

Casos Clínicos

Desgarro Perineal con mucosa vaginal íntegra tras primera relación sexual

Perineal tear with intact vaginal mucosa after first sexual intercourse

Javier Garvía Morcillo ¹, Álvaro López Soto ², Paula Talens Orts ¹, Antonio Beltrán Sánchez ¹, Juan Pedro Martínez-Cendán ³, Paloma Ortega Quiñonero ⁴.

¹ Médico Interno Residente de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario Santa Lucía.

² Médico Adjunto de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario Santa Lucía.

³ Médico Adjunto de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Jefe de Sección.

⁴ Médico Adjunto de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Jefe de Servicio.

Correspondencia: Javier Garvía Morcillo, garvimorcillojavier@gmail.com

RESUMEN

Las lesiones del tracto genital femenino tras relaciones sexuales son un problema frecuente en las urgencias de ginecología, pero poco estudiado salvo su aspecto médico-legal. Su incidencia es desconocida ya que muchas mujeres no llegan a consultar por miedo o pudor. El reconocimiento precoz de estas lesiones y su correcto tratamiento puede evitar la aparición de secuelas que acompañarán a nuestra paciente durante el resto de su vida. Presentamos el caso de una paciente de 18 años con un desgarro perineal con mucosa vaginal íntegra tras su primera relación sexual.

Palabras claves: Lesión coital, relación sexual, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento.

ABSTRACT

Injuries to the female genital tract after sexual intercourse are a frequent problem in gynecological emergencies, but little studied except for their medico-legal aspect. Its incidence is unknown since many women do not go to their specialist out of fear or embarrassment. Early recognition of these injuries and their correct treatment may prevent the appearance of sequelae that will accompany our patient for the rest of her life. We present the case of an 18-year-old patient with a perineal tear with intact vaginal mucosa after her first sexual intercourse.

Keywords: Female genital injuries, sexual intercourse, risk factors, diagnostic, treatment.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones del tracto genital femenino son un problema muy habitual en la práctica obstétrica, producidas principalmente durante el parto. Menos frecuentes son aquellas de origen ginecológico, relacionadas en su mayoría con las relaciones

sexuales, y poco estudiadas más allá de los aspectos médico-legales. Este segundo grupo suele consistir en lesiones de bajo grado, principalmente laceraciones de mucosa vaginal o rectal que no suelen requerir tratamiento. En ocasiones se pueden observar lesiones más graves y complejas que

pueden llegar a necesitar cirugía reparadora. Presentamos el caso una lesión genital ocurrida durante la primera relación sexual en la que se produce un desgarramiento perineal con mucosa vaginal íntegra.

CASO CLÍNICO

Mujer de 18 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias de madrugada debido a sangrado y dolor tras haber mantenido relaciones sexuales. Refiere que durante el inicio de la penetración ha notado un dolor súbito e intenso y sangrado que no ha cedido durante varias horas. La paciente asegura ser su primera relación sexual, haber sido consentida, no haber ingerido drogas ni alcohol ni haber empleado cualquier objeto o cuerpo extraño para su introducción en vagina o recto.

El examen de la paciente muestra un buen estado general, consciente, orientada y sin sintomatología asociada. En la exploración genital se observa un importante desgarramiento en la región perineal, entre la horquilla vulvar y el esfínter anal, con un trayecto vertical de 3 centímetros de longitud, y con sangrado en sabana en cantidad leve-moderada (Figura 1). Alcanza una profundidad de 3-4 centímetros, incluyendo plano subdérmico y muscular. La exploración vaginal muestra un introito pequeño y fibroso, con persistencia de himen, permeable a un dedo, y con la mucosa vaginal sin solución de continuidad (Figura 2). No se aprecia ninguna otra lesión en vagina. La exploración anal muestra ambos esfínteres conservados y sin comunicación con la lesión perineal.

Tras la inspección genital, se deriva a quirófano de urgencias para la reparación de la lesión. Se realiza una reconstrucción en dos planos (muscular y piel) mediante puntos sueltos con sutura de reabsorción rápida. El postoperatorio cursó satisfactoriamente y la paciente fue dada de alta el día siguiente sin novedad. La paciente autorizó la realización y posterior uso de las fotografías expuestas en el presente artículo.

DISCUSIÓN

Las lesiones genitales de causa no obstétrica representan el 0.7 por 1.000 de emergencias ginecológicas¹. Pueden estar ocasionadas por diversas causas como accidentes, lesiones deportivas

(p.ej. montar en bicicleta) o durante la práctica de relaciones sexuales. La incidencia de este último grupo es difícil de estimar y se considera infravalorada debido a que muchas mujeres no llegan a consultar por miedo o pudor.

Factores de Riesgo

Existen diferentes factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de lesiones durante las relaciones sexuales: factores mecánicos como posiciones coitales, desproporciones anatómicas, uso de cuerpos extraños o postmenopausia²⁻⁴; psicossomáticos como nerviosismo o torpeza; y causa mixta como pueden ser los casos de coitos apresurados o durante la primera relación sexual.

Uno de los principales factores mecánicos es la propia colocación de la mujer durante el acto sexual. La orientación espacial del eje uterino respecto al eje largo de la vagina predispone que a nivel del fómix posterior derecho exista una zona con mayor vulnerabilidad a sufrir lesiones durante la práctica sexual⁵. En una posición de decúbito supino y con las caderas hiperflexionadas esta curvatura se acentúa, aumentando la predisposición de laceraciones en dicha zona⁶. Durante nuestra entrevista clínica la paciente describió únicamente la posición de decúbito supino con las caderas hiperflexionadas.

Con respecto a los factores psicossomáticos, se basan en una alteración del ciclo de respuesta sexual descrito por Master and Johnson⁷. Durante la excitación sexual se producen una serie de preparaciones fisiológicas para el coito como el aumento de tamaño de la vagina (crece de dos a tres veces de diámetro y de un 10 a un 20% de longitud), una recolocación de órganos pélvicos mediante el ascenso del útero y cérvix dentro de la cavidad pélvica, así como el inicio de la lubricación vaginal. Si la respuesta sexual está disminuida por determinantes como timidez, miedo o nerviosismo, no se van a producir las modificaciones necesarias y por tanto aumentará el riesgo de lesiones.

Algunas situaciones predisponen a la aparición de factores tanto mecánicos como psicossomáticos, como puede ser la ingesta de drogas y estupefacientes, el periodo de adolescencia, la primera relación sexual, o incluso una suma de las mismas. El caso mostrado se situaba en el periodo de adolescencia, en el que la

mayor espasticidad de los complejos musculares en comparación con mujeres de mayor edad va a suponer una mayor tensión anatómica y un mayor riesgo de laceraciones perineales^{8,9}.

Lesiones

La mayoría de las lesiones observadas son de bajo grado, siendo en su mayor parte hemorragias menores o fisuras que son autolimitadas y no requieren de ninguna intervención¹⁰. En aquellos casos con traumatismos más profundos o con persistencia del sangrado pueden precisar tratamiento quirúrgico¹¹. Se han llegado a describir laceraciones o perforaciones de vagina que han requerido la estabilización hemodinámica y el uso de medidas adicionales^{2,12,13}. Estos casos más extremos suelen darse principalmente en accidentes, introducción de cuerpos extraños y en relaciones no consentidas^{14,15}.

Los desgarros perineales suelen darse por un proceso de prolongación desde la lesión principal, que suele ser vaginal o rectal. La lesión de nuestra paciente afectaba únicamente a la región perineal, con integridad de la mucosa vaginal y rectal y alcanzando el plano muscular. A falta de casos similares publicados en la literatura, nuestra hipótesis principal es que la presencia de un introito estrecho con himen íntegro y fibrótico y la debilidad muscular del punto de inserción perineal de los complejos musculares facilitó el desgarro descrito.

Manejo Clínico

La exploración física suele ser el examen principal a la hora de evaluar el tipo y gravedad de las lesiones. Si fuera necesario, el uso de la colposcopia en manos expertas puede mejorar la visualización de las lesiones mediante visión directa o con el uso de colorantes hasta en un 70-80%^{16,17}. Las pruebas de imagen rara vez suelen ser necesarias, salvo en casos en los que se sospeche una perforación peritoneal².

Es importante recordar las lesiones pueden haber sido producidas en el marco de abusos sexuales, por lo que se requerirá tomar medidas adicionales como la presencia de personal especializado y la documentación y recopilación de las pruebas del posible abuso. Todos estos elementos hacen que la

entrevista clínica deba ser llevada con tacto y prudencia. Con respecto a la exploración, según Lincoln et al.¹⁸ en el 10% de las mujeres se puede apreciar una lesión macroscópica en las 72 horas siguientes a una relación sexual consentida sin complicaciones y esta incidencia puede llegar hasta un 20% tras la aplicación de azul de toluidina en colposcopia¹⁹. No obstante, la resolución de un posible abuso sexual no puede depender únicamente a la presencia de traumatismos físicos²⁰.

Tratamiento

La gran mayoría de las lesiones no necesitarán ningún tratamiento. Aquellas más graves requerirán una resolución quirúrgica, como la sutura de planos musculares o de esfínteres. Es importante descartar complicaciones mayores que pueden pasar desapercibidas en un primer momento como son las perforaciones peritoneales². En el caso de nuestra paciente la lesión consistía en un desgarro en región perineal de 3 cm de longitud y 4 cm de profundidad que alcanzaba el plano muscular, sin otras complicaciones asociadas. Se realizó una reconstrucción en dos planos (muscular y piel) con puntos sueltos de sutura reabsorbible.

Secuelas a largo plazo

El manejo precoz de estas lesiones permitirá una correcta recuperación de la anatomía genital y así evitar la aparición de secuelas en el futuro como la formación de fístulas e incontinencias²¹. A nivel psicológico, estas experiencias traumáticas pueden acabar dificultando futuras relaciones o siendo un factor de riesgo para nuevas lesiones. Sería interesante evaluar las repercusiones posteriores que puede tener en mujeres jóvenes y en el desarrollo de una vida sexual normal.

CONCLUSIONES

Las lesiones genitales producidas durante la práctica sexual son un grupo de traumatismos poco estudiado fuera del ámbito médico-legal. Su incidencia está infraestimada debido a las reticencias de estas pacientes para acudir al médico. Existen factores de riesgo que las pueden favorecer tales como la posición de la mujer, la edad o situaciones como adolescencia o primera relación sexual. En su

mayoría son de bajo grado y no van a requerir tratamiento, pero pueden aparecer lesiones complejas con necesidad de resolución quirúrgica. Conocer su existencia ayuda a realizar un diagnóstico y tratamiento precoz y a evitar posibles consecuencias por manejos inadecuados.

REFERENCIAS

1. Abasiattai AM, Etuk SJ, Bassey EA, Asuquo EEJ. Vaginal injuries during coitus in Calabar: a 10-year review. *Niger Postgrad Med J.* junio de 2005;12(2):140-4.
2. Hoffman RJ, Ganti S. Vaginal laceration and perforation resulting from first coitus. *Pediatr Emerg Care.* abril de 2001;17(2):113-4.
3. Elam AL, Ray VG. Sexually related trauma: a review. *Ann Emerg Med.* mayo de 1986;15(5):576-84.
4. Tchounzou R, Chichom-Mefire A. Retrospective Analysis of Clinical Features, Treatment and Outcome of Coital Injuries of the Female Genital Tract Consecutive to Consensual Sexual Intercourse in the Limbe Regional Hospital. *Sex Med.* diciembre de 2015;3(4):256-60.
5. Schmidt Astrup B, Lykkebo AW. Post-coital genital injury in healthy women: A review. *Clin Anat N Y N.* abril de 2015;28(3):331-8.
6. Frioux SM, Blinman T, Christian CW. Vaginal lacerations from consensual intercourse in adolescents. *Child Abuse Negl.* enero de 2011;35(1):69-73.
7. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response.* Edición: First Edition. London: J & A Churchill Ltd.; 1966. 382 p.
8. Geist RF. Sexually related trauma. *Emerg Med Clin North Am.* agosto de 1988;6(3):439-66.
9. Adams JA, Girardin B, Faugno D. Adolescent Sexual Assault: Documentation of Acute Injuries Using Photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1 de noviembre de 2001;14(4):175-80.
10. McLean I, Roberts SA, White C, Paul S. Female genital injuries resulting from consensual and non-consensual vaginal intercourse. *Forensic Sci Int.* 30 de enero de 2011;204(1-3):27-33.
11. Padoa A, Glick Fishman N, Tsviban A, Smorgick N. Vaginal postcoital injuries requiring surgical intervention: a case series and literature review. *Int J Impot Res.* 27 de enero de 2020; <https://doi.org/10.1038/s41443-020-0234-8>
12. Jones JS, Rossman L, Hartman M, Alexander CC. Anogenital injuries in adolescents after consensual sexual intercourse. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* diciembre de 2003;10(12):1378-83.
13. Cohen A, Ulrich A, Semenyuk N. A Laparoscopic Approach to Post-Coital Vaginal Perforation in an Adolescent with Peritonitis and Hypovolemic Shock. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 13 de mayo de 2020; S1083-3188(20)30227-8.
14. Sloin MM, Karimian M, Ilbeigi P. Nonobstetric lacerations of the vagina. *J Am Osteopath Assoc.* mayo de 2006;106(5):271-3.
15. Jones JS, Wynn BN, Kroeze B, Dunnuck C, Rossman L. Comparison of sexual assaults by strangers versus known assailants in a community-based population. *Am J Emerg Med.* 1 de octubre de 2004;22(6):454-9.
16. Lincoln C, Perera R, Jacobs I, Ward A. Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration: a prospective comparison study. *J Forensic Leg Med.* octubre de 2013;20(7):884-901.
17. Suttipatit P. Genitoanal Injury in Sexually Assaulted Adult Women: Six-Year Retrospective in Bangkok. *Am J Forensic Med Pathol.* diciembre de 2018;39(4):312-24.
18. Daniilidis A, Panteleris N, Symeonidis N. Rectovaginal tear after sexual intercourse in a young woman—a case report. *Hippokratia.* 2016;20(4):320.
19. Hirachan N. Use of toluidine blue dye in detection of anogenital injuries in consensual sexual intercourse. *J Forensic Leg Med.* mayo de 2019;64:14-9.
20. Song SH, Fernandes JR. Comparison of Injury Patterns in Consensual and Nonconsensual Sex: Is It Possible to Determine if Consent was Given? *Acad Forensic Pathol.* diciembre de 2017;7(4):619-31.
21. Ijaiya MA, Mai AM, Aboyeji AP, Kumanda V, Abiodun MO, Raji HO. Rectovaginal fistula following sexual intercourse: a case report. *Ann Afr Med.* marzo de 2009;8(1):59-6

FIGURAS



Figura 1. Desgarro perineal sin lesión de continuidad con introito vaginal ni esfínter anal.



Figura 2. Desgarro perineal con mucosas vaginal y rectal íntegras durante la práctica de la primera relación sexual. Se aprecia el cérvix uterino en fondo de vagina.