

Prevalencia de vulvovaginitis y su relación con hallazgos físicos en niñas evaluadas por sospecha de abuso sexual infantil

Prevalence of vulvovaginitis and relation to physical findings in girls assessed for suspected child sexual abuse

Dra. Gisel Rahman^a, Dra. Dolores Ocampo^a, Dra. Anahí Rubinstein^a y Lic. Paula Risso^b

RESUMEN

Introducción. La presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en pacientes con sospecha de abuso sexual es poco frecuente en pediatría.

Objetivos. Determinar la prevalencia de hallazgos anogenitales y su relación con la presencia de ITS en niñas referidas por sospecha de abuso sexual infantil.

Material y métodos. Estudio retrospectivo realizado entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2013. Se analizaron los hallazgos físicos y la detección de ITS en niñas con sospecha de abuso sexual infantil.

Resultados. Se incluyeron 1034 pacientes. La mediana de edad fue 7,9 años. Los hallazgos anogenitales correspondieron a clase I (normal): 38,4%; clase II (inespecífico): 38,1%; clase III (específico): 19,9%; y clase IV (certeza): 3,6%. Se registraron ITS en 42 pacientes (4,1%). Se relacionaron las ITS con las clases de hallazgos físicos: 10 (clase II: 9; clase III: 1) *Neisseria gonorrhoeae*, 17 (clase I: 2; clase II: 8; clase III: 7) *Chlamydia trachomatis*, 15 (clase I: 2; clase II: 10; clase III: 3) *Trichomonas vaginalis*. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas para *Trichomonas vaginalis* ($p=0,01$) y *Neisseria gonorrhoeae* ($p<0,0001$), y predominaron signos clínicos inespecíficos. *Chlamydia trachomatis* ($p=0,03$) presentó similares registros en hallazgos inespecíficos como específicos.

Conclusiones. En la mayoría de los casos de niñas con sospecha de abuso sexual infantil, los hallazgos anogenitales son normales o inespecíficos. La prevalencia de ITS en estas niñas es baja. *Trichomonas vaginalis* y *Neisseria gonorrhoeae* se relacionaron con hallazgos inespecíficos, y *Chlamydia trachomatis*, tanto con hallazgos específicos como inespecíficos.

Palabras clave: examen físico, infecciones de transmisión sexual, abuso sexual infantil, niño, femenino.

considera un elemento importante en la evaluación de la niña víctima de abuso. Se han estandarizado la terminología y los esquemas de clasificación de los hallazgos físicos en varias publicaciones con la finalidad de relacionarlos con el diagnóstico de ASI;²⁻⁴ se han incorporado como una herramienta útil para el diagnóstico en la práctica clínica. Sin embargo, varios estudios han demostrado que el diagnóstico frecuentemente no se basa en los hallazgos físicos.^{2,5,6} La ausencia de signos físicos no invalida el diagnóstico de abuso, por lo que es clave el relato y la historia de la niña.^{2,7}

La presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en pacientes evaluadas por sospecha de abuso es poco frecuente en pediatría. Según el Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Americana de Pediatría, alcanzaría el 8,2%.⁸

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de hallazgos anogenitales y su relación con la presencia de ITS en niñas que fueron referidas por sospecha de ASI en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de la ciudad de La Plata (Buenos Aires, Argentina).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo

Se incluyeron pacientes que fueron referidas a la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata por sospecha de ASI entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2013. Las pacientes fueron derivadas a partir del

- Unidad de Ginecología Infantojuvenil. Hospital de Niños "Sor María Ludovica".
- Cátedra de Bioestadística Bayesiana y Clásica de la carrera de Microbiología Clínica e Industrial. Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Nacional de La Plata. La Plata. Provincia de Buenos Aires. República Argentina.

Correspondencia:
Dra. Gisel Rahman:
rgisel@hotmail.com

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 1-4-2015
Aceptado: 28-5-2015

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.390>

INTRODUCCIÓN

Pocas áreas en pediatría se han expandido tan rápidamente en importancia clínica durante los últimos años como el abuso sexual infantil (ASI).¹ El examen genital se

relato de la niña, de la sospecha de un familiar, de un profesional de salud, por organismos de la justicia, por detección de gérmenes de transmisión sexual. Se realizó anamnesis, examen físico general y evaluación ginecológica en presencia de un adulto responsable. Los hallazgos anogenitales se categorizaron según las guías publicadas por Muram & Adams (ver Anexo I en formato electrónico).⁹

Se tomó una muestra de secreción intravaginal con hisopo a quienes presentaron, al momento de la evaluación, situaciones de alto riesgo de ITS: penetración vaginal o anal, contacto con secreciones, signos y síntomas sugestivos de ITS, presencia de hallazgos físicos de clase III, abusador con factores de riesgo para ITS, miembro familiar conviviente con ITS, diagnóstico en la niña de alguna ITS.^{1,10} Se realizó examen en fresco, coloración de Gram, cultivo para gérmenes comunes, inmunofluorescencia directa para *Ureaplasma urealyticum* y reacción en cadena de la polimerasa (*polymerase chain reaction*; PCR, por sus siglas en inglés) para *Chlamydia trachomatis*. Se cultivó en medio de agar chocolate y Thayer Martin, en ambiente húmedo y con 5% de CO₂ a temperatura constante de 37 °C. Aquellas colonias sospechosas de *Neisseria gonorrhoeae* fueron identificadas con prueba de oxidasa, superoxol y utilización de azúcares (lactosa, sacarosa, dextrosa y maltosa). Las cepas identificadas como *Neisseria gonorrhoeae* fueron remitidas al Servicio de Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán" (ANLIS) para su confirmación. Los cultivos positivos para *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis* fueron considerados marcadores de ITS (ver Anexo II en versión electrónica).

Método estadístico

La comparación de proporciones de gérmenes entre las clases de hallazgos físicos fue realizada mediante la metodología bayesiana "Comparación de una diferencia de proporciones".¹¹ El nivel de significancia estadística considerado fue $\alpha \leq 0,05$. El programa Excel[®] fue utilizado como base de datos y el software Epidat 4.1[®], para conducir el análisis estadístico.¹²

Consideraciones éticas

Debido al carácter retrospectivo del estudio, no se pudo solicitar el consentimiento informado. Los datos fueron anonimizados. El estudio fue aprobado por la Sala de Docencia e Investigación del Hospital "Sor María Ludovica".

RESULTADOS

Fueron evaluadas 1034 pacientes. La mediana de edad fue de 7,9 años, con un rango etario que osciló entre los 0,3 y los 16,8 años.

El 38,4% de las pacientes (n= 397) correspondió a hallazgos de clase I; 38,1% (n= 394), clase II; 19,9% (n= 206), clase III; y 3,6% (n= 37), clase IV.

El 40,4% de los casos (418/1034) tuvieron criterios para la toma de cultivo de flujo vaginal, y fueron positivos 120/418 registros (28,7%). Se registraron ITS en un 35% (42/120) del total de las pacientes con cultivos positivos, lo que representó el 4,1% (42/1034) de las pacientes evaluadas. La totalidad de los agentes infecciosos se muestra en la *Tabla 1*.

Los 37 casos de categoría IV no fueron definidos por hallazgos anogenitales. Correspondieron a diversos diagnósticos: embarazo (n= 10), sífilis (n= 9), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) positivo (n= 2), antecedente de esperma en orina (n= 2), presencia de testigos del ASI (n= 3), confesión del abusador (n= 1) y cultivo positivo para gonococo (n= 10). En todas las pacientes de esta categoría, no hubo evidencia de hallazgos anogenitales de certeza (signos de traumatismo penetrante); los hallazgos encontrados correspondieron a inespecíficos y específicos.

Los agentes de ITS se relacionaron con el tipo de hallazgo físico: se describió examen genital normal en 15 pacientes (12,5%), hallazgos inespecíficos en 61 (50,8%) y hallazgos específicos en 44 (36,7%). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las clases de hallazgos para *Chlamydia trachomatis* ($p= 0,03$),

TABLA 1. Frecuencia de los agentes infecciosos estudiados en la población cultivada (418 casos)

Agente infeccioso	Casos	Porcentaje
Cultivos positivos	120/418	28,7
<i>Gardnerella vaginalis</i>	38	9,1
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	30	7,2
<i>Candida sp.</i>	20	4,8
<i>Haemophilus influenzae</i>	9	2,2
<i>Shigella sp.</i>	2	0,5
<i>Mycoplasma sp.</i>	1	0,2
<i>Chlamydia trachomatis</i>	17	4,1
<i>Trichomonas vaginalis</i>	15	3,6
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	10	2,4

En **negrita**, se indican los gérmenes considerados como infecciones de transmisión sexual.

Trichomonas vaginalis ($p=0,01$) y *Neisseria gonorrhoeae* ($p < 0,0001$). *Trichomonas vaginalis* y *Neisseria gonorrhoeae* mostraron predominancia significativa de signos clínicos inespecíficos respecto a hallazgos normales y signos específicos. En estas pacientes, se encontró flujo genital, congestión vulvar y escotadura incompleta. *Chlamydia trachomatis* presentó registros significativamente mayores frente a hallazgos tanto inespecíficos como específicos. Las niñas presentaron escotadura hasta base de implantación, orificio himeneal amplio y equimosis vulvar (Tabla 2).

Con respecto a *Gardnerella vaginalis*, fue evaluada en relación con las tres clases de hallazgos físicos, y se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,005$). Los registros significativamente más frecuentes corresponden a hallazgos inespecíficos y específicos (Tabla 2).

DISCUSIÓN

El abuso sexual infantil se define como el o los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño que, por su condición de tal, carece de desarrollo madurativo, emocional y cognitivo como para dar un consentimiento acerca del o los actos sexuales. El promedio de edad, según algunos autores, varía entre 8 y 12 años.^{2,13} La mediana de edad de nuestras pacientes correspondió a 7,9 años.

El contacto sexual en pacientes pediátricos, generalmente, no implica penetración vaginal y/o anal; la evaluación física en niñas que sufrieron abuso sexual puede presentar un himen de morfología normal sin otros hallazgos físicos.^{4,14} En nuestro estudio, se registró un bajo porcentaje

de niñas (3,6%) que presentaron hallazgos físicos de certeza de ASI, lo que coincidió con otras publicaciones.^{2,6} Un examen físico normal no descarta el diagnóstico de abuso; es fundamental el relato de la niña.^{2,7}

Aproximadamente, 5%-8% de los niños abusados adquieren una infección de transmisión sexual de sus victimarios.^{7,15,16} En nuestro trabajo, 4,1% de las pacientes evaluadas (42/1034) presentaron ITS. La solicitud de estudios serológicos y cultivos para ITS no es de rutina en niñas prepúberes. La historia del abuso, la presencia de signos traumáticos, la infección o el conocimiento sobre alguna ITS del abusador pueden determinar la solicitud de tests específicos. En las adolescentes, la incidencia de infecciones asintomáticas es significativa y, debido a la alta prevalencia de ITS, esta población debe ser estudiada.¹⁰ En este grupo, debe realizarse una pesquisa serológica para sífilis, VIH y cultivos para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

Para el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la presencia de las diferentes ITS en el marco diagnóstico del ASI puede considerarse poco concluyente, sospechosa o diagnóstica (ver Anexo II en formato electrónico). En nuestro trabajo, la mayoría de las niñas con infecciones de transmisión sexual presentaron hallazgos físicos normales o inespecíficos, como se registra en otras publicaciones.^{2,16}

El aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae* en cultivos específicos es confirmatorio de ASI.⁹ Algunos autores postulan el contacto indirecto como un modo posible de transmisión (manos, fomites).¹⁷ En nuestro trabajo, se aisló en 2,4% de los cultivos, coincidente con Girardet, que,

TABLA 2. Hallazgos anogenitales e identificación de agentes infecciosos en pacientes cultivadas (n= 418)

Agente infeccioso	Clase I (15)	Clase II (61)	Clase III (44)	Total	Valor - P
<i>Gardnerella vaginalis</i>	5	15*	18*	38	0,005
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	3	13	14	30	
<i>Candida sp.</i>	2	9	9	20	
<i>Haemophilus influenzae</i>	2	6	1	9	
<i>Shigella sp.</i>		2		2	
<i>Mycoplasma sp.</i>			1	1	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	2	8*	7*	17	0,03
<i>Trichomonas vaginalis</i>	2	10*	3	15	0,01
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>		9*	1	10	< 0,0001

No figura Clase IV debido a que no hay hallazgos anogenitales de certeza. Los registros de gérmenes pueden no coincidir con la totalidad de pacientes analizados debido a la presencia de pacientes con más de un diagnóstico positivo. En negrita, se indican los gérmenes considerados como infecciones de transmisión sexual. En la lectura horizontal de infecciones de transmisión sexual y *Gardnerella vaginalis*, fueron comparadas estadísticamente las proporciones entre las tres clases.

Con un asterisco (*) se muestran las clases de hallazgos físicos con mayor frecuencia significativa ($p \leq 0,05$).

en una población de 536 pacientes, registró 3,3%.¹⁶ En nuestro trabajo, la mayoría de los casos presentaron hallazgos inespecíficos: flujo genital, congestión y escotadura incompleta. No se constataron signos físicos de certeza. Reading y col., refieren la asociación de *Neisseria gonorrhoeae* con la presencia de síntomas vulvares, principalmente flujo genital.¹⁸

Si bien la presencia de *Trichomonas vaginalis* en cultivos es altamente sospechosa; 66,7% de los casos aislados presentaron hallazgos inespecíficos: secreción vaginal y escotadura incompleta, lo que coincidió con otros autores.^{6,16,19}

La asociación entre *Chlamydia trachomatis* y el abuso sexual infantil es más compleja que la infección gonocócica. Resulta diagnóstica, descartada la transmisión vertical. En nuestro trabajo, se aisló en 4,1% de las pacientes analizadas: 47,1% de los casos asociados a signos inespecíficos y 41,2%, a signos específicos. Si bien, en algunos trabajos publicados, los porcentajes son menores (Kelly y col.: 1,2%; y Kohlberger y col.: 1,6%), es posible que la incorporación de nuevas técnicas de detección, como la PCR, faciliten el aislamiento del germen.^{6,20}

La detección de *Gardnerella vaginalis* se considera poco concluyente para el diagnóstico de abuso. En niñas pospuberales víctimas de agresión sexual, se describe una amplia frecuencia, entre 5% y 42%.²¹ Los datos en niñas prepúberales son escasos y controvertidos; su presencia aislada no define el ASI.¹ Gardner y col. compararon una población de niñas no abusadas y abusadas, y encontraron una frecuencia mucho más alta en estas últimas.²² En nuestro trabajo, se aisló en 9,1% de los casos. Los hallazgos específicos o de clase III correspondieron a 47% (presencia de escotadura completa y aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad), en su mayoría, pacientes pospuberales.

Finalmente, consideramos que, ante un caso de sospecha de abuso sexual infantil, en el que, en la evaluación, se constate algún signo físico aun de naturaleza inespecífica, se recomienda la toma de cultivo vaginal para la investigación de ITS. Es de vital importancia el relato de la niña para el diagnóstico de abuso. En los últimos años, se ha evidenciado en la práctica pediátrica una mejor capacitación en la forma de responder a estas pacientes, no solo desde el punto de vista médico, sino también desde el entorno psicosocial, por lo que se considera imprescindible un abordaje integral e interdisciplinario.²³

Entre las fortalezas del estudio, se profundiza sobre la relación de los hallazgos físicos al

momento de la evaluación y las infecciones de transmisión sexual, tema con escasa bibliografía publicada, y el número de pacientes estudiadas con riguroso análisis, que permitió arribar a conclusiones de validez estadística.

No se evaluaron, en el presente estudio, aquellas ITS no diagnosticadas por cultivo vaginal ni su relación con los diferentes estadios de Tanner.

CONCLUSIÓN

En la mayoría de los casos de niñas referidas por ASI, los hallazgos anogenitales son normales o inespecíficos. La prevalencia de ITS en estas niñas es baja. *Trichomonas vaginalis* y *Neisseria gonorrhoeae* se relacionaron con hallazgos inespecíficos, y *Chlamydia trachomatis*, tanto con hallazgos específicos como inespecíficos. ■

REFERENCIAS

1. Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116(2):506-12.
2. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl* 2002;26(6-7):645-59.
3. Adams JA. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected child sexual abuse. *Child Maltreat* 2001;6(1):31-6.
4. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, et al. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(4):820-31.
5. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics* 2004;113(1 Pt 1):e67-9.
6. Kelly P, Koh J, Thompson JM. Diagnostic findings in alleged sexual abuse: symptoms have no predictive value. *J Paediatr Child Health* 2006;42(3):112-7.
7. Ocampo D, Laperchia M, Borsari A, Giugni S, et al. Hallazgos ginecológicos en pacientes con sospecha de abuso sexual en un hospital pediátrico. *Rev Soc Argent Ginecol Infanto Juvenil* 2006;13(3):159-63.
8. Jenny C, Crawford-Jakubia KJE. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* 2013;132(2):e558-67.
9. Adams JA, Harper K, Knudson S. A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1992;5(2):73-5.
10. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010;59(RR-12):1-110.
11. Christensen R, Johnson W, Branscum A, Hanson TE. Bayesian ideas and data analysis: an introduction for scientists and statisticians. Boca Raton: CRC Press; 2010.
12. Servizo de Epidemioloxía de la Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública de la Consellería de Sanidade. EPIDAT: Análisis epidemiológico de datos. Versión 4.1 para Windows. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2014. [Acceso: 26 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=62713.
13. Hammerschlag MR, Guillén CD. Medical and legal implications of testing for sexually transmitted infections in children. *Clin Microbiol Rev* 2010;23(3):493-506.

14. Shrier LA. Infecciones de transmisión sexual: clamidia, gonorrea, enfermedad inflamatoria pélvica y sífilis. En: Emans SJ, Laufer MR, eds. *Emans, Laufer, Goldstein. Ginecología en la infancia y la adolescencia*. 6.ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Págs.325-48.
15. Simmons KJ, Hicks DJ. Child sexual abuse examination: is there a need for routine screening for N gonorrhoeae and C trachomatis? *J Pediatr Adolescent Gynecol* 2005;18(5):343-5.
16. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics* 2009;124(1):79-86.
17. Daval-Cote M, Liberas S, Tristan A, Vandenesch F, et al. Vulvovaginite à gonocoque chez l'enfant prépubère: infection sexuellement transmissible ou contamination accidentelle? *Arch Pediatr* 2013;20(1):37-40.
18. Reading R, Rogstad K, Hughes G, Debelle G. Gonorrhoea, chlamydia, syphilis and trichomonas in children under 13 years of age: national surveillance in the UK and Republic of Ireland. *Arch Dis Child* 2014;99(8):712-6.
19. Ingram DL, Everett VD, Lyna PR, White ST, et al. Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J* 1992;11(11):945-50.
20. Kohlberger P, Bancher-Todesca D. Bacterial colonization in suspected sexually abused children. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20(5):289-92.
21. Leder MR, Emans SJ. Abuso sexual en la niña y la adolescente. En Emans SJ, Laufer MR, eds. *Emans, Laufer, Goldstein. Ginecología en la infancia y la adolescencia*. 6ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. Págs.523-38.
22. Gardner JJ. Comparison of the vaginal flora in sexually abused and nonabused girls. *J Pediatr* 1992;120(6):872-7.
23. Preer G, Sorrentino D, Newton AW. Child abuse pediatrics: prevention, evaluation, and treatment. *Curr Opin Pediatr* 2012;24(2):266-73.

Anexo I

CLASIFICACIÓN DE HALLAZGOS ANOGENITALES EN NIÑAS CON SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

Clase I: Examen genital normal.

Clase II: Hallazgos inespecíficos de abuso sexual. Signos físicos que podrían estar causados por abuso sexual o por otras causas: vulvitis, lesiones por rascado, aumento de la vascularización del introito vaginal, fisuras en la piel o abrasiones en la horquilla vulvar, coalescencia de labios menores, presencia de secreción o flujo vaginal. Borde himeneal irregular, muesca del himen que no comprometa la totalidad del ancho del himen (hendidura o escotadura). En la zona anal: presencia de hiperpigmentación o eritema perianal, congestión venosa, fisuras anales, apéndices cutáneos perianales, disminución de los pliegues perianales, dilatación anal con materia fecal en la ampolla rectal.

Clase III: Hallazgos específicos de abuso sexual. Presencia de uno o más signos sugestivos de abuso sexual: desgarros recientes o cicatrizales del himen, aumento del diámetro del orificio himeneal para la edad, desgarro de la mucosa vaginal, marcas de dientes u otros signos traumáticos, como laceraciones o equimosis en la vulva. Presencia de gérmenes de transmisión sexual. En la zona anal: desgarros superficiales o profundos, cicatrices, laxitud del esfínter anal, presencia de condilomas o de otros gérmenes de transmisión sexual, dilatación anal mayor de 20 mm sin materia fecal en la ampolla rectal.

Clase IV: Hallazgos de certeza de abuso sexual. Presencia de espermatozoides o líquido seminal en el cuerpo de la niña. Embarazo. Evidencia del uso de la fuerza brusca o traumatismo penetrante, tal como la laceración del himen hasta la base o "hendidura completa". Cultivo positivo para *Neisseria gonorrhoeae*. Serología positiva para lúes o para VIH (descartada la transmisión vertical). Abuso sexual con testigos o la existencia de fotografías o videos que prueben el abuso. Confesión del supuesto agresor de los hechos que describe.

Anexo II

IMPLICANCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMÚNMENTE ENCONTRADAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y REPORTE DE ABUSO SEXUAL EN NIÑOS Y PREPÚBERES

Enfermedad confirmada	Evidencia de abuso sexual
Gonorrea*	Diagnóstico***
Sífilis*	Diagnóstico
Virus de la inmunodeficiencia humana**	Diagnóstico
<i>Chlamydia trachomatis</i> *	Diagnóstico***
<i>Trichomona vaginalis</i>	Altamente sospechoso
Condiloma acuminado (verrugas anogenitales)*	Sospechoso
Herpes genital (localización genital)*	Sospechoso
Vaginosis bacteriana	Poco concluyente

* Si no se adquirió en el período perinatal y se excluye la infrecuente transmisión vertical no sexual.

** Si no es probable que se adquiriera por vía perinatal o por transfusión.

*** Deberían confirmarse con cultivo o técnicas de amplificación de ácidos nucleicos.

Datos de Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2010. MMWR 2010;59[RR-12]:93 y de Kellogg Pediatrics 2005;116:506-512.