

Quiste pilonidal abscedado en paciente femenina: a propósito de un caso

Abscessed pilonidal cyst in a female patient: A case report

María Alejandra del Valle Pérez Pulido¹, Jhoxeidy Nathaly Nocove Vera², Leenec Alexandra Moros Valero³, Luis Miguel Gamboa Jaimes⁴

RESUMEN

El quiste pilonidal es una enfermedad inflamatoria crónica, más común en los hombres jóvenes. Se presenta el caso de una mujer de 25 años con sobrepeso (IMC 27,8 kg/m²) y un quiste pilonidal abscedado en la región sacrococcígea. Tras una exéresis quirúrgica completa, la evolución fue favorable con cicatrización por segunda intención y sin recidiva al año. Este caso desafía paradigmas al demostrar que el sobrepeso es un factor de riesgo significativo, que el sexo femenino no confiere protección absoluta y que la escisión radical temprana previene eficazmente la recurrencia.

Palabras clave: Quiste pilonidal, sobrepeso, sexo femenino, escisión radical.

SUMMARY

A pilonidal cyst is a chronic inflammatory disease, most common in young males. We present the case of a 25-year-old female with overweight (BMI 27.8 kg/m²) and an abscessed pilonidal cyst in the sacrococcygeal region. Following complete surgical excision, the postoperative course was favorable, with healing by secondary intention and no recurrence at one year. This case challenges established paradigms by demonstrating that overweight is a significant risk factor, the female sex does not confer absolute protection, and early radical excision effectively prevents recurrence.

Keywords: Pilonidal cyst, overweight, female sex, radical excision.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2025.133.4.21>

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1244-4342>¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8368-170X>²

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3694-4064>³

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7072-8625>⁴

¹Estudiante de medicina de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, extensión Táchira. Asesora de la Asociación Científica Universitaria de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Los Andes, extensión Táchira. Abogado, Universidad Católica del Táchira. E-mail: mariaperezpulido18@gmail.com

²Estudiante de medicina de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, extensión Táchira. E-mail: jhoxeidyannv14@gmail.com

Recibido: 14 de septiembre 2025
Aceptado: 17 septiembre de 2025

³Estudiante de medicina de la Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, extensión Táchira. E-mail: leenec.amv@gmail.com

⁴Médico Cirujano egresado de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Residente del Posgrado de Cirugía General y Laparoscópica, Hospital Central de San Cristóbal, Universidad de Los Andes. Residente de tercer año del Posgrado Cirugía General y Laparoscópica, Universidad de Los Andes, Hospital Central de San Cristóbal. E-mail: drgamboa34@gmail.com

Autor de correspondencia: María Alejandra del Valle Pérez Pulido, E-mail: mariaperezpulido18@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El quiste pilonidal o enfermedad pilonidal, se refiere a una patología crónica y benigna que se caracteriza principalmente por una infección localizada en un quiste pilonidal, una cavidad que se forma en el pliegue interglúteo y acumula pelos y piel muerta, resultando en dolor, enrojecimiento, hinchazón y supuración de pus. Su etimología se deriva del latín: *pilus*, que significa “cabello”, y *nidus*, que significa “nido”. El nombre “enfermedad pilonidal” se atribuye a Hodges en 1880. La enfermedad fue descrita por primera vez en 1833 por Mayo (1,2). Históricamente, se describe que muchos soldados estadounidenses fueron diagnosticados con enfermedad pilonidal durante las guerras de 1941 a 1945 y se la conocía entonces como “enfermedad del Jeep” (3). Dicha patología tiene una incidencia global estimada en 26 casos por cada 100 000 personas, lo que sugiere que es poco frecuente (2,3).

En sus inicios, muchos médicos y científicos planteaban que se trataba de una patología cuyo origen era congénito, basado en vestigios del tubo medular, sin embargo, con el paso de los años se cambia el norte de su etiología considerándose que se trata de una patología adquirida que inclusive se relaciona con diversos factores predisponentes muy relevantes en su prevalencia a nivel mundial como el grupo etario, ya que afecta con mayor frecuencia a adolescentes y adultos jóvenes sobre todo en la segunda década de la vida y con mayor incidencia en el sexo masculino, con una prevalencia que varía 2,2 a 4 veces mayor que en mujeres (3), a menudo se presenta en individuos que pasan mucho tiempo sentados, como camioneros o personas con trabajos sedentarios (4).

La etiopatogenia aceptada actualmente sostiene que la enfermedad pilonidal resulta de una reacción inflamatoria secundaria a la penetración de pelos sueltos y otros detritos en la piel de la hendidura glútea, lo que genera una respuesta de cuerpo extraño y puede evolucionar hacia la formación de trayectos fistulosos o cavidades subcutáneas que pueden manifestarse como abscesos agudos, destacando además que la estrechez del pliegue glúteo, la fricción, la vulnerabilidad cutánea y factores predisponentes pueden influir en el desarrollo de enfermedad

pilonidal en los pacientes (1,4). Desde el punto de vista microscópico, se ha observado que el cabello dentro de los quistes pilonidales nunca se encuentra dentro de la pared del quiste, sino libre en tejido de granulación y cicatriz. Las paredes de los quistes pilonidales no están revestidas de epitelio escamoso, sino que están compuestas de tejido de granulación piógeno vascular. En 1984, Stelzner utilizó la microscopía óptica para observar que los cabellos obtenidos de las fosas pilonidales presentaban una arquitectura de gancho y sugirió que la migración del cabello era unidireccional. Por esa razón, se implementa el uso de microscopía electrónica en estos casos donde se evalúo el cabello involucrado y se confirmó la morfología del gancho, por lo que se propone que las puntas afiladas contribuyen a que el cabello perfore la piel y que los ganchos impidan la retracción (1).

Asimismo, la enfermedad pilonidal se basa en un diagnóstico clínico basado en la historia clínica del paciente, así como en los hallazgos que se describan en el examen físico correspondiente. Estos hallazgos engloban fosas en la línea media de la hendidura glútea superior, dolor en la zona especialmente al sentarse o al estar activos, enrojecimiento e hinchazón en el área perilesional, así como supuración del área. A pesar de no ser necesarios los análisis de laboratorio y/o estudios de imagen, pueden ser útiles en caso de que el diagnóstico no sea claro (1). Uno de estos métodos auxiliares es la ecografía. Se describe que tanto la ecografía externa como la endoanal eran útiles para evaluar la extensión de la enfermedad pilonidal y excluir la sepsis perianal. Asimismo, la resonancia magnética resulta útil en estos casos, sin dejar de lado el hecho de que se trata de un estudio de imagen de mayor costo, pero puede ayudar en el diagnóstico cuando existe la preocupación por una enfermedad inflamatoria intestinal, una fistula anal, una sepsis pélvica o procesos neoplásicos. Se puede adicionar el uso del azul de metileno, que se ha implementado con el fin de evaluar la extensión de los senos pilonidales y que puede utilizarse en conjunto con la cirugía. Se han realizado estudios que describen que el uso del azul de metileno puede reducir la tasa de recurrencia a largo plazo de la enfermedad pilonidal al mostrar la extensión de la resección necesaria de tejido blando en el momento de la

cirugía. En un estudio retrospectivo que analizó 135 muestras, se descubrió que las muestras extirpadas con azul de metileno tenían volúmenes significativamente mayores, lo que facilitaba la resección completa. Más recientemente se han utilizado modificaciones del azul de metileno para hacerlo más manejable, convirtiéndolo en un gel con la adición de ungüento de cloranfenicol (1).

Ahora bien, haciendo énfasis en el manejo o tratamiento de dicha patología, se engloba en dos grandes grupos: quirúrgico y no quirúrgico; sin embargo, a menudo se utiliza una combinación de ambos métodos. Tomando en cuenta lo previamente mencionado sobre la enfermedad pilonidal, se concluye que se trata de un cuadro en gran medida quirúrgico, especialmente en aquellos casos agudos abscedados, ya que esta lesión de piel y partes blandas requiere incisión y drenaje de su contenido. Inicialmente, se recomienda al paciente cambios en su estilo de vida que reduzcan significativamente el riesgo a agravar el cuadro, asimismo, teniendo en cuenta el papel protagónico del vello en la patogénesis, se recomienda depilación y eliminación del vello en la zona afectada como una acción complementaria, en caso de presentarse el cuadro con la formación de un absceso cutáneo, se indica inicialmente el manejo farmacológico con antibiótico con la finalidad de tratar el cuadro infeccioso para previamente decidir una conducta quirúrgica, bien sea incisión y drenaje del mismo, cistectomía pilonidal, técnica de colgajo de Limberg, teniendo en cuenta que esta debe ser individualizada para cada paciente tomando en cuenta la historia clínica de la enfermedad, sus antecedentes, factores desencadenantes y estado clínico actual (1).

Es por lo que, con base en lo previamente descrito, no se debe subestimar dicha patología siendo esta de baja incidencia y poco frecuente en pacientes de sexo femenino, entendiendo que algunas de sus complicaciones podrían ser infecciones recurrentes en el sitio afectado, osteomielitis, transformaciones malignas e inclusive sepsis. Ya que el pronóstico de la enfermedad pilonidal es favorable por tratarse de una enfermedad benigna, se debe atender y tratar individualizando el caso y a cada paciente para evitar recidivas cuya estimación posterior a resolución quirúrgica es variable de 18,8 % a 32 %, que aumenta hasta 40 % según las

condiciones de cicatrización del paciente (5), alteraciones en el estilo de vida del paciente o posibles complicaciones (1).

Presentación del caso

Se trata de paciente femenino de 25 años de edad, quien acude a área de emergencia de cirugía general por presentar inicio de enfermedad actual de 5 meses de evolución caracterizado por presentar aumento de volumen en región interglútea concomitante de 1 semana de evolución dolor de aparición insidiosa de moderada a fuerte intensidad de carácter punzante que no irradia y cede parcialmente a la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), motivo por el cual acude a centro hospitalario y es valorada, paciente refiere antecedente de absceso localizado en región interglútea que drena espontáneamente hace 6 meses.

Al examen físico, presión arterial: 110/80 mmHg, frecuencia cardíaca: 80 lpm, frecuencia respiratoria: 18 rpm, peso: 65,2 kg, talla: 1,53 m, índice de masa corporal: 27,8 kg/m², paciente que luce en condiciones clínicas estables, afebril, hidratada, eupneica, abdomen con moderado panículo adiposo, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, genitales externos normoconfigurados, se evidencia en región interglútea lesión de 4x4 cm de diámetro, de bordes redondeados, con signos de flogosis, fluctuante, doloroso a la palpación, motivo por el cual se ingresa bajo diagnóstico de enfermedad pilonidal y sobrepeso según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por lo que se planifica resolución quirúrgica para exéresis del mismo.

Se solicita perfiles paraclínicos preoperatorios que reportan: hematología completa, leucocitos: 9 600/mm³, neutrófilos: 81 %, linfocitos: 15 %, hemoglobina: 10,8 g/dL, hematocrito: 34,6 %, plaquetas: 219/mm³. Glicemia: 99,5 mg/dL, creatinina: 0,65 mg/dL, VIH: no reactivo, VDRL: no reactivo. Paciente que se mantiene en sala durante 48 horas recibiendo antibioticoterapia dado por fluoroquinolona tipo ciprofloxacino y metronidazol, y en vista de cumplir con criterios preanestésicos se indica dieta absoluta y es llevada a mesa operatoria donde previa asepsia

y antisepsia bajo anestesia conductiva se realiza incisión romboidal en región sacrocoxígea, disección por planos, donde se obtienen hallazgos dados por: quiste pilonidal abscedado de 6x4 cm de diámetro (Figura 1) realizando exéresis del mismo, se verifica hemostasia y se realiza limpieza con solución fisiológica y peróxido de hidrógeno, acto quirúrgico que finaliza sin complicaciones.

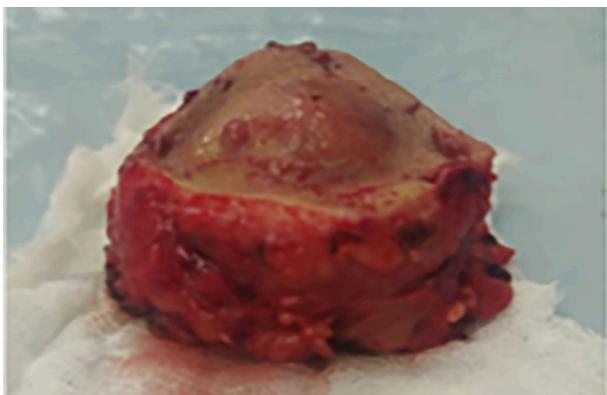


Figura 1. Quiste pilonidal abscedado.

Paciente que se mantiene en área de recuperación en pabellón durante 1 hora y posteriormente es llevada a área de hospitalización de cirugía general, es valorada 12 horas posoperatorio donde se evidencia herida romboidal en región sacrocoxígea, con fondo limpio y escaso contenido serohemático (Figura 2), paciente se mantiene durante 48 horas recibiendo antibioticoterapia dado por ciprofloxacino 40 mg vía endovenosa cada 8 horas y clindamicina 600 mg vía endovenosa cada 8 horas, asociando cura de lesión 3 veces al día con peróxido de hidrógeno para favorecer cicatrización por segunda intención.

En vista de evolución clínica satisfactoria se indica alta médica, bajo tratamiento antibiótico vía oral y curas diarias, se indica valoración 2 días después y al presentar mejoría clínica, se indica control por consulta externa a los 10 días manteniendo curas diarias y permitiendo cicatrización de la herida por segunda intención. Posteriormente, paciente acude a control por



Figura 2. Herida romboidal en región sacrocoxígea.

consulta externa el 3 de febrero de 2025 (2 meses de posoperatorio) evidenciando evolución satisfactoria (Figura 3).



Figura 3. Herida romboidal en región sacrocoxígea (2 meses de evolución).

Al valorar evolución posoperatoria 8 meses después, se evidencia cicatrización total del sitio de lesión (Figura 4) y evolución satisfactoria, sin recidiva.



Figura 4. Cicatriz de herida (8 meses de evolución).

DISCUSIÓN

La enfermedad pilonidal, inicialmente documentada en el siglo XIX (1), constituye una entidad nosológica de relevancia actual en la práctica quirúrgica. Estudios recientes demuestran que su incidencia global alcanza aproximadamente apenas 26 casos por cada 100 000 habitantes, siendo considerada una patología de frecuencia inusual (2,3). El presente caso adquiere especial significancia al presentarse en una paciente femenina de 25 años, circunstancia epidemiológicamente notable dado que la literatura médica reporta una marcada predilección por el sexo masculino, con proporciones que oscilan entre 2:1 y 4:1 (3,5). Esta predisposición genética ha llevado a que algunos autores describan que solo el 20 % de los casos afectan a mujeres (5,6), lo que confiere singularidad epidemiológica al caso que nos ocupa.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la evidencia contemporánea ha establecido de manera concluyente el carácter adquirido de esta entidad, superando antiguas teorías congénitas (1,4). Los mecanismos patogénicos implican la penetración progresiva de vellos en el tejido celular subcutáneo de la región sacrococcygea, desencadenando una respuesta inflamatoria tipo cuerpo extraño (7-9), cuya presencia de fluctuación y dolor intenso al

examen físico reflejó la fase supurativa típica de la enfermedad complicada (10,11). En nuestra paciente, este proceso se vio particularmente favorecido por la coexistencia de factores de riesgo modificables, destacando un índice de masa corporal de $27,8 \text{ kg/m}^2$ y antecedentes de absceso previo no intervenido quirúrgicamente (3,12). Estas características coinciden plenamente con lo descrito en la literatura que identifica la obesidad como factor pronóstico independiente para recurrencia en pacientes femeninas (12).

El cuadro clínico presentado mostró elementos tanto típicos como atípicos. Por un lado, se constató la presencia de una tumoración dolorosa de $4 \times 4 \text{ cm}$ con signos flogóticos y fluctuación, acompañada de antecedente de drenaje espontáneo previo que ocupa el 70 % de los casos (13). Mientras que, la ausencia de fiebre y ausencia de leucocitosis ($9\,600/\text{mm}^3$) representaron hallazgos menos frecuentes ya que se presenta hasta en un 40 % de los casos, a pesar de la tumoración presentar un tamaño mayor a 4 cm (7,8,13). Esta presentación atípica podría explicarse por el inicio temprano de antibioticoterapia empírica con ciprofloxacino y metronidazol (1,7), intervención que habría mitigado la respuesta inflamatoria sistémica (14).

El abordaje terapéutico implementado combinó estrategias médicas y quirúrgicas en un enfoque escalonado. La fase inicial incluyó antibioticoterapia de amplio espectro, seguida de exéresis quirúrgica completa con cicatrización por segunda intención. Esta decisión terapéutica evitó deliberadamente el cierre primario en línea media, técnica asociada a tasas de recurrencia cercanas al 40 % según reportes recientes (15). Los resultados obtenidos superaron incluso las expectativas generadas por extensos metaanálisis (15), logrando cicatrización completa sin evidencia de recidiva a los 8 meses de seguimiento.

El éxito terapéutico alcanzado adquiere mayor relevancia al considerar las particularidades del caso. Como señalan importantes revisiones sistemáticas (16), la incorporación de técnicas complementarias como la depilación láser posoperatoria podría optimizar aún más los resultados a largo plazo. Sin embargo, el desenlace favorable obtenido sin recurrir a estos procedimientos adicionales refuerza la eficacia del protocolo implementado.

Este caso clínico trasciende el mero interés anecdótico al ofrecer múltiples enseñanzas prácticas. En primer lugar, cuestiona paradigmas epidemiológicos tradicionales al demostrar la vulnerabilidad de poblaciones femeninas con factores de riesgo asociados (5,12). En segundo término, se valida la superioridad de las técnicas de cicatrización abierta en contextos de alto riesgo metabólico (14,16). Finalmente, identifica oportunidades de mejora en los protocolos preventivos (13), particularmente en lo referente a medidas coadyuvantes posoperatorias.

Las implicaciones clínicas de este caso resultan particularmente significativas. La combinación de evidencia actualizada (1-3) con decisiones terapéuticas fundamentadas permitió alcanzar lo que las estadísticas consideran desafiantes: resolución definitiva en un caso complejo. Este éxito terapéutico establece un precedente valioso para el manejo de presentaciones atípicas en poblaciones femeninas con factores de riesgo concurrentes, contribuyendo a optimizar los algoritmos de toma de decisiones en esta patología.

CONCLUSIÓN

Este caso de quiste pilonidal abscedado en una mujer joven con sobrepeso destaca por su rareza epidemiológica y manejo exitoso. La evidencia actual (1-3) respalda que la exéresis completa con cicatrización abierta, combinada con antibioticoterapia dirigida, ofrece resultados superiores en pacientes con factores de riesgo metabólico, evitando recurrencias (solo 18,8 % - 32 % vs. 40 % con otras técnicas) (16). La ausencia de recidiva a los 8 meses valida este enfoque. Este éxito terapéutico en un caso complejo refuerza la necesidad de protocolos individualizados para poblaciones femeninas con obesidad, demostrando la combinación de evidencia.

REFERENCIAS

1. Gil LA, Deans KJ, Minneci PC. Management of Pilonidal Disease: A Review. *JAMA Surgery*. 2023;158(8):875-883.
2. Koyfman A, Brit J. Pilonidal Cyst and Sinus. *Emedicine*. 2024; 1(35):1-3.
3. Johnson EK, Vogel JD, Cowan ML, Feingold DL, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease. *Diseases of the Colon and Rectum*. 2019;62(2):146-157.
4. Nixon AT, Garza RF. Pilonidal Cyst and Sinus. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/>
5. Saleh N. Pilonidal Cyst Removal, Recovery, and Recurrence. Verywellhealth. Texas. 2023. Disponible en: <https://www.verywellhealth.com/treatment-for-pilonidal-cyst-1124172>
6. Luedi MM, Schober P, Stauffer VK, Diekmann M, Anderegg L, Doll D. Gender-specific prevalence of pilonidal sinus disease over time: A systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg*. 2021;91(7-8):1582-1587.
7. Mantovani A, Garlanda C. Humoral Innate Immunity and Acute-Phase Proteins. *N Engl J Med*. 2023;388(5):439-452.
8. Zotova N, Zhuravleva Y, Chereshnev V, Gusev E. Acute and chronic systemic inflammation: features and differences in the pathogenesis, and integral criteria for verification and differentiation. *Internat J Molec Scien*. 2023;24(2):1144.
9. Arnhold J. Host-Derived Cytotoxic Agents in Chronic Inflammation and Disease Progression. *Internat J Molec Scien*. 2023;24(3):3016.
10. Levy JH. The human inflammatory response. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*. 1996;27(Suppl 1):S31-37.
11. Cleary DR, Heinricher MM. Adaptations in responsiveness of brainstem pain-modulating neurons in acute compared with chronic inflammation. *Pain*. 2013;154(6):845-855.
12. Faurschou IK, Erichsen R, Doll D, Haas S. Time trends in incidence of pilonidal sinus disease from 1996 to 2021: A Danish population-based cohort study. *Colorectal Dis*. 2024;27(1):e17227.
13. Huurman EA, den Otter AAS, de Raaff CAL, van den Berg R, Baart SJ, Wijnhoven BPL, et al; PITS Collaborative Study Group. Acute pilonidal abscess: Prospective nationwide audit in the Netherlands. *Colorectal Dis*. 2024;27(1):e17254.
14. Wu P, Zhang Y, Zhang Y, Wang S, Fan Z. Progress in the Surgical Treatment of Sacrococcygeal Pilonidal Sinus: A Review. *Internat J Surg (London, England)*. 2023;109(8):2388-2403.
15. Gallo G, Goglia M, Senapati A, Pata F, Basso L, Grossi U, et al. An international survey exploring the management of pilonidal disease. *Colorectal*

QUISTE PILONIDAL ABSCEDADO

Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. 2023;25(11):2177-2186.

16. Bi S, Sun K, Chen S, Gu J. Surgical procedures in the pilonidal sinus disease: A systematic review and network meta-analysis. *Scientific Reports*. 2020;10(1):13720.