

Sinus pilonidal de localización perianal. Difícil diagnóstico diferencial con fístula perianal

Pilonidal sinus of perianal location. Difficult differential diagnosis with perianal fistula

Laura Rubio-López*, Silvia Benito-Barbero, Paloma Guillamot-Ruano y Javier Páramo-Zunzunegui

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

Resumen

La enfermedad pilonidal generalmente surge en el área sacrococcígea en varones jóvenes. Se presenta el caso de un varón de 39 años con diagnóstico inicial de fístula perianal. A pesar de la exploración clínica y la resonancia magnética pélvica, solo durante la cirugía se evidenció que el origen de la fístula se encontraba en una enfermedad pilonidal perianal. El sinus pilonidal perianal es muy raro en la literatura. A menudo se confunde con otras enfermedades perianales, como la fístula anal. Por ello, la enfermedad pilonidal perianal debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la fístula perianal.

Palabras clave: Sinus pilonidal. Fístula. Ano.

Abstract

Pilonidal disease usually arises in the sacrococcygeal area in young men. We present a case of a 39-year-old male with an initial diagnosis of perianal fistula. Despite clinical examination and pelvic magnetic resonance image, only during surgery was revealed that the origin of the fistula was in perianal pilonidal disease. Perianal pilonidal sinus are very rare in the literature. It is often confused with other perianal diseases such as anal fistula. Thus, perianal pilonidal disease should be considered in the differential diagnosis of perianal fistula.

Keywords: Pilonidal sinus. Fistula. Anus.

*Correspondencia:

Laura Rubio-López

E-mail: lrubiol@salud.madrid.org

0009-7411/© 2022 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 11-06-2022

Fecha de aceptación: 29-06-2022

DOI: 10.24875/CIRU.22000314

Cir Cir. 2025;93(2):231-233

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

Introducción

La enfermedad pilonidal es una patología supurativa que afecta con mayor frecuencia a varones de entre 15 y 30 años. Se caracteriza por un quiste de contenido piloso, localizado en la región sacrococcígea, que puede infectarse y fistulizar a la piel¹. La presencia de sinus pilonidales localizados en la región perianal es muy infrecuente.

Caso clínico

Varón de 39 años, sin cirugías anales previas ni otros antecedentes de interés, valorado en consulta por un cuadro de supuración perianal intermitente de 1 año de evolución. En la exploración física presentaba un orificio fistuloso externo (OFE) localizado a las 2 horas, a 3 cm del margen anal en posición de litotomía, con supuración activa y sin alteraciones en el tacto rectal. Las imágenes ponderadas en T2 de la resonancia magnética (RM) pélvica (Fig. 1), aparentemente, mostraron una fístula transesfinteriana anterior con una pequeña colección hiperintensa en el pliegue interglúteo. Ante la sospecha de fístula anal se realizó una exploración quirúrgica (Fig. 2), observando un OFE localizado a las 2 horas, con signos de abscesificación, y otro OFE a las 7 horas en litotomía. Así mismo, asociaba un orificio pilonidal en la región cocccígea. Se canularon los OFE y se inyectó peróxido de hidrógeno, sin evidenciar comunicación con el canal anal en la anoscopia, al contrario de lo que sugería la RM. El OFE a las 2 horas comunicaba con la cavidad abscesual y el OFE de las 7 horas comunicaba con la fosita pilonidal posterior. Se realizaron fistulotomías, que mostraron cavidades pilonidales crónicas, con gran contenido piloso y de granulación (Fig. 3). Se efectuaron escisiones completas de las cavidades pilonidales y posterior marsupialización de los bordes para favorecer el cierre por segunda intención. Al mes y medio de la intervención (Fig. 4), el paciente se encontraba asintomático, con una correcta cicatrización de las heridas quirúrgicas. Tras 2 años de seguimiento, el paciente no muestra datos de recidiva.

Discusión

El diagnóstico de sinus pilonidal suele ser sencillo. Es un diagnóstico clínico, basado en la presencia de un orificio pilonidal en la parte superior del surco interglúteo, a 4-10 cm del margen anal¹. La enfermedad

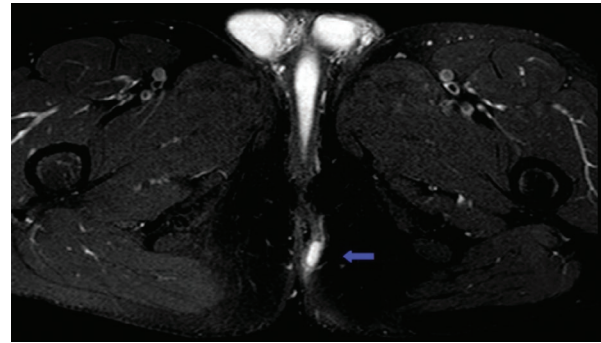


Figura 1. Resonancia magnética pélvica (imagen ponderada en T2) que muestra una fístula transesfinteriana anterior con una pequeña colección hiperintensa en el pliegue interglúteo (flecha).



Figura 2. Exploración quirúrgica. Se observan dos orificios fistulosos externos, uno localizado a las 2 horas (flecha), con signos de abscesificación (asterisco), y otro a las 7 horas en litotomía (flecha). Así mismo, asociaba un orificio pilonidal en la región cocccígea (círculo).

pilonidal crónica se presenta con cicatrices y fístulas que se comunican con la piel, limitándose casi exclusivamente a la región sacrococcígea y sin comunicar con el canal anal. Sin embargo, en la literatura científica se han publicado reducidos casos de enfermedad pilonidal de localización perianal, en los que, como en nuestro paciente, no se llega al diagnóstico correcto hasta la exploración quirúrgica²⁻⁸.

La RM pélvica es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico diferencial de la enfermedad perianal, presentando una sensibilidad del 100% y una especificidad del 98% para el diagnóstico de fístula perianal, y resulta de gran utilidad en la planificación preoperatoria⁹. No obstante, tal como defiende Sert², no es útil en el diagnóstico diferencial entre fístula perianal y enfermedad pilonidal perianal, lo cual pensamos que se debe, en parte, al bajo índice de sospecha de esta última.



Figura 3. Fistulotomías que muestran unas cavidades pilonidales crónicas, con contenido piloso y de granulación.



Figura 4. Cicatrización de las heridas quirúrgicas al mes y medio de la intervención.

Autores como Eberspacher et al.³ y Aggarwal et al.⁴ reportan que, de manera infrecuente, la enfermedad pilonidal perianal puede producir abscesos que fistulicen al canal anal. En nuestro paciente, aunque el quiste pilonidal no presentaba aparente relación con los esfínteres, ni evidencia de fístula anal, existiría el riesgo de que a largo plazo la hubiera desarrollado.

El tratamiento de la enfermedad pilonidal perianal se basa en los mismos principios que en la localización sacrococcígea, teniendo especial cuidado en la obliteración del trayecto fistuloso y la preservación de los esfínteres. Sert² realizó manejo conservador mediante incisión y fenolización, pero la técnica más empleada en los casos publicados ha sido la escisión, con o sin cierre primario^{3,5,7,8}. En nuestro paciente se realizó una escisión amplia con

marsupialización de los bordes y cierre por segunda intención, con buenos resultados durante el seguimiento.

Conclusiones

El sinus pilonidal de localización perianal es muy infrecuente en la práctica clínica, pero debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la fístula perianal, sobre todo en aquellos pacientes con diagnóstico simultáneo de sinus pilonidal. Por último, consideramos que nuestro paciente puede ser agregado a los escasos casos clínicos publicados.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores no presentan conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria y anonimizados, por lo que no fue necesario el consentimiento informado. Se han seguido las recomendaciones pertinentes

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. de Parades V, Bouchard D, Janier M, Berger A. Pilonidal sinus disease. *J Visc Surg.* 2013;150:237-47.
2. Sert OZ. Pilonidal sinus of the perianal region: difficult to diagnose. *Int J Surg Case Rep.* 2020;72:96-8.
3. Eberspacher C, Mascagni D, Fralleone L, Grimaldi G, Antypas P, Mascagni P, et al. Pilonidal disease mimicking anterior anal fistula and associated with posterior anal fistula: a two-step surgery. *G Chir.* 2017;38:313-7.
4. Aggarwal K, Jain BK, Sharma N, Goel S. Pilonidal sinus of anal canal: a possible unique diagnosis. *ANZ J Surg.* 2015;85:693-4.
5. Iqbal CW, Gasior AC, Snyder CL. Pilonidal disease mimicking fistula-in-ano in a 15-year-old female. *Case Rep Surg.* 2012;2012:310187.
6. Alrawashdeh W, Ajaz S, Hammond TM, Porrett TR, Lunniss PJ. Primary anal pilonidal disease. *Colorectal Dis.* 2008;10:303-4.
7. Testini M, Miniello S, Di Venere B, Lissidini G, Esposito E. Perineal pilonidal sinus. *Case report. Ann Ital Chir.* 2002;73:339-41.
8. Vallance S. Pilonidal fistulas mimicking fistulas-in-ano. *Br J Surg.* 1982;69:161-2.
9. Balci S, Onur MR, Karaosmanoğlu AD, Karçaaltıncaba M, Akata D, Konan A, et al. MRI evaluation of anal and perianal diseases. *Diagn Interv Radiol.* 2019;25:21-7.