (serología treponémica y no treponémica para diagnóstico de Sífilis). Dichos estudios fueron repetidos en una entidad pública confirmando los resultados obtenidos, lo que decidió su internación.

El diagnóstico de ingreso informó: «Sífilis, a descartar Neurosífilis, Sífilis congénita y Abuso»

Como antecedentes pediátricos positivos destacaban el fallecimiento de su madre por TBC y la presencia en el padre de serología positiva para Sífilis (8 dils) y una TPPA reactiva. Del relato de la niña no surgía la existencia de maniobras de origen sexual que incriminasen al padre. En las entrevistas psicológicas se advirtió que la menor había sufrido un episodio de abuso por parte de familiares provenientes del extranjero y de un tercero cuando contaba con 4 años de edad, lo que se mantuvo en silencio.

Los datos de interés presentes en la historia clínica hospitalaria se detallan a continuación:

- Examen físico general negativo
- Examen neurológico negativo, cultivo del Líquido cefalorraquídeo. LCR negativo con VDRL no reactiva.
- Examen oftalmológico normal
- Examen ginecológico: presencia de himen íntegro. Cultivo de flujo vaginal: lactobacilos (no relacionados a venéreas)
- Exámenes de laboratorio: la PPD y

la serología para HIV, Hepatitis B y C fueron negativas. La VDRL cuantitativa arrojó un resultado de 128 dils.

- Examen radiológico de huesos largos normal

Se le suministró tratamiento con penicilina, a pesar del cual la VDRL cuantitativa no disminuyó su valor. La paciente egresó luego de un mes y diez días de internación.

A partir de la denuncia judicial se solicitó la participación del Cuerpo Médico Forense con el fin de determinar la presencia de signos de abuso sexual y vías posibles de transmisión de la Sífilis padecida por la menor.

El examen genital practicado en el Cuerpo Médico Forense señaló la existencia de desgarros himenales incompletos de características antiguas compatibles con la penetración de un objeto de superficie roma, duro o semiduro de dimensiones no mayores a un dedo o similar. Se descartaron lesiones al examen anal y perianal. La repetición de las pruebas serológicas específicas para el Treponema en el Laboratorio de Análisis Clínicos de la Morgue Judicial informó resultados similares a los hallados en el servicio hospitalario, ratificando el valor de 128 dils de la VDRL cuantitativa.

Las pericias psiquiátricas y psicológicas detectaron secuelas traumáticas psicológicas de victimización sexual, pero no concluyentes respecto al vínculo filial dada la negativa absolutamente insistente de la niña de acusar al padre.

La causa llegó a la instancia oral.

La temática debatida giró en torno a la posibilidad del contagio sifilítico, los hallazgos físicos detectados

en este Cuerpo Médico Forense y las declaraciones e informes de las diferentes asistentes sociales y peritos psicólogas a cargo del caso.

En el juicio intervinieron expertos forenses en infectología, ginecología, psicología y psiquiatría, además de peritos de parte.

En base a las pruebas reunidas en el debate se atribuyó al imputado la comisión de proceder impúdicos en los órganos genitales de la menor consistente en tocamientos, frotamientos realizados con el pene o con las manos con penetración digital. Dichas maniobras fueron consideradas las causantes de los desgarros incompletos observados como así también, del contagio sífilítico, toda vez que el imputado se hallaba en pleno período de contagio de la enfermedad (3 años previos a la denuncia), concepto este, que confirmó finalmente el diagnóstico de sífilis adquirida.

Las diversas declaraciones testimoniales psicológicas -psiquiátricas como de la propia menor señalan un ocultamiento reiterado de información que soslaya la existencia de la figura paterna ante el temor de perder su vínculo y presencia.

### **Comentarios**

El presente caso refleja claramente la complejidad propia del delito al momento de tener que valorar la prueba.

Si bien existían evidencias firmes de maniobras abusivas sexuales, llámese presencia de signos físicos, de una enfermedad de transmisión sexual (Sífilis) con altísima probabilidad de contagio venéreo y secuelas psicológicas de victimización sexual, el tribunal actuante no pudo considerar algunas causales de agravamiento, tal vez por defectos

propios emergentes del proceso.

Sin embargo desde el punto de vista físico fue posible atribuir la penetración himeneal no peneana en base al examen practicado en este CMF, y que en base a ello la sífilis adquirida padecida por la menor era consecuencia de las maniobras producto de los actos generadores de tales signos.

Era claro el origen sexual de la infección por haberse descartado la vía de transmisión congénita sobre la base de las características del cuadro clínico.

El padre de la niña tenía una serología positiva de 8 dils, valor que superaba levemente el límite de corte aceptado como memoria serológica. Por su parte, las cifras halladas en la menor indicaban evolutividad de la enfermedad, con aparente falta de respuesta al tratamiento, ya que éste no modificó dicha cifra al momento del alta hospitalaria-médica.

Cabe señalar que la existencia de estos hechos, se sostuvo con el testimonio de la niña reafirmando el valor de prueba relevante en el diagnóstico del abuso.

La negativa de la niña a implicar al padre tuvo una influencia categórica en la toma de decisiones del Tribunal actuante.

### **Bibliografía**

Enfermedades Infecciosas- Principios y Prácticas- Mandell y col.- Ed. Panamericana

Microbiología y Enfermedades Infecciosas- Mandell y col Infectio. Editorial Roche

Evaluación Física Médico Forense del Abuso Sexual Infanto-juvenil. Dras. Criado y Eleta -Ed. Dasyuna