

**«Perineal groove», ese gran desconocido**

V. Recio Pascual<sup>1</sup>, A. Vereas Martínez<sup>1</sup>, J.I. Hidalgo Gordo<sup>1</sup>, S. Díaz Rielo<sup>2</sup>, P. Diego Gayte<sup>1</sup>, I. Miha<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro (Burgos). <sup>2</sup>Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Camariñas (A Coruña)

**Resumen**

El *perineal groove*, o surco perineal, es una malformación benigna y poco frecuente que tiende a la resolución espontánea. De forma general, se caracteriza por un surco húmedo en la línea media perineal que se extiende desde la horquilla vulvar hasta el ano. El surco perineal se presenta más frecuentemente en niñas, aunque también se ha descrito en varones. Se ignora su incidencia real, debido en parte al desconocimiento del mismo por parte de los profesionales. Presentamos el caso de una recién nacida de 2 días de vida en la que se detecta una lesión lineal en el periné. Es importante su reconocimiento dado que entraña un amplio diagnóstico diferencial de lesiones, incluidas algunas con importantes connotaciones legales por la zona en la que se presenta.

**Palabras clave:** *Perineal groove*, malformación anorrectal baja, surco.

**Abstract**

*Title:* Perineal groove, the great unknown

The perineal groove, or perineal sulcus, is an uncommon and benign anomaly which tends to resolve spontaneously. In general, it has been described as a wet sulcus in the midline perineum which extends from the fourchette to the anus. Although the perineal groove appears more frequently in girls, it has been described in males too. The incidence of perineal groove is ignored, it is due to the lack of knowledge of it by health professionals. We report one case of a 2-days-old baby girl. There was found a lineal lesion in the perineum during her clinical examination. Its recognition is important since it involves a wide differential diagnosis of injuries, including some of them with important legal implications because of the area in which it is presented.

**Keywords:** Perineal groove, low anorectal malformation, sulcus.

**Introducción**

El *perineal groove* (PG), o surco perineal, se incluye dentro de las malformaciones anorrectales bajas (MARB). Se caracteriza por una lesión lineal húmeda, no dolorosa, localizada en la zona media perineal, que se extiende desde la horquilla vulvar hasta el ano. Dicha lesión se encuentra recubierta por una mucosa rojiza, con epitelio

Fecha de recepción: 13/01/16. Fecha de aceptación: 3/03/16.

**Correspondencia:** V. Recio Pascual. Servicio de Pediatría. Hospital Santiago Apóstol. Ctra. Orón, km 0. 09200 Miranda de Ebro (Burgos). Correo electrónico: verorecpas@gmail.com

**Cómo citar este artículo:** Recio Pascual V, Vereas Martínez A, Hidalgo Gordo JI, Díaz Rielo S, Diego Gayte P, Miha I. «Perineal groove», ese gran desconocido. Acta Pediatr Esp. 2016; 74(8): e189-e194.

sin queratinizar, cuya longitud y profundidad pueden ser variables. Tanto la uretra como la vagina y el ano presentan un desarrollo normal.

Se desconocen su incidencia y su prevalencia reales, debido a que es una patología poco descrita por los clínicos al no ser ampliamente conocida y al leve impacto que produce en la vida de los pacientes.

El objetivo de este estudio es dar a conocer esta patología poco tratada en la literatura actual, puesto que su desconocimiento puede llevar a diagnósticos erróneos, algunos de ellos con graves repercusiones medicolegales.

### **Caso clínico**

Recién nacida a término de 48 horas de vida, fruto de un parto eutócico. La gestación fue controlada y de bajo riesgo. La madre recibió tratamiento con mesalazina hasta el tercer trimestre por padecer colitis ulcerosa. Los resultados de las serologías fueron irrelevantes; el estreptococo betahemolítico del grupo B resultó negativo. El test de Apgar fue de 8/9. Presentó meconiorrexia e inicio de micción en las primeras 24 horas.

La niña presentaba un fenotipo y una somatometría normales. En la exploración física se detectó una lesión lineal húmeda y eritematosa, con aspecto de fisura, localizada en la zona perineal entre la horquilla vulvar y el ano. No presentaba signos de sangrado activo ni aparente dolor de la zona (figura 1).

No se observaron otras anomalías en la zona genital, rectal o lumbar. Se tomaron cultivos de la zona vulvar con resultado de flora habitual.

La paciente fue valorada por el servicio de dermatología, que indicó un tratamiento tópico de la lesión con pasta al agua y mantener una actitud expectante.

En los controles posteriores, ante la persistencia de la lesión con similares características, se inició una revisión exhaustiva de la bibliografía, lo que nos permitió establecer el diagnóstico de PG.

A los 3 meses de vida la paciente permanece asintomática y los padres refieren una ligera mejoría, aunque no la resolución completa de la lesión, lo que se constató en la exploración (figura 2).

### **Discusión**

Las malformaciones anorrectales (MAR) incluyen un amplio espectro de defectos con distinta expresividad clínica, que pueden involucrar anomalías en el ano, el recto, la vía urinaria y los genitales. Su incidencia estimada es de 1/4.000-5.000 recién nacidos vivos, con un predominio mayor entre los varones. Se clasifican en altas, intermedias y bajas según la distancia entre el fondo de saco ciego rectal y la región perineal<sup>1</sup>.

El PG se incluye dentro de las MARB y fue descrito por Stephens en 1968<sup>2,3</sup>. Su incidencia no está clara, aunque se cree que es más común de lo descrito en la literatura actual<sup>4,5</sup>. Puede afectar a ambos sexos, aunque es más frecuente entre las niñas, a diferencia de las MAR en general.

La patogenia del PG es incierta. Se postulan varias teorías para intentar explicar lo que parece ser un defecto en el desarrollo embriológico precoz, a partir de la cuarta semana de desarrollo. Para algunos autores la causa es un fallo de fusión de los pliegues genitales mediales en su zona central<sup>6</sup>. Otra hipótesis sugiere que el PG es un vestigio del conducto cloacal abierto<sup>7</sup> o un fallo en el desarrollo del septo uroanal<sup>8</sup>.

Presenta tres características: a) surco húmedo en el periné tapizado de mucosa, entre la horquilla vulvar y el ano; b) normalidad morfológica del vestíbulo, incluida la uretra y la vagina, y c) faldillas hipertróficas que se extienden por los bordes del surco<sup>2,6</sup>. Hay pocos casos publicados en varones, y en ellos se ha descrito como un surco desde el canal anal hasta cualquier punto de la bolsa escrotal<sup>9</sup>. El PG puede asociarse a diversas malformaciones, entre las que destacan las siguientes: ano imperforado, estenosis anorrectal, ano ectópico o anterior, fistula rectovestibular, escroto bífido o incluso anomalías del tracto urinario inferior e hipospadias<sup>10</sup>.

A pesar de no precisar una biopsia para su diagnóstico, histológicamente se observa un epitelio escamoso no queratinizado similar al presente en la mucosa rectal<sup>5,11</sup>. Su diagnóstico es clínico y no precisa exámenes adicionales, salvo que asocie otras anomalías morfológicas. El diagnóstico diferencial incluye las siguientes entidades: hemangioma ulcerado, lesiones compatibles con dermatitis del pañal, infección de la zona, liquen escleroso, protrusión piramidal perianal y trauma o abuso sexual<sup>1</sup>. Por sus características y localización, esta malformación puede ser fácilmente confundida con una lesión secundaria a un abuso sexual, con la gran repercusión medicolegal que ello conlleva para la familia del menor<sup>9</sup>.

Normalmente, el PG se presenta de forma asintomática. Sin embargo, en ocasiones, los pacientes pueden manifestar dolor con la defecación, prurito intenso de la zona, estreñimiento e incluso prolapso de la mucosa anal<sup>3</sup>.

Entre las complicaciones publicadas destacan las vulvitis e infecciones urinarias, el estreñimiento secundario, la secreción de la mucosa perineal y el ectropion anal. En mujeres adultas se ha descrito la presencia de vulvodinia y dispareunia, afecciones que podrían explicarse por la fragilidad del periné, presente incluso en los casos en que se haya producido la resolución completa de la lesión<sup>3</sup>.

Dado el carácter autolimitado del PG, por su tendencia espontánea a la queratinización, la mayoría de los autores no considera necesaria la corrección quirúrgica. En algunos casos, esta queratinización puede tardar más de 1 año en completarse<sup>5</sup>. La reparación quirúrgica únicamente estaría indicada en los casos que asocien otras malformaciones con sintomatología (es frecuente la incontinencia fecal), también por motivos estéticos<sup>8</sup> o ante la persistencia de sintomatología a pesar de realizar un tratamiento conservador (higiene de la zona del periné, laxantes, etc.). La técnica quirúrgica más utilizada consiste en reseca la mucosa anormal y reconstruir la línea media posterior con suturas reabsorbibles. Las últimas tendencias aconsejan cubrir dicha sutura con adhesivo quirúrgico para evitar la sobreinfección y la dehiscencia de la herida<sup>12</sup>.

## Conclusiones

El surco perineal es una entidad infradiagnosticada por su desconocimiento entre los pediatras y dermatólogos. A pesar de ser una patología benigna y de resolución espontánea, su difusión permitiría evitar diagnósticos erróneos, así como gastos innecesarios en múltiples pruebas y tratamientos, sin olvidar la enorme importancia medicolegal de confundir esta entidad con un posible abuso sexual.

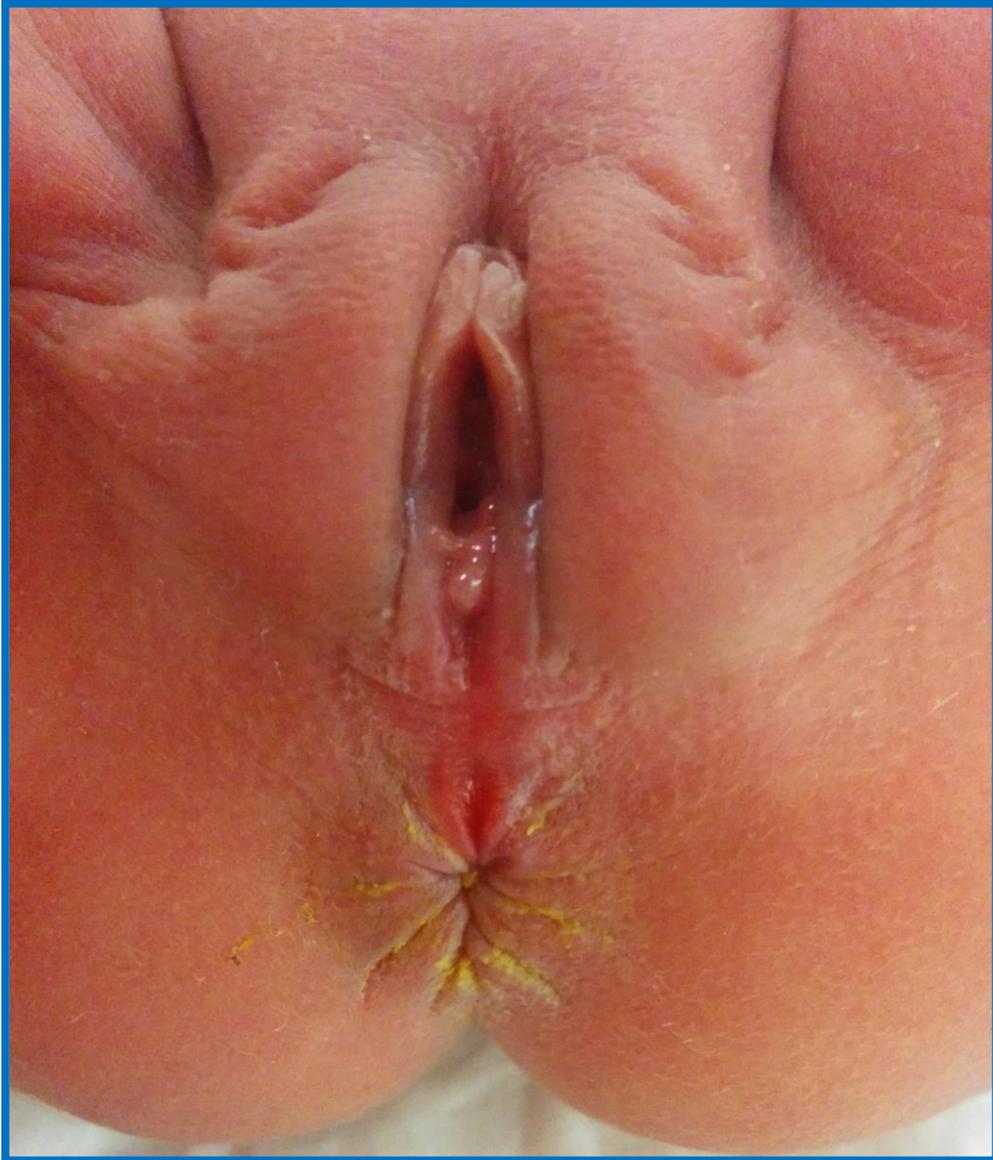
La descripción de nuevos casos en la literatura ayudaría a establecer su incidencia real y ampliar los conocimientos acerca de su patogenia y patologías asociadas, o incluso ensayar nuevas y más avanzadas técnicas quirúrgicas en los casos que precisaran tratamiento.

## Bibliografía

1. Pastene C, Rojas F. Surco perineal en ginecología infantil: reporte de 2 casos clínicos. *Rev Chil Pediatr.* 2014; 85(4): 486-490.
2. Stephens FD. The female anus, perineum and vestibule: embryogenesis and deformities. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1968; 8: 55-73.
3. Carrera Polanco M. Perineal groove, o cómo un hallazgo pequeño puede convertirse en un problema grande. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012; 14: 323-326.
4. Wester T. Perineal groove-an undiagnosed malformation? *Lakartidningen.* 2004; 101: 2.646-2.647.
5. Tambe S, Kernland LK, Saple DG. Perineal groove: a rare anogenital anomaly. *Eur J Pediatr Dermatol.* 2015; 25: 16-19.
6. Sekaran P, Shawis R. Perineal groove: a rare congenital abnormality of failure of fusion of the perineal raphe and discussion of its embryological origin. *Clin Anat.* 2009; 22(7): 823-825.
7. Van der Putte SC. Normal and abnormal development of the anorectum. *J Pediatr Surg.* 1986; 21: 434-440.
8. Mullassery D, Turnock R, Kokai G. Perineal groove. *J Pediatr Surg.* 2006; 41: 41E-43E.
9. González López MT, Corral Caramés MJ, Fernández Cebrian S, Martínón Sánchez F. Sospecha de abuso sexual. Perineal groove. *An Pediatr (Barc).* 2011; 74: 201-202.
10. Chatterjee SK, Chatterjee US, Chatterjee U. Perineal groove with penoscrotal hypospadias. *Pediatr Surg Int.* 2003; 19: 554-556.
11. Diaz L, Levy M. L, Kalajian A, Metry D. Perineal groove: a report of 2 cases. *JAMA Dermatol.* 2014; 150(1): 101-102.
12. Esposito C, Giurin I, Savanelli A, Alicchio F, Settini A. Current trends in the management of paediatric patients with perineal groove. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011; 24: 263-265.



**Figura 1.** Lesión eritematosa entre horquilla vulvar y ano presente en neonato de 2 días de vida



**Figura 2.** Lesión con inicio de queratinización en los bordes, a los 3 meses de vida