



CARTAS AL EDITOR

Dilatación y fisuras anales: ¿abuso sexual?

Dilation and anal fissures: sexual abuse?

Sr. Editor:

Las lesiones anales son poco frecuentes en la edad pediátrica y su presencia puede levantar la sospecha de un abuso sexual. Presentamos el caso de una niña de 15 meses derivada a nuestro hospital por lesión anal y sospecha de abuso sexual.

Antecedentes personales y familiares sin interés. En la historia social destacaba una madre de 23 años, sana, y un padre de 25 años sano, de origen rumano. Convivían en el mismo domicilio con una tía materna, su marido y otro niño de 3 años.

En el examen físico se observó en la región perianal hinchazón y fisuras profundas, el ano estaba dilatado sin evidencia de sangrado (fig. 1 A). Al traccionar hacia fuera los glúteos para provocar un aumento de la dilatación anal se acentuaban los pliegues y se observaba una mayor protrusión del ano (fig. 1 B y C). También presentaba una leve hinchazón de los labios mayores y congestión de una vena cutánea en el labio mayor derecho. Himen intacto. Abdomen blando, sin que se evidencien organomegalias o masas. El resto del examen era normal, aunque no conseguimos determinar la presencia de reflejos tendinosos en miembros inferiores. Tampoco quería andar o sostenerse de pie.

Las exploraciones complementarias: serologías y cultivos para descartar enfermedades de transmisión sexual, hemograma y pruebas de coagulación fueron normales, salvo por una leve elevación de los derivados del fibrinógeno: 612 mg/dl (200-400) y del dímero D 662 ng/ml (10-250).

Dado que las lesiones no parecían recientes y las enfermedades inflamatorias intestinales pueden producir fisuras anales, se llevó a cabo una rectocolonoscopía no observándose lesiones. Estando el paciente bajo los efectos de la sedación se palpó una masa abdominal dura con bordes irregulares, se realizó una ecografía abdominal, que fue informada como normal, indicando que la posible masa eran heces. A los 5 días de su ingreso se observa un aumento de la vascularización en la región sacra (los padres refieren que antes no la tenía y en nuestro pase diario no la habíamos apreciado), tanto de vasos más grandes como de pequeñas vénulas, así como una asimetría de glúteos, con mayor protruberancia del derecho. Se llevó a cabo una radiografía de

la región sacra y coccígea, no apreciándose alteraciones salvo una asimetría de glúteos. Ante la presencia de una posible masa en la región lumbosacra se realizó una ecografía que puso de manifiesto una masa muy vascularizada que profundizaba hacia la pelvis, compatible con una posible malformación arteriovenosa o un proceso tumoral. Se estimó que el edema, la dilatación y las fisuras anales eran provocados por el efecto masa de la lesión.

La paciente fue derivada al hospital de referencia donde se realizó una RM que mostró una gran masa pélvica de 11,7 x 6,1 x 7,3 cm de diámetro (fig. 2), sólida, con áreas de necrosis y sangrado intralesional, así como un trombo en la vena cava inferior distal e ilíaca común izquierda. Se descubrieron nódulos metastásicos en la TC pulmonar. La determinación de marcadores tumorales mostró una elevación de la α -fetoproteína (14.400 ng/ml, siendo los valores normales para la edad < 8) y una HCG normal, siendo diagnosticada de tumor del seno endodérmico con metástasis. Al ser diagnosticada de un proceso tumoral se retiró la acusación que pendía sobre la familia.

La presencia de dilatación anal, protuberancia de pliegues y congestión anal son hallazgos muy poco frecuentes en la edad pediátrica con un diagnóstico diferencial limitado. Este tipo de lesiones se han descrito en niños sometidos a abusos sexuales¹⁻³, si bien la incidencia de este tipo de lesiones es muy poco frecuente, siendo más común encontrar escaras, eritema o fisuras¹⁻³. En esta paciente, la ausencia de signos de sangrado o laceraciones hacía poco probable que fuera debido a un abuso sexual reciente, lo que obligó a ampliar el diagnóstico diferencial a otras causas raras de fisuras y dilataciones anales. La enfermedad inflamatoria intestinal, en los primeros años de vida, puede llevar asociadas lesiones en la región perianal⁴. El buen estado general de la niña, la ausencia de diarrea, de signos inflamatorios sistémicos y de lesiones en el colon hacían muy poco probable dicha etiología.

La presencia de una masa, presumiblemente de origen tumoral, en la región sacrococcígea fue clave para explicar los hallazgos físicos iniciales, ya que como consecuencia de la misma y de las alteraciones en el retorno venoso asociadas se produjo una dilatación y protrusión anal, así como la congestión venosa observado en la región perianal y en los labios mayores. Los tumores sacrococcígeos derivados de células germinales son relativamente raros en la infancia con una incidencia aproximada de 1:40.000 recién nacidos, con una proporción mujer:varón de 4:1; constituyendo el

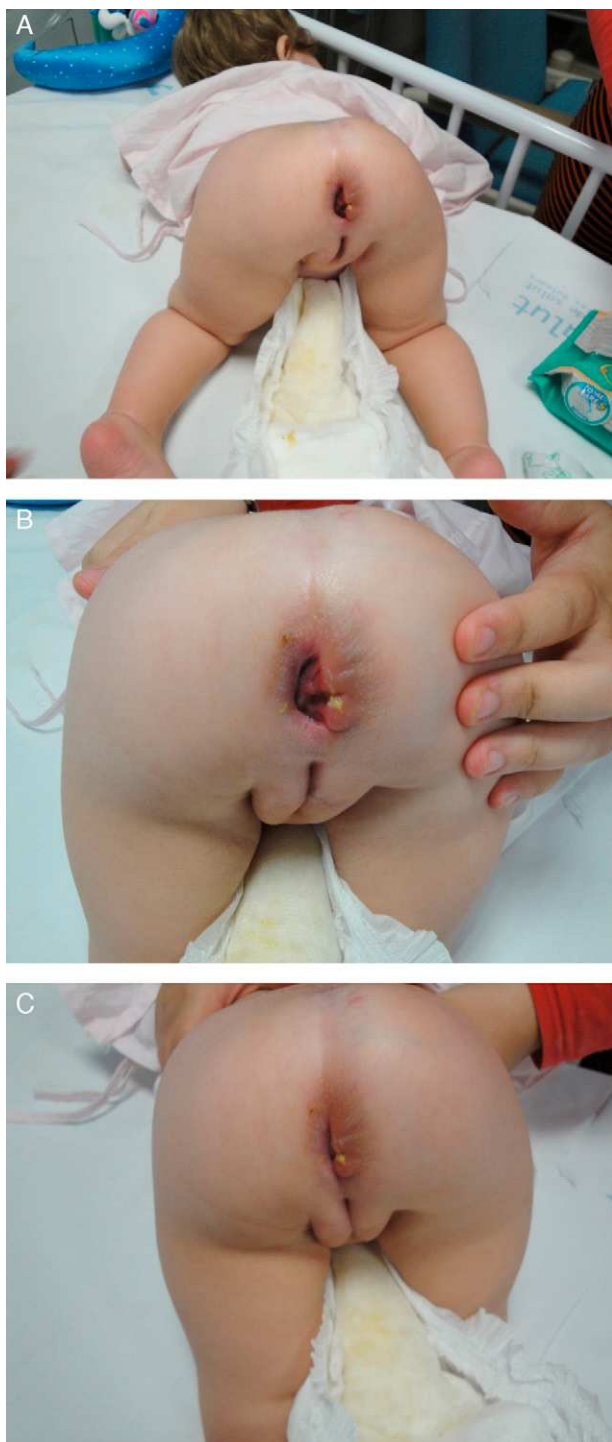


Figura 1 A-C. Muestran la región anal de la paciente. B) La imagen muestra cómo quedaba el recto al producir una distensión del mismo con tracción hacia fuera de los glúteos. En C) se muestra el ano en una situación de reposo. También se pone de manifiesto la asimetría de los glúteos.

10% de los tumores sólidos⁵⁻⁷. Una gran parte de los teratomas sacrococcígeos presentan lesiones externas, lo que hace más fácil el diagnóstico y solo un 10% de los mismos son exclusivamente internos⁶, haciendo más difícil el diagnóstico temprano. Como consecuencia del tumor se pueden



Figura 2 Imagen de la resonancia donde se observa la presencia de una gran masa tumoral.

afectar las raíces nerviosas espinales pudiendo producir un cuadro de parálisis, ausencia de reflejos tendinosos y pérdida de fuerza.

La presencia de una elevación del dímero D no fue considerada relevante para el caso, considerando que podría estar relacionado con el posible traumatismo que habría sufrido la niña. El posterior descubrimiento de un trombo en la vena cava inferior y en la ilíaca, junto con la coagulopatía que llevan asociados los teratomas, explicaría la elevación del dímero D y dan relevancia a este hallazgo, hecho que en la evaluación inicial pasó por alto.

En resumen, concluir que lo que puede parecer evidente no siempre lo es, y antes de denunciar un posible abuso sexual deben descartarse causas orgánicas que pudieran dar lugar a dichas lesiones, por poco frecuentes que sean. En el presente caso, tal vez una mayor profundización en las posibles etiologías orgánicas y mayor atención a los signos clínicos (ausencia de reflejos tendinosos) y de laboratorio (elevación del dímero D) habría evitado un importante trastorno a la familia.

Bibliografía

1. Hobbs CJ, Wynne JM. Sexual abuse of English boys and girls: the importance of anal examination. *Child Abuse Negl.* 1989;13:195-210.

2. Bruni M. Anal findings in sexual abuse of children (a descriptive study). *J Forensic Sci.* 2003;48:1343–6.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. *Pediatrics.* 1999;103:186–91.
4. Glocker EO, Kotlarz D, Boztug K, Gertz M, Schaffer AA, Noyan F, et al. Inflammatory bowel disease and mutations affecting the interleukin-10 Receptor. *N Eng J Med.* 2009;361:2033–45.
5. Barksdale EM, Obokhare I. Teratomas in infants and children. *Curr Opin Pediatr.* 2009;21:344–9.
6. Altman RP, Randolph JG, Lilly LR. Sacrococcygeal teratoma: American Academy of Pediatrics Surgical Section Survey 1973. *J Pediatr Surg.* 1974;9:389–98.
7. Herzog CE. Gonadal and Germ Cell Neoplasms. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, editores. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p. 2153–4.

B. Bonet Serra^{a,b,c,*}, M. Guibelalde del Castillo^c,
C. Marhuenda Irastorza^d, J.A. Costa Orvay^a
y A. Hervás Castillo^a

^a *Servicio de Pediatría, Hospital Can Misses, Ibiza, España*

^b *Escuela de Enfermería, Universidad de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España*

^c *Servicio de Pediatría, Hospital Son Espasses, Palma de Mallorca, España*

^d *Servicio de Cirugía, Hospital son Espasses, Palma de Mallorca, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bonets@asef.es (B. Bonet Serra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.06.004>

Síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño asociado a malformación de Arnold-Chiari tipo II. Beneficios de la intervención neuroquirúrgica

Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome associated with type II arnold-chiari malformation. Benefits of neurosurgical intervention

Sr. Editor;

La malformación de Arnold-Chiari (MAC) se caracteriza por herniación congénita o adquirida del cerebelo a través del *foramen magnum* produciendo compresión en el tronco cerebral¹. La MAC tipo II consiste en un desplazamiento caudal de la unión bulbomedular, bulbo, protuberancia y IV ventrículo¹ que se asocia a hidrocefalia, siringomielia y anomalías del cuerpo caloso en el 90% de los casos, y a mielomeningocele hasta en el 70% de los pacientes². Tiene, al contrario que la tipo I, expresión clínica en la infancia, y se puede manifestar en el neonato como un rápido deterioro neurológico con disfunción troncoencefálica, incluyendo disfasia, nistagmo en la mirada inferior, hipotonía facial, pausas de apnea, estridor, neumonías aspirativas, paresia unilateral de extremidades superiores y opistótonos. En el niño de mayor edad que no presenta esta afectación en el período neonatal la sintomatología es más larvada, diagnosticándose habitualmente en una fase más tardía¹.

Presentamos un paciente de 10 años de edad en la actualidad, de origen peruano, que fue diagnosticado en su país de mielomeningocele lumbar con hidrocefalia secundaria y paraplejía flácida de extremidades inferiores. Portador de válvula de derivación ventrículo-peritoneal desde los 18 días de vida. A los 4 años es evaluado por primera vez en nuestra consulta por infecciones respiratorias de vías altas de repetición y ronquido nocturno sin asociar pausas de apnea. Destaca facies adenoidea y paladar ojival con faringe y otoscopia bilateral normales, y una paraplejía flácida con amiotrofia de ambos miembros inferiores y

nistagmo en la mirada extrema lateral hacia ambos lados. Ante esta sintomatología se deriva a otorrinolaringología objetivándose hipertrofia adenoidea sin hipertrofia amigdalar, realizando adenoidectomía a los 5 años como tratamiento de las infecciones de vías altas de repetición. En la revisión post-operatoria en nuestra consulta 6 meses después, persiste ronquido nocturno y en las últimas 2 semanas asocia pausas respiratorias frecuentes durante el sueño, que se encuentra fragmentado con somnolencia diurna llamativa, solicitando ante la sintomatología de síndrome de apnea del sueño una vídeo-polisomnografía (VPSG) nocturna estándar (monitorización de 5 derivaciones EEG bipolares, EOG, ECG, EMG de músculos submentonianos y tibial anterior derecho, registro del flujo aéreo nasobucal mediante cánula, del esfuerzo respiratorio torácico y abdominal y de la saturación de O₂). La VPSG mostró un sueño constituido por 4 ciclos, perturbado en su estructura, con un índice de eficiencia disminuido de 73%, una latencia del sueño de 41 min y de la primera fase REM de 217 min, y un porcentaje de sueño REM (18%) disminuido en relación con el tiempo total de sueño. La saturación media de oxihemoglobina fue de 95% y la mínima de 87% durante el sueño REM. Se registraron ronquidos, y un total de 3 apneas y 7 hipopneas obstructivas acompañadas de *arousal* y de desaturación de O₂ en la postura de decúbito supino y en fases de sueño lento, pero fundamentalmente en fase REM. El IAH/h fue de 1,37. No se registraron apneas centrales (fig. 1). Se solicita entonces, ante el cuadro clínico y la presencia de mielomeningocele, RM craneoespinal con la que se diagnostica malformación de Arnold-Chiari tipo II y se objetiva válvula de derivación ventrículo-peritoneal normofuncionante y otras lesiones asociadas (fig. 2). Con el diagnóstico de SAHOS leve y la presencia de sintomatología progresiva se decide intervención quirúrgica de la MAC a los 7 años mediante craneectomía suboccipital y laminectomía de C1 y C2 con apertura de la duramadre y plastia para aumento del espacio espinal y de fosa posterior. Cuatro meses después de la intervención, refiere disminución significativa de los síntomas con ronquido ocasional y despertares nocturnos menos frecuentes, desapareciendo por completo el resto de la sintomatología. Se realiza polisomnografía de control a los 8 meses de la cirugía observándose