

7. Cohen Jr MM. Holoprosencephaly: Clinical, anatomic, and molecular dimensions. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2006;76:658–73.
8. Richieri-Costa A, Ribeiro LA. Single maxillary central incisor, holoprosencephaly, and holoprosencephaly like phenotype. *Am J Med Genet A.* 2006;140:2594–7.
9. El-Jaick KB, Fonseca RF, Moreira MA, Ribeiro MG, Bolognese AM, Dias SO, et al. Single median maxillary central incisor: New data and mutation review. *Birth Def Res A.* 2007;79: 573–80.
10. Dutta P, Bhansali A, Singh P, Rajput R, Khandelwal N, Bhadada S. Congenital hypopituitarism: Clínico-Radiological correlation. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2009;22:921–8.

A. Rodríguez Ogando<sup>a,\*</sup>, M.B. Roldán Martín<sup>b</sup>,  
M.D. Rodríguez Arnao<sup>b</sup> y A. Rodríguez Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Sección de Endocrinología, Pediátrico, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexrodriguezog@hotmail.com  
(A. Rodríguez Ogando).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.09.027

## Sospecha de abuso sexual. *Perineal groove*

### Suspected sexual abuse. Perineal Groove

Sr. Editor:

El abuso sexual infantil es un problema grave y cada vez más frecuente en la práctica clínica, cuya incidencia real es desconocida; sin embargo la mayoría de los autores están de acuerdo en que el número de casos va en aumento, con un predominio del sexo femenino, al tiempo que la edad de las víctimas es cada vez menor<sup>1</sup>. Con ello, el aumento de niños evaluados por sospecha de abuso sexual acentúa la importancia de reconocimiento de la anatomía genital y sus variantes anatómicas, así como de las malformaciones de la zona perineal, de manera que las lesiones adquiridas de forma traumática puedan ser mejor identificadas.

### Caso clínico

Lactante de dos meses remitida al hospital por sospecha de abuso sexual. Su pediatra detecta lesión con aspecto de herida incisa, no dolorosa, extendiéndose desde la horquilla vulvar hasta el margen anterior del ano (fig. 1). Los bordes son de coloración nacarada y discretamente sobre elevados y el fondo eritematoso con aspecto de mucosa y sin datos de sangrado, siendo normal la exploración de vulva, himen e introito vaginal (fig. 2).

El cultivo genital y anal de la lesión fueron negativos, así como las serologías de herpes, VIH, lúes, VHA, VHB y VHC.

Los datos descritos en concordancia con una extensa revisión de la bibliografía nos permitió establecer el diagnóstico final de *perineal groove*, que se acompañó del correspondiente informe al Juez, que sobreseyó el caso. Clínicamente asintomática, se optó por tratamiento conservador en espera de resolución espontánea.

### Discusión

*Perineal groove* (PG) es una rara anomalía congénita perineal, de incidencia desconocida y localizada en el área en la que, en situación de normalidad, se encuentra el rafe medio perineal.

Se ha descrito con tres características comunes: surco húmedo en periné tapizado con membrana mucosa, entre

horquilla vulvar y ano, vestibulo de características normales, y faldillas hipertróficas rodeando el surco<sup>2,3</sup>.

Inicialmente se comunicó exclusivamente en niñas, pero como la literatura confirma, se ha visto que es una anomalía del desarrollo embriológico común a ambos sexos, aunque probablemente más prevalente en niñas. En niños, el PG se



Figura 1 Lesión que se extiende desde la horquilla vulvar hasta el margen anterior del ano.



Figura 2 Bordes nacarados, discretamente sobre elevados y fondo eritematoso, sin datos de sangrado.

ha descrito extendiéndose desde el canal anal hasta el orificio uretral en la unión penoscrotal en un niño portador de un hipospadias<sup>4</sup> o hasta algún punto del rafe medio escrotal, separando los dos hemiescrotos<sup>5</sup>.

Generalmente el ano es normal, aunque a veces se encuentran anomalías anorrectales, como estenosis anorrectal, ano ectópico, ano imperforado incompleto<sup>5</sup> o ausencia de la musculatura de cuadrante anterior del ano<sup>4</sup>. Puede asociarse con una fístula congénita entre el intestino y el vestíbulo (canal perineal); clínicamente reconocible por la eliminación de heces líquidas, coincidiendo o no con la defecación, a través de un pequeño orificio situado, en el caso de las niñas, en la línea media vestibular o, en el caso de los niños, en la línea medio escrotal, a través del cual pasa fácilmente un catéter hasta la luz rectal.

El origen embriológico del PG es desconocido, por lo que se han sugerido distintos mecanismos alternativos: fusión distorsionada<sup>5</sup> o fallo de fusión<sup>3</sup> de los pliegues genitales mediales, fallo de fusión del rafe medio perineal<sup>6</sup>, vestigio del conducto cloacal abierto<sup>7</sup> y defectos en el desarrollo del septo uroanal<sup>8</sup>.

Aunque el PG puede reconocerse al nacimiento, particularmente cuando lleva asociadas otras malformaciones perineales, es frecuente que se haga a lo largo del primer año de vida<sup>5</sup>, situación en la que puede plantearse la sospecha de abuso sexual. A este respecto, Adams et al publicaron en el año 2007 una guía muy útil en la interpretación de hallazgos médicos que pueden ser malinterpretados como abuso sexual, entre los que se contempla el *perineal groove*, basada en estudios de investigación publicados anteriormente al año 2006 y revisada de forma exhaustiva por muchos expertos<sup>9</sup>.

Suele cursar de forma asintomática. Habitualmente no se asocia a dolor, sangrado ni a dificultades en la defecación. Sin embargo, en alguna ocasión se ha comunicado cierto grado de prolapso de la mucosa anal con los esfuerzos<sup>3</sup> e incluso disturbios en la defecación, consecuencia de prolapso rectal importante, en el caso de anomalías de la musculatura anal<sup>4</sup>.

La lesión evoluciona espontáneamente a la resolución, aunque puede tardar más de un año en epitelizarse; incluso en los casos asociados a canal perineal, el trayecto fistuloso está predispuesto a inflamación secundaria y obliteración<sup>3</sup>. La cirugía se plantea en los casos asociados a malformacio-

nes, incontinencia fecal derivada de la persistencia de la fístula o incluso por motivos estéticos<sup>8</sup>.

Destacamos la importancia de saber reconocer esta malformación de presentación excepcional en la práctica clínica, que puede conducir a un falso diagnóstico de abuso sexual, con las consiguientes implicaciones médico-legales y personales.

## Bibliografía

1. Pou Fernández J, Ruiz España A, Comas Masmitjá LL, Petitbó Rafatb MD, Ibáñez Fanes M, Bassets Marill J. Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr*. 2001;54:243–50.
2. Stephens FD. The female anus, perineum and vestibule: Embryogenesis and deformities. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1968;8:55–73.
3. Kadowacki H, Nakahira M, Yamada C, Takeuchi S, Tamate S, Shiokawa C. Perineal groove and perineal canal. *Jpn J Surg*. 1983;13:216–8.
4. Chatterjee SK, Chatterjee US, Chatterjee U. Perineal groove with penoscrotal hypospadias. *Pediatr Surg Int*. 2003;19:554–6.
5. Abdel Aleem A, El Sheikh S, Mokhtar A, Ghafouri H, Saleem M. The perineal groove and canal in males and females. A third look. *Z Kinderchir*. 1985;40:303–7.
6. Sekaran P, Shawis R. Perineal Groove: A rare congenital abnormality of failure of fusion of perineal raphe and discussion of its embryological origin. *Clinical Anatomy*. 2009;22:823–5.
7. Van der Putte SC. Normal and abnormal development of the anorectum. *J Pediatr Surg*. 1986;21:434–40.
8. Mullassery D, Turnock R, Kokai G. Perineal groove. *J Pediatr Surg*. 2006;41:E41–3.
9. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, et al. Guidelines for Medical Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20:163–72.

M.T. González López<sup>a,\*</sup>, M.J. Corral Caramés<sup>b</sup>,  
S. Fernández Cebrián<sup>a</sup> y F. Martín Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Pediatría, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España*

<sup>b</sup> *Centro de Salud A Ponte, Ourense, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* maria.teresa.gonzalez.lopez@sergas.es (M.T. González López).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.10.016