

Lesión pilosa dolorosa en región sacrocoxígea

Sáez-García MA.¹, Ferrara-Coppola C.², Baena-Romero V.², Scavarda-Lamberti A.², Ortega-Núñez MA.³

Sanid. mil. 2023; 79 (1): 61-62, ISSN: 1887-8571

Paciente de 23 años de edad con antecedentes personales de septoplastia por traumatismo previo en el gimnasio. Acude al médico de cabecera aquejado de dolor en la zona superior de la región interglútea desde hace 4 días, acompañado de manchas sanguinolentas en la ropa interior de esa zona, sin fiebre ni otra sintomatología. Refiere haber presentado un cuadro de dolor en la misma región hace 2 años, en esa ocasión sin secreciones, que cedió tras la administración de analgésicos. El paciente es derivado a la consulta de cirugía general donde deciden, tras una exploración física y estudio preoperatorio, realizar una cirugía programada. Bajo anestesia local y sedación se practica exéresis en bloque de la lesión con cierre primario de la herida (imagen macroscópica tras la fijación en formol).

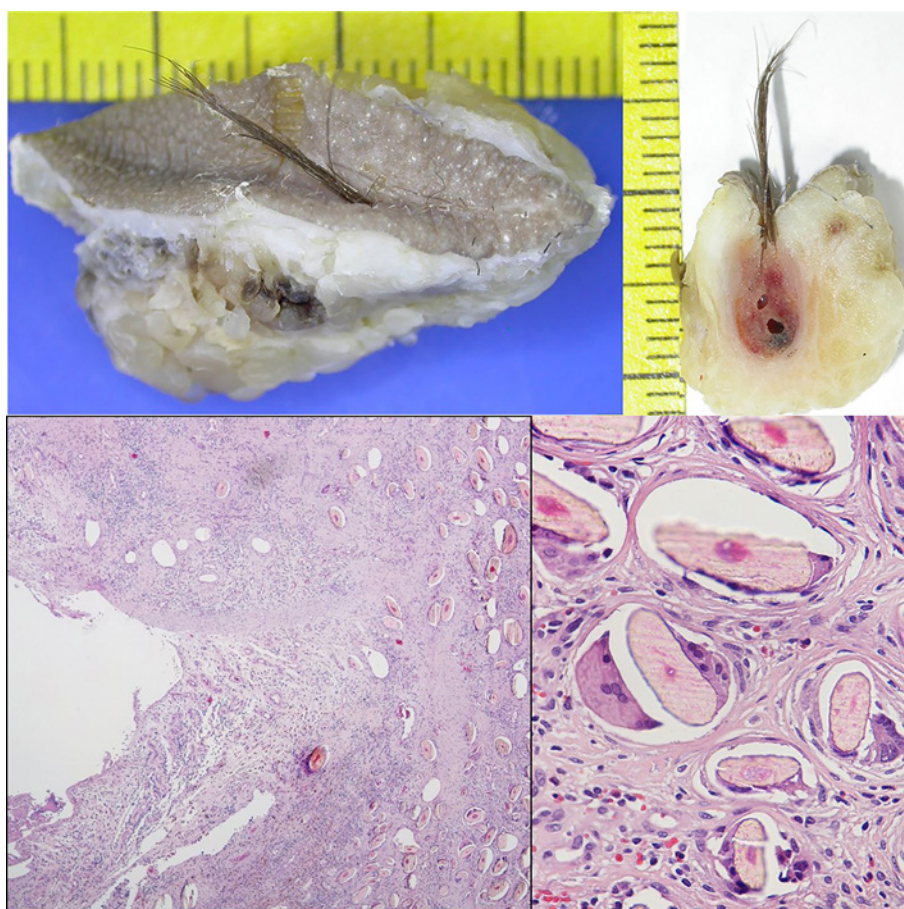


Figura 1. Superior: Pieza cutánea de resección (izquierda) y corte transversal medial (derecha). Inferior: Cortes histológicos, tinción Hematoxilina-Eosina 40x (izquierda) y 400x (derecha).

¹ Teniente coronel médico especialista. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de la Defensa, Madrid.

² Médico especialista adjunto. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Central de la Defensa, Madrid.

³ Médico. Profesor Asociado Histología UAH. Centro Universitario de la Defensa, Madrid.

Dirección para correspondencia: Miguel Ángel Sáez García. Hospital Central de la Defensa. Glorieta del Ejército, n.º 1, 28047 Madrid. msaegal@oc.mde.es

Recibido: 20 de febrero de 2023

Aceptado: 01 de marzo de 2023

DOI: 10.4321/S1887-85712023000100013

Diagnóstico: Sinus pilonidal

Los sinus pilonidales son lesiones de partes blandas que pueden aparecer en cualquier región vellosa del cuerpo aunque tienen predilección por las áreas pilosas y de compresión. Por ello, su localización más habitual es la línea media sacrocoxígea. La historia natural de la enfermedad presenta dos fases, una de inflamación aguda con formación de abscesos y trayectos fistulosos, y otra crónica con la formación del sinus o quiste en la que con frecuencia se observa una reacción granulomatosa de tipo cuerpo extraño y fibrosis cicatricial.

Su incidencia se estima en 25/100.000, más frecuente en edades comprendidas entre los 15 y los 40 años, con predilección en los hombres (3/1), pacientes de piel morena y con abundante vello corporal. Se han considerado factores de riesgo la hiperhidrosis y la obesidad¹.

Sobre el origen del sinus pilonidal sacrocoxígeo se han descrito distintas teorías. Algunos autores señalan que son procesos congénitos con manifestación tardía que corresponderían a quistes dermoides. La mayoría de los investigadores señalan, por el contrario, que el origen es adquirido como consecuencia de una mezcla de varios acontecimientos como son: la retención de los tallos pilosos por taponamiento del infundíbulo en superficie, la ubicación atípica de los bulbos pilosos con sentido de crecimiento anormal que origina daño en el conectivo dérmico adyacente y los microtraumatismos continuos de la zona, tal y como se describió en la llamada «enfermedad del conductor del Jeep». El origen de la enfermedad dentro de los miembros de una familia se debe, probablemente, al hecho de compartir costumbres y actividades, más que por una condición hereditaria².

Cuando se recibe una pieza quirúrgica con juicio clínico de sinus pilonidal fistulizado es importante teñir los márgenes quirúrgicos. La intención es señalar en los cortes microscópicos si la inflamación aguda o trayecto fistuloso se interrumpe bruscamente o queda incluido en la pieza, en cuyo caso se observará tejido conectivo sano adyacente al foco inflamatorio.

Podemos observar en la imagen superior izquierda un ojal cutáneo que presenta una hendidura media o rafe que nos revela la ubicación sacrocoxígea, y en la zona central de la pieza se evidencia un penacho atípico de elementos pilosos. En la imagen superior derecha, correspondiente a un corte transversal del ojal cutáneo, observamos un espacio de aspecto quístico y tejido inflamado. No se observan trayectos ni orificios fistulosos pero sí tallos pilosos con trayectoria anómala.

El estudio histopatológico también será variable en función de la fase en la que se haya realizado la resección aunque no es infrecuente el solapamiento de signos de cada una. Podremos identificar un denso infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos conformando un absceso, un tejido de granulación e infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso con grandes células gigantes que fagocitan tallos pilosos, o pequeños cúmulos de linfocitos en un estroma muy colagenizado pero sin evidencia de tallos pilosos, que representaría la fase final o cicatricial del proceso.

En la imagen microscópica del caso, en la panorámica, observamos una estructura pseudoquística rodeada de tejido de granulación y tallos pilosos. En el detalle de la misma imagen observamos que esos pelos están siendo fagocitados por células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, produciendo una reacción inflamatoria crónica granulomatosa.

El sinus pilonidal se manifiesta con los signos clásicos de la inflamación: dolor, calor, tumor y rubor. La presión sobre la zona abscesificada ocasionará trayectos fistulosos. Cuando el orificio de salida aboca a la superficie epidérmica se observará un drenaje espontáneo, normalmente de una mezcla de material sanguíneo y purulento.

El diagnóstico diferencial del sinus pilonidal fistulizado debe hacerse con las fistulas perianales, los forúnculos y la hidrosadenitis regional. En recién nacidos y niños, así como en pacientes de edad avanzada puede ser necesario realizar estudios con técnicas de imagen como ecografía de partes blandas o radiografía para descartar procesos como espina bífida, lesiones óseas líticas u osteomielitis o tumores neurogénicos en los primeros y, otras entidades degenerativas o neoplásicas, en los adultos de edad avanzada. Una historia clínica completa y una correcta exploración física suelen ser suficientes para abordar el tratamiento quirúrgico y su confirmación diagnóstica tras el estudio histopatológico³.

Se considera que el tratamiento de elección es el quirúrgico. Según la forma de presentación y la fase evolutiva en la que se encuentre la enfermedad puede plantearse una técnica quirúrgica resectiva o no resectiva. La extracción en bloque del sinus y los trayectos fistulosos se considera la mejor opción para la curación sin recidivas.

Independientemente de la técnica empleada es necesario realizar un control y seguimiento de la lesión para hacer un diagnóstico precoz de las posibles recidivas, cuyo riesgo puede disminuirse con depilación láser o rasurado y manteniendo seca la zona. La degeneración neoplásica carcinomatosa es la complicación más grave que puede presentarse y se estima en alrededor del 0,01% de los pacientes con sinus pilonidal recurrente⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. G. Boulanger, E. Abet, A.G. Brau-Weber, F. Leclair, F. Denimal, M.H. Jean, et al. Is histological analysis of pilonidal sinus useful? Retrospective analysis of 731 resections. *Journal of Visceral Surgery*. 2018; 155(3): 191-194. ISSN 1878-7886. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2017.10.013>.
2. King ES. The nature of the pilonidal sinus. *Aust N Z J Surg*. 1947 Jan; 16(3): 182-92.
3. Martín Martín E, Pérez San José C, Cotano Urruticoechea JR, Atín del Campo V, Aguinalde Pinedo M, Sabas Olabarria JA, et al. Quistes del desarrollo en el espacio presacro en el adulto. *Gastroenterol Hepatol*. 2002; 25(10): 601-604. doi: 10.1016/s0210-5705(02)70324-5. PMID: 12459123.
4. Couto-González I, González-Rodríguez FJ, Vila I, Brea-García B, García-Vallejo L, Soldevila-Guilera S, et al. Neoplastic degeneration of chronic sacrococcygeal pilonidal sinus: report of seven cases and literature review. *Cir Cir*. 2022; 90(3): 345-352. doi: 10.24875/CIRU.20001422. PMID: 35636935.