

CARTAS AL EDITOR

Estimado Editor:

En el año 1996 comunicamos el hallazgo de sintomatología caracterizada por prurito, ardor, dolor tipo hincada y hormigueo a nivel de genitales en varones sexualmente activos, sintomatología que unos lo atribuían a infecciones de transmisión sexual (ITS) mal curadas, y otros no referían una causal de sus molestias. El resultado de los exámenes de laboratorio era normal al igual que el examen físico en el que se reportaba en todos ellos un único hallazgo: conducto inguinal permeable. Reportamos entonces un nuevo síndrome al que llamamos dermalgia perineal⁽¹⁾.

Se ha hecho la revisión de 1 186 historias clínicas de mi consulta privada, entre los años 1997 al 2004, y se registran 16 casos con dermalgia perineal y dos de ellos con liquenificación marcada de escroto de evolución crónica –que se catalogó como liquen simple crónico de escroto– y con permeabilidad del conducto inguinal de ambos lados.

A continuación, la historia clínica de estos dos pacientes:

Caso 1. Varón de 31 años, fabricante de adobes, que 5 años atrás presentó uretritis gonocócica la cual fue tratada por médico hasta su curación. Acude a la consulta por prurito intenso y “sensación de animalitos que le caminan” en el escroto que le impiden el sueño normal. El paciente lo atribuye a curación incompleta de la uretritis referida por lo que no tiene relaciones sexuales por precaución. Al examen clínico y de laboratorio preferencial solo se observa marcada liquenificación del escroto y permeabilidad del conducto inguinal de ambos lados. Se le diagnostica dermalgia perineal y liquen simple crónico de escroto. Se le explica la posible relación de la permeabilidad de los conductos inguinales con su sintomatología y se le indica tratamiento tópico para piel escrotal y sistémica para el prurito. Evolución favorable.

Caso 2. Varón de 55 años, oficinista. Desde hace 4 años presenta sin causa aparente prurito en región genital, especialmente en escroto, muy intenso que ha originado problemas conyugales. Niega antecedentes de ITS. Al examen clínico y de laboratorio preferencial solo se observa marcada liquenificación del escroto con permeabilidad de los conductos inguinales. Con el diagnóstico de dermalgia perineal y liquen simple crónico de escroto se sigue la misma conducta terapéutica del primer caso con evolución favorable.

En estos dos casos interpretamos el prurito escrotal por la irritación del contingente nervioso que acompaña al cordón espermático por estímulo del roce o presión que ocasiona la protrusión del contenido abdominal al modificarse la presión intraabdominal por tos, llanto, esfuerzo físico, coito, etc. De llegarse a comprobar la presencia de dicha alteración anatómica en los casos de liquen simple crónico estaríamos en la situación de cambiar el concepto de neurosis cutánea con que se le considera cuando se trata de buscar su etiología.

Después de nuestra primera comunicación⁽¹⁾ han aparecido artículos sobre dolor genital en hombres^(2,3) y en mujeres^(4,5), estudios en los que restan importancia a la exploración de los conductos inguinales ignorando la importancia que tiene el conducto inguinal y el canal de Nuck en la mujer, durante el desarrollo embriológico en el proceso de definición de los sexos⁽⁶⁾. Nos permitimos sugerir a los médicos en especial a los ginecólogos y dermatólogos, en los casos de vulvodinea, vulvitis y prurito vaginal de causa indeterminada, ampliar la exploración del canal de Nuck y el ligamento redondo⁽⁶⁾ con los recursos modernos de examen⁽⁷⁻⁹⁾.

El objetivo de esta comunicación es el de hacer hincapié sobre la necesidad de seguir observando la existencia de este síndrome, y los casos de asociación a liquen simple de escroto, ya que esto incrementaría el reporte del síndrome de dermalgia perineal y la presencia de liquen simple crónico de escroto asociado, lo que nos llevaría a reconsiderar el hecho de ser considerados como neurosis cutáneas como lo es actualmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Agüero J. Dermalgia perineal. Un nuevo síndrome dermatológico. *Dermatol Per* 1996;6:17-24.
2. Harris JR. Síndrome de dolor genital masculino. *Clin Dermatol N Am* 1998;14:819-22.
3. Stamont G, Suduca JM. Chronic perineal pain. *Rev Prat* 2001;51:47-9.
4. Cifuentes M. Vulvodinea. *Rev Chil Dermatología* 15(3):147-9.
5. Ridley M. Vulvodinea: teoría y tratamiento. *Clin Dermatol N Am* 1998;4:815-8.
6. Attat AA, Hucson JM. The anatomy of female gubernaculum is different from the male. *Aust N Z J Surg* 1991;61:380-4.
7. Anderson CC, Broadie TA, Marckey JE, Kopecky KK. Hidrocele of the canal of Nuck: Ultrasound appearance. *Am Surg* 1995;61:959-61.
8. Miklos JR, Karram MM, Silver E, Reid R. Ultrasound and hookwire needle placement for localization of a hidrocele of the canal of Nuck. *Obstet Gynecol* 1995;85:884-6.
9. Cucera PR, Glacer J. Hidrocele of the canal of Nuck. A report of four cases. *J Reprod Med* 1985;30:439-42.

Dr. José Ruiz-Agüero
Los Sauces 330 Urb. Santa Victoria. Chiclayo. Perú.
jruizagüero@yahoo.es.