

Surco perineal: un viejo poco conocido

J.C. Moreno Alfonso¹, M. Velayos², A. Andrés Moreno², A. Vilanova Sánchez¹, S. Hernández Martín¹, M. López Santamaría²

¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

RESUMEN

Introducción. El surco perineal es una malformación infrecuente de la línea media. Se trata de un surco húmedo, mucoso y no queratinizado localizado en la línea media del periné desde la horquilla vulvar hasta el borde anal anterior. Es una malformación infrecuente, usualmente asintomática y de resolución espontánea en la mayoría de los casos. Esta anomalía es frecuentemente confundida con otras malformaciones por lo que su reconocimiento es fundamental para evitar yatrogenia.

Caso clínico. Se presenta el caso de una recién nacida con una lesión asintomática en la línea media del periné sospechosa de malformación anorrectal. Tras valoración por el Servicio de Cirugía Pediátrica se diagnosticó de surco perineal.

Comentarios. Debido a la infrecuencia y escasa documentación bibliográfica del surco perineal, esta malformación es desconocida para muchos sanitarios. Este caso expone la importancia de tener presente esta anomalía para evitar diagnósticos erróneos, tratamientos innecesarios y estrés familiar.

PALABRAS CLAVE: Surco; Periné; Pediatría; Surco perineal; Anomalía congénita.

SURCO PERINEAL: UN VIEJO POCO CONOCIDO

ABSTRACT

Introduction. Perineal groove is an infrequent midline malformation. It is a humid, mucosal, non-keratinized groove located at the perineal midline, extending from the vulvar fourchette to the anterior anal border. It is rare and usually asymptomatic, and it heals spontaneously in most cases. It is frequently mistaken for other malformations, which means correctly identifying it is essential to avoid iatrogenesis.

Clinical case. We present the case of a female newborn with an asymptomatic lesion at the perineal midline consistent with anorectal malformation. Following assessment by the Pediatric Surgery Department, she was diagnosed with perineal groove.

Discussion. Perineal groove is a little known malformation among healthcare professionals as it is infrequent and there are not many publi-

cations in the literature about it. This case demonstrates how important it is to keep this abnormality in mind to avoid erroneous diagnoses, unnecessary treatments, and family stress.

KEY WORDS: Groove; Perineum; Pediatrics; Perineal groove; Congenital abnormality.

INTRODUCCIÓN

El surco perineal (SP) o *perineal groove* es una anomalía congénita infrecuente de la línea media predominante en niñas. Fue descrito en 1968 por Stephens y Smith como un surco húmedo entre la horquilla vulvar y el ano, sin alteraciones uretrales o vaginales, que puede ser completo (desde la horquilla hasta el esfínter anal) o parcial (el surco parte de la vulva sin alcanzar el ano –superior– o del ano sin alcanzar la región vulvar –inferior–)⁽¹⁾. En la mayoría de los casos la malformación es asintomática aunque puede presentarse con dolor, secreción, sangrado, infección o estreñimiento. Usualmente se presenta de manera aislada y aunque se ha descrito en relación con un pequeño número de síndromes, no existe una asociación estadística documentada. La exploración física es fundamental en el diagnóstico diferencial puesto que puede confundirse con patologías que deriven en pruebas invasivas o procedimientos terapéuticos innecesarios. Se presenta un caso que ilustra la importancia de tener presente esta malformación para evitar yatrogenia y estrés familiar.

CASO CLÍNICO

Recién nacida a término con embarazo controlado y sin antecedentes gineco-obstétricos de interés, que fue derivada desde Atención Primaria por una lesión perineal asintomática tratada como fisura anal sin respuesta al tratamiento, cuadro de estreñimiento y sospecha de malformación anorrectal. Los padres referían deposiciones diarias y espontáneas (Bristol 2-3) sin otra sintomatología, además mencionaban intensa preocupación y estrés familiar debido a la incertidumbre diag-

DOI: 10.54847/cp.2022.03.09

Correspondencia: Dr. Julio César Moreno Alfonso.

E-mail: jc.moreno.alfonso@navarra.es

Recibido: Diciembre 2021

Aceptado: Marzo 2022



Figura 1. Surco perineal completo (flecha) asociado a ano anterior.

nóstica y ante la posibilidad de intervención quirúrgica. A la exploración el ano parecía anterior y se apreció una lesión perineal cubierta por mucosa que partía del ano y alcanzaba la horquilla vulvar (Fig. 1). Fue diagnosticada de ano anterior y SP completo, por lo que se decidió actitud expectante y tras 5 meses de seguimiento se encuentra asintomática, con mejoría del estreñimiento y epitelización progresiva del SP.

COMENTARIOS

El SP o *perineal groove* es una anomalía congénita infrecuente y predominante en niñas, con una razón mujer:varón de 29,5:1⁽¹⁻¹⁵⁾. Su fisiopatología es aún desconocida, si bien existen hipótesis patogénicas que plantean que podría deberse a defectos del septum uroanal o fallos en la fusión de los pliegues genitales mediales^(2,3,5). El surco es asintomático en el 80-90% de los pacientes, y cuando hay síntomas, los más frecuentes son el estreñimiento (16%) y el dolor relacionado con la defecación que aparece en 1 de cada 4 casos. Aunque no existe una clara asociación patológica, se han descrito casos relacionados con preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, placenta previa o ductus arterioso persistente (DAP), entre otros. Sin embargo, el escaso número de casos no permite establecer asociaciones estadísticamente significativas^(4,7,8). Su presentación es aislada casi siempre; no obstante, se han reportado casos de SP asociados a hipospadias, escroto bífido, DAP (5%), ano ectópico, imperforado y anomalías del tracto urinario, fundamentalmente cuando se presenta en varones^(1,3,5). Lo cual es congruente con nuestro caso, que asociaba ano anterior.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y no es necesaria la realización de estudios complementarios, en casos puntuales su realización vendrá determinada por la ausencia

de cierre espontáneo y la sospecha diagnóstica. La exploración minuciosa del área perineal permite identificar y tipificar la lesión, y además es esencial en su diagnóstico diferencial (fisura anal, trauma, abuso, infección, malformación anorrectal [MAR] y genitourinarias), ya que hasta el 5% de los casos son catalogados inicialmente como sospecha de abuso sexual^(9,13,14). El SP puede ser difícil de distinguir de una MAR tipo fístula perineal en el neonato, por lo que si el paciente se encuentra asintomático se recomienda la vigilancia estrecha puesto que en el recién nacido existen dificultades para apreciar adecuadamente el complejo muscular; si la duda persiste será necesaria la realización de exploraciones adicionales para establecer un diagnóstico correcto. Debido al amplio diagnóstico diferencial del SP y a la confusión que generan no es infrecuente que reciban todo tipo de terapias, existen reportes que van desde lesiones tratadas con láser pulsado ante la sospecha de anomalía vascular hasta intervenciones quirúrgicas con extirpación y cierre primario al nacer por la presunción de un desgarro neonatal periparto^(2,11). Tan solo el 18% de los SP se diagnostican en la edad neonatal y la media de edad al diagnóstico es de 14,6 meses, lo cual pone de manifiesto el desconocimiento de esta malformación⁽¹⁻¹⁵⁾.

El tratamiento es conservador y la corrección quirúrgica se reserva para aquellos pacientes en los que la epitelización no ocurre a los 2 años de vida, presentan sintomatología refractaria, si se va a realizar corrección de una MAR asociada o por motivos estéticos^(1,3). El tratamiento quirúrgico consiste en la resección en bloque del surco, cierre por planos y aplicación de adhesivos cutáneos tópicos sobre la línea de sutura para prevenir la contaminación y dehiscencia. El pronóstico del SP es excelente y la epitelización espontánea ocurre alrededor del año de vida en el 71% de los pacientes, si bien puede prolongarse hasta los 4 años de edad^(1,4,6).

Aunque el SP fue descrito hace más de medio siglo es una patología aún poco conocida, en gran medida por su escasa documentación bibliográfica. El reconocimiento y la documentación en la literatura de esta malformación evita diagnósticos erróneos, estrés familiar e intervenciones innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ihn K, Na Y, Ho IG, Oh J. Clinical characteristics and conservative treatment of perineal groove. *J Pediatr Surg* 2020; 55(8): 1507-10.
2. Boutsikou T, Mougou V, Sokou R, Kollia M, Kafalidis G, Iliodromiti Z, et al. Four cases of perineal groove – Experience of a Greek Maternity Hospital. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(8): 488.
3. Cheng H, Wang Z, Zhao Q, Zhu H, Xu T. Perineal Groove: Report of two cases and review of the literature. *Front Pediatr*. 2018; 6: 227.
4. Wojciechowski M, Van Mechelen K, Van Laere D. Congenital perineal groove. *Arch Dis Child*. 2019; 104(3): 286.
5. Chatterjee SK, Chatterjee US, Chatterjee U. Perineal groove with penoscrotal hypospadias. *Pediatr Surg Int*. 2003; 19(7): 554-6.
6. Garcia M, Mendez R, Cortizo J, Rodriguez P, Estevez E, Bautista A. Perineal groove in female infants: A case series and literature review. *Pediatr Dermatol*. 2017; 34(6): 677-80.

7. Hunt L, Srinivas G. Newborn with a perineal lesion. *Pediatr Rev.* 2016; 37(1): e1-3.
8. Harsono M, Pourcyrus M. Perineal Groove: A rare congenital midline defect of perineum. *Am J Perinatol Rep.* 2016; 6(1): 30-2.
9. Senanayake K, Tennakoon U. Perineal groove leading to a suspicion of child sexual abuse. *Ceylon Med J.* 2014; 59(4): 147-8.
10. Pastene C, Rojas F. Surco perineal en ginecología infantil: Reporte de 2 casos clínicos. *Rev Chil Pediatr.* 2014; 85(4): 486-90.
11. Díaz L, Levy ML, Kalajuan A, Metry D. Perineal Groove: A Report of 2 cases. *JAMA Dermatol.* 2014; 150(1): 101-2.
12. Esposito C, Giurin I, Savanelli A, Alicchio F, Settini A. Current trends in the management of pediatric patients with perineal groove. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011; 24(5): 263-5.
13. Carrera M. Perineal groove, o cómo un hallazgo pequeño puede convertirse en un problema grande. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012; 14: 323-6.
14. González MT, Corral MJ, Fernández S, Martínón F. Sospecha de abuso sexual. Perineal Groove. *An Pediatr.* 2010; 74(3): 201-2.
15. Verma SB, Wollina U. Perineal Groove – A case report. *Pediatr Dermatol.* 2010; 27(6): 626-7.