

Hallazgos radiológicos de lesiones perianales y perirrectales infrecuentes

Lorena Martínez Fontanet¹, Alejandro Vera González¹, Belén Méndez Torres², Miguel Ángel López Martín¹, Sebastián Martín Gill¹, María Guerrero Martín¹, Miguel Muñoz del Blanco¹, Ramiro Jesús Méndez Fernández¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ²Hospital Clínico Universitario de Santiago, A Coruña

Objetivo docente

- Describir lesiones menos frecuentes del recto y de la región perirrectal y perianal
 - Señalar la semiología radiológica que puede ayudar a un correcto diagnóstico de estas lesiones tumorales y pseudotumorales
-

Revisión del tema

- Además del cáncer de recto y cáncer anal, hay otras neoplasias y lesiones pseudotumorales menos frecuentes que afectan al recto y a la región perirrectal y perineal. Pueden detectarse de manera incidental en exploraciones de RM de pelvis por otros motivos o en exploraciones radiológicas dirigidas por ser sintomáticas
 - Su diagnóstico no es sencillo, pero algunas tienen una localización y semiología característica que pueden ser de ayuda
 - En este trabajo revisamos la presentación radiológica, principalmente en RM, de algunas lesiones menos frecuentes de la región rectal y perirrectal, destacando los detalles semiológicos que permitan una aproximación diagnóstica apropiada
-

Lesiones tumorales

Malignas

Carcinoma medular
GIST (tumor del estroma gastrointestinal)
Linfoma rectal
Melanoma rectal
Cordoma sacro

Benignas

Leiomioma vascular rectal
Angiomixoma agresivo
Angiofibroma de células gigantes
Lipoma de células fusiformes
Leiomioma de la fosa isquiorrectal
Mielolipoma

Lesiones quísticas rectales y perirrectales

Quiste epidermoide
Teratoma

Hamartoma quístico
Colitis quística profunda

Lesiones pseudotumorales

Pseudotumor perineal benigno

Endometriosis profunda

Lesiones inflamatorias o infecciosas

Sinus pilonidal

Hidrosadenitis supurativa

Lesiones tumorales malignas

Carcinoma medular colorrectal

Es un **subtipo de cáncer colorrectal** caracterizado por crecimiento sólido de células neoplásicas poco diferenciadas e infiltración de linfocitos. Es poco frecuente. Predominio **femenino** y en **edad avanzada**.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Tumor de **gran tamaño** (voluminoso/expansivo) con **márgenes lisos** y/o lobulados sin espículas hacia la grasa adyacente
- **T1 iso- o hipointenso** y **T2 isointenso** y relativamente **homogéneo**
- **Restringe** la difusión y **realza** en las secuencias postcontraste
- **Escasa reacción desmoplásica** y poca estriación de la grasa mesorrectal (**plano graso desplazado** más que infiltrado)
- **Menor frecuencia** de metástasis ganglionares y de infiltración vascular o linfática

Lesiones tumorales malignas

Carcinoma medular colorrectal

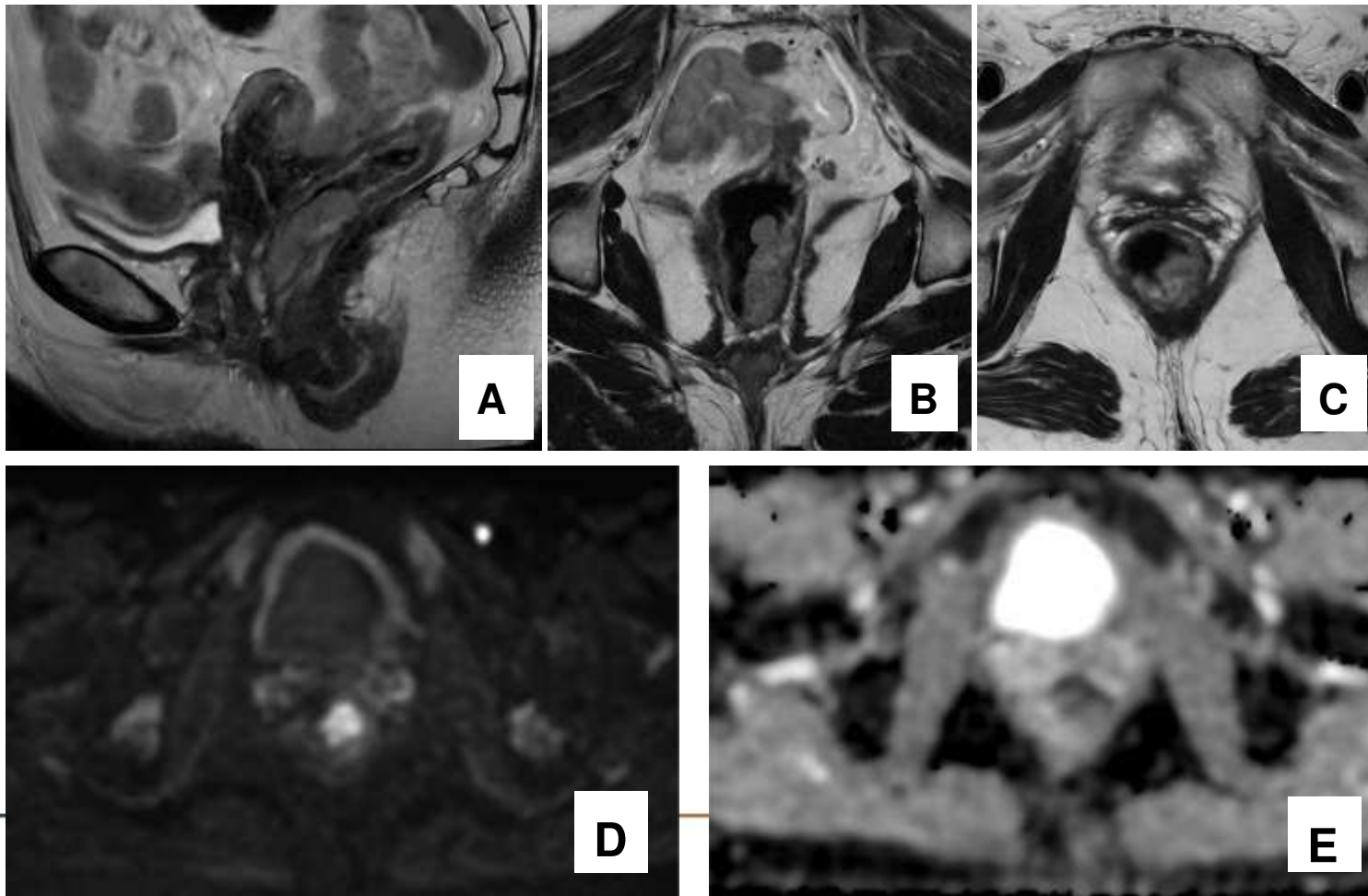


Figura 1. RM de recto: corte sagital (A), coronal (B) y axial (C) potenciados en T2 y cortes axiales DWI/ADC (D y E) en paciente con sospecha de neoplasia rectal. Se observa una masa sésil bien delimitada y **relativamente homogénea** en la pared posterolateral izquierda del recto de 6 cm; cranealmente llega hasta la reflexión peritoneal, sin sobrepasarla y caudalmente llega hasta el tercio superior del canal anal a 3 cm del margen anal externo. **Restringe** la difusión. Tiene **escasa** reacción desmoplásica y **ausencia** de **infiltración grasa**. No hay adenopatías ni infiltración vascular. El resultado de la biopsia fue **carcinoma medular colorrectal**.

Lesiones tumorales malignas

GIST (tumor del estroma gastrointestinal)

Tumor mesenquimal originado en las células intersticiales de Cajal en la capa muscular propia. **CD117+ o PDGFRA+**. Comportamiento potencialmente maligno. Ligero predominio masculino y en edad media.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Masa submucosa bien delimitada con frecuente crecimiento exofítico que no suele asociar obstrucción
- Puede tener necrosis y hemorragia si es voluminoso
- **T1 hipointenso T2 hiperintenso** respecto al músculo
- Restringe difusión y realce heterogéneo

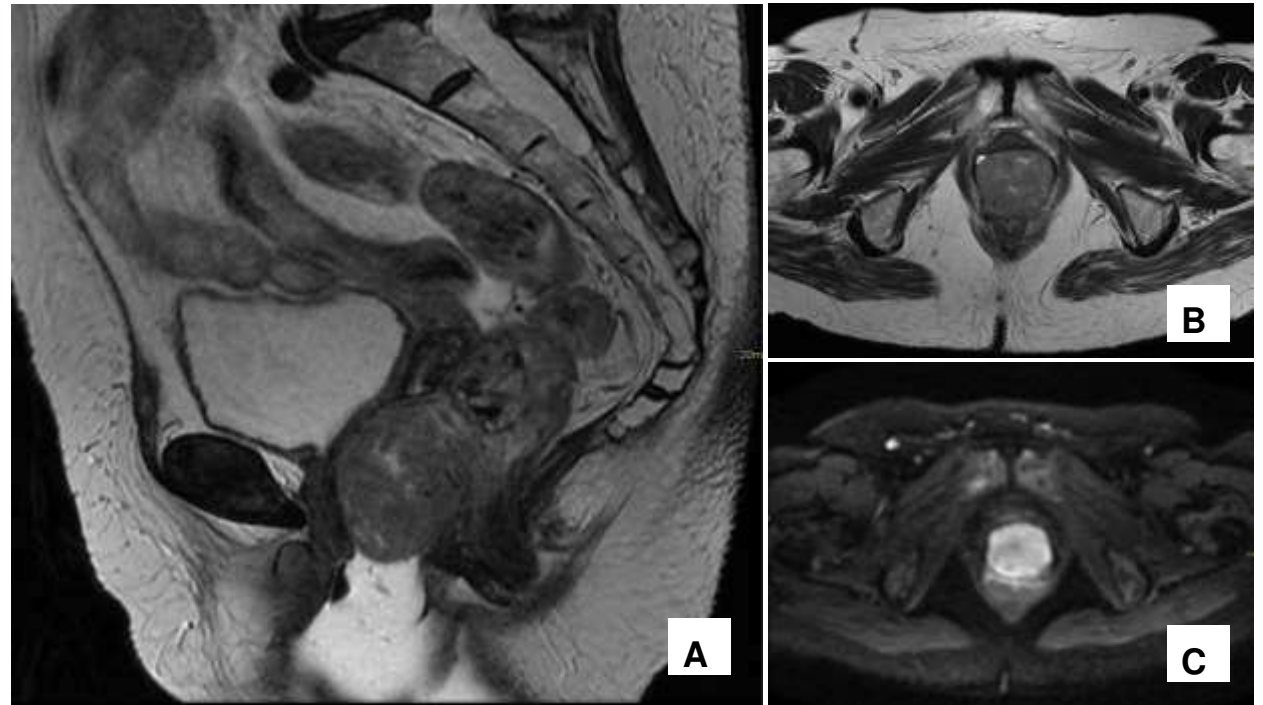


Figura 2. RM de recto: corte sagital (A), axial (B) potenciados en T2 y axial DWI (C) en paciente en seguimiento por quiste anexial. Se observa una **masa de 5 cm sólida** ovalada bien delimitada en el tercio inferior del recto, que **ejerce efecto de masa** sobre la vagina desplazándola hacia anterior. Es **heterogénea e isointensa en T2**. No restringe marcadamente la difusión.

Lesiones tumorales malignas

Linfoma rectal

Tumor maligno originada en el tejido linfoide del recto. **El más frecuente es el linfoma difuso de células B grandes.** Ligero predominio **masculino** y a los 50-70 años. Suele asociarse a inmunosupresión, enfermedades autoinmunes e infecciones crónicas.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- **Engrosamiento difuso de la pared rectal** que respeta la arquitectura en capas
- No suele asociar obstrucción
- **T1 iso o hipointenso y T2 hiperintenso**
- **Marcada restricción difusión**
- **Realce homogéneo** poscontraste
- No asocia desmoplasia

Lesiones tumorales malignas

Linfoma rectal

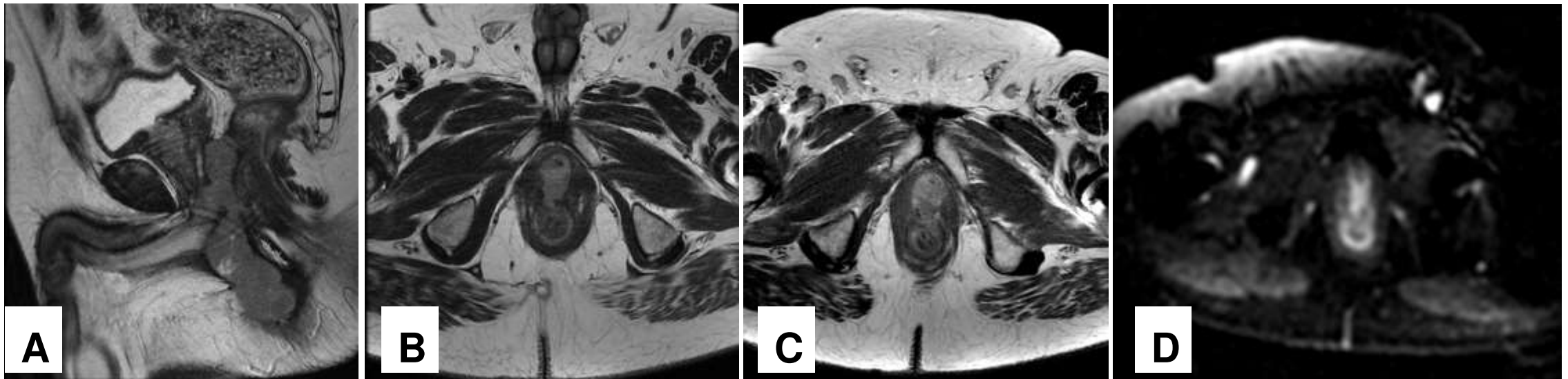


Figura 3. RM de recto: corte sagital(A) y axial (B) potenciados en T2, axial T1 poscontraste (C) y axial DWI (D), en un paciente en seguimiento por fístulas anorrectales. Se observa una **masa de partes blandas que infiltra la pared anterior del recto y se extiende hasta el periné.** En T2 es **levemente hiperintensa respecto al músculo y muestra realce homogéneo poscontraste.** En las secuencias de difusión muestra una **marcada restricción.** El estudio anatomopatológico fue positivo para **linfoma plasmático perineal.**

Lesiones tumorales malignas

Melanoma

Primario rectal muy raro **y agresivo** (alta capacidad metastásica). Se origina en los melanocitos de la mucosa del recto distal o canal anal. Ligero predominio **femenino** y en **edades avanzadas**.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Masa polipoidea o nodular en recto distal/canal anal con capacidad infiltrativa
- **T1 hiperintenso** (depende de la cantidad de melanina que tenga)
- **T2 hipointenso**
- **Realce intenso y heterogéneo** poscontraste
- Frecuente **infiltración del mesorrecto**
- Posibles **adenopatías e implantes a distancia**

Lesiones tumorales malignas

Melanoma

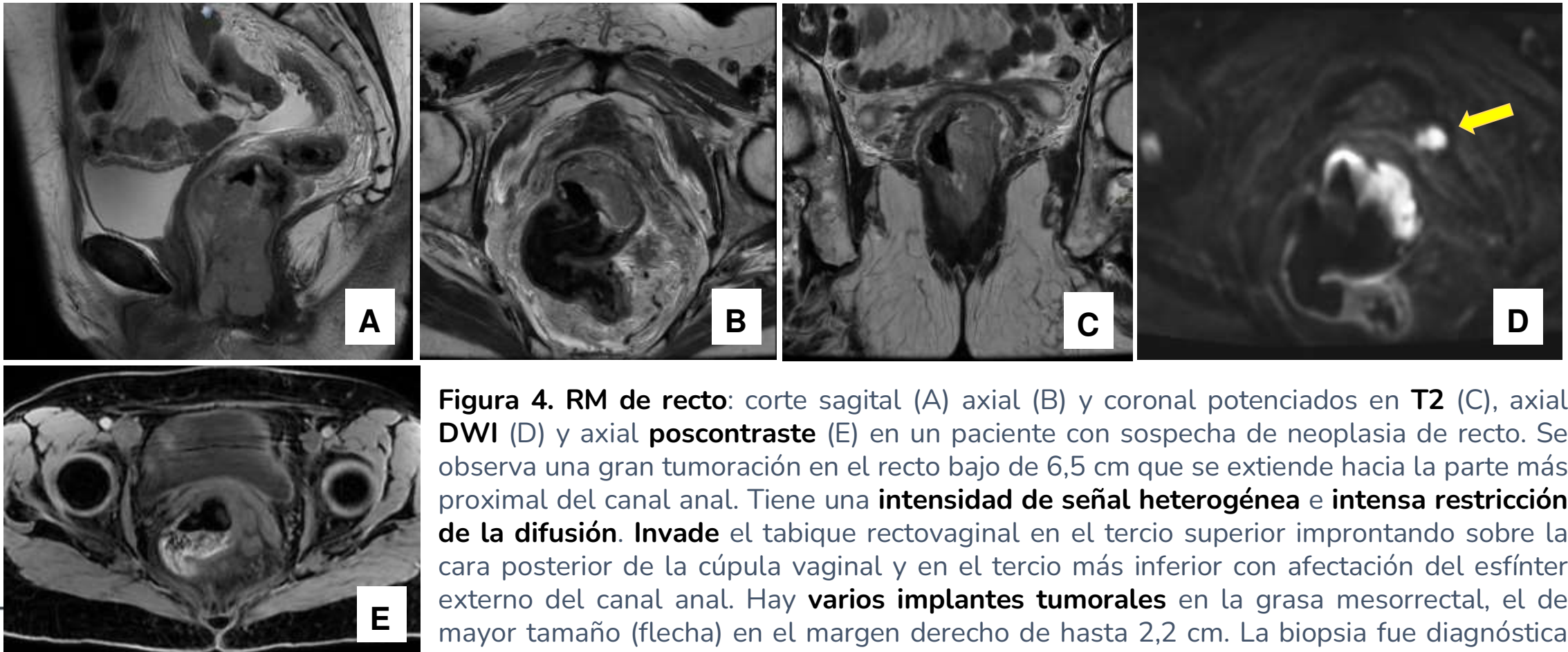


Figura 4. RM de recto: corte sagital (A) axial (B) y coronal potenciados en T2 (C), axial DWI (D) y axial **poscontraste** (E) en un paciente con sospecha de neoplasia de recto. Se observa una gran tumoración en el recto bajo de 6,5 cm que se extiende hacia la parte más proximal del canal anal. Tiene una **intensidad de señal heterogénea** e **intensa restricción de la difusión**. **Invade** el tabique rectovaginal en el tercio superior improntando sobre la cara posterior de la cúpula vaginal y en el tercio más inferior con afectación del esfínter externo del canal anal. Hay **varios implantes tumorales** en la grasa mesorrectal, el de mayor tamaño (flecha) en el margen derecho de hasta 2,2 cm. La biopsia fue diagnóstica de melanoma rectal.

Lesiones tumorales malignas

Cordoma sacro

Tumor **maligno** raro que se origina a partir de **resto embrionarios de la notocorda**. Crece lentamente y es localmente agresivo. Más frecuente en la **edad avanzada** y en **varones**.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Lesión localizada en **sacro/coxis**
- **Masa bien delimitada** de partes blandas
- Son frecuentes las calcificaciones
- **Adelgazamiento y destrucción de la cortical sacra** (puede destruir hueso)
- **T1 hipointenso y T2 muy hiperintenso con realce heterogéneo** en estudios poscontraste (tabiques internos)

Lesiones tumorales malignas

Cordoma sacro

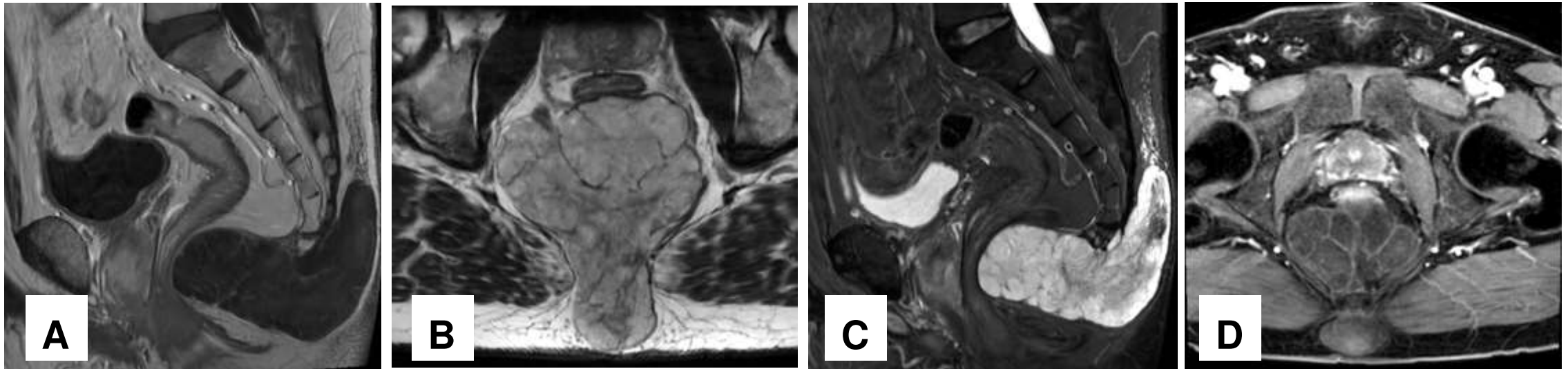


Figura 5. RM de recto: corte sagital (A) y axial (B) potenciados en **T1**, sagital **T2FS** (C) y axial **poscontraste** (D) en paciente con bulto de larga evolución con crecimiento. Se observa una lesión bien delimitada en la **línea media de la región presacra** con **destrucción ósea** y extenso aumento de partes blandas de unos 9 cm que rodea anterior, inferior y posteriormente al coxis. Además, **impronta y desplaza anteriormente al recto**, evidenciándose fino plano graso de separación con el mismo. No asocia alteración de señal intraósea adyacente. El componente posterior por detrás del sacrocoxis llega hasta el tejido celular subcutáneo. Es hipointensa en T1, **muy hiperintensa en T2FS** y el componente de partes blandas muestra un **escaso realce septado en su interior** en el estudio poscontraste. El estudio anatomopatológico confirmó un **cordoma sacro**.

Lesiones tumorales benignas

Leiomioma vascular rectal (angioleiomioma)

Tumor benigno de músculo liso originado en la **túnica media de los vasos sanguíneos**. Muy raro en el recto (retroperitoneo, mesenterio, pared intestinal, útero). Ligero predominio **femenino**.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Masa **bien delimitada** que puede ser **heterogénea** por vasos, hemorragia, degeneración
- T1 iso o hipointenso
- T2 hiperintenso
- Realce intenso poscontraste

Lesiones tumorales benignas

Leiomioma vascular rectal (angioleiomioma)



Figura 6. RM de recto: corte sagital (A) potenciado en T2, axial (B) en T1 **poscontraste** y axial (C) en **DWI**, en un paciente con sospecha de neoplasia rectal. Se observa una **lesión bien delimitada** dependiente de la pared anterolateral derecha del recto que mide 5 cm. En el estudio poscontraste **realza marcadamente** y no muestra una restricción muy importante. El estudio anatomopatológico demostró una proliferación muscular lisa sin mitosis, necrosis ni atipias, compatible morfológicamente con **leiomioma vascular rectal**.

Lesiones tumorales benignas

Angiomixoma agresivo isquiorrectal

Tumor mesenquimal benigno raro de partes blandas que deriva del tejido conectivo. Es de **lento crecimiento** pero de comportamiento **localmente agresivo**. Se puede localizar en la pelvis, periné, fosa isquiorrectal y en los genitales externos. Predominio **femenino** y en la **edad media**. Suele ser **hormonosensible** y **tiene un estroma mixoide**.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Masa grande (>10 cm) mal delimitada que se puede extender a otros compartimentos (infiltrativa) y profunda
- T1 isointenso respecto al músculo
- T2 muy hiperintenso (estroma mixoide)
- Patrón arremolinado con bandas hipointensas dentro de la lesión (fibras de colágeno, vasos, septos fibrosos)
- T1+Gd: realce progresivo de aspecto estriado
- DWI/ADC: no suele restringir significativamente

Lesiones tumorales benignas

Angiomixoma agresivo isquiorrectal

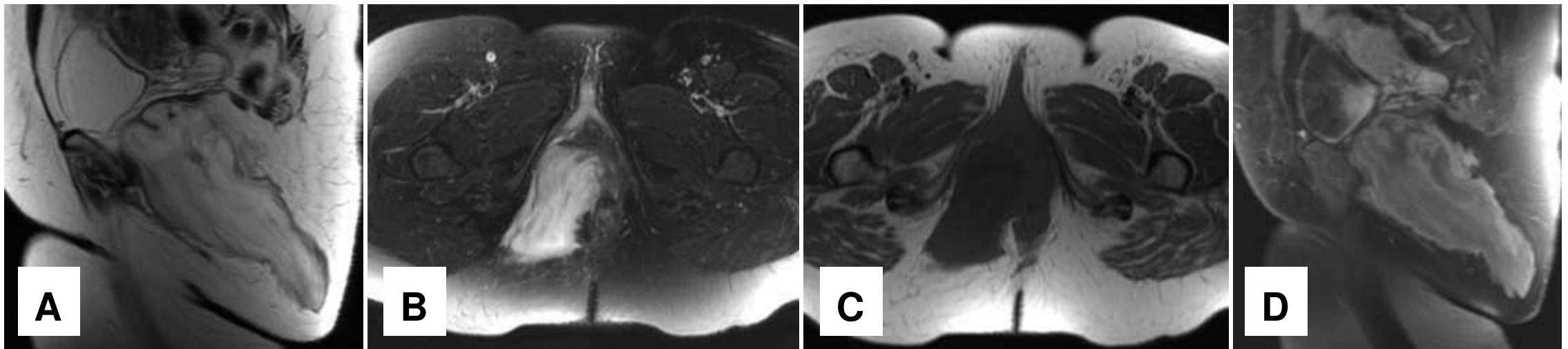


Figura 7. RM de recto: corte coronal (A) potenciado en T2, axial T2 FS (B), axial T1 (C) y sagital T1 FS (D) en paciente con bulto de larga evolución que ha experimentado crecimiento.

Se observa en la fosa isquiorrectal derecha, extendiéndose hacia el tejido celular subcutáneo de la región glútea, una **gran masa** alargada de 17 cm que es **isointensa al músculo en T1**, muy **hiperintensa en T2 con aspecto arremolinado** (líneas serpiginosas hipointensas en su seno). La biopsia confirmó un **angiomixoma agresivo isquiorrectal**.

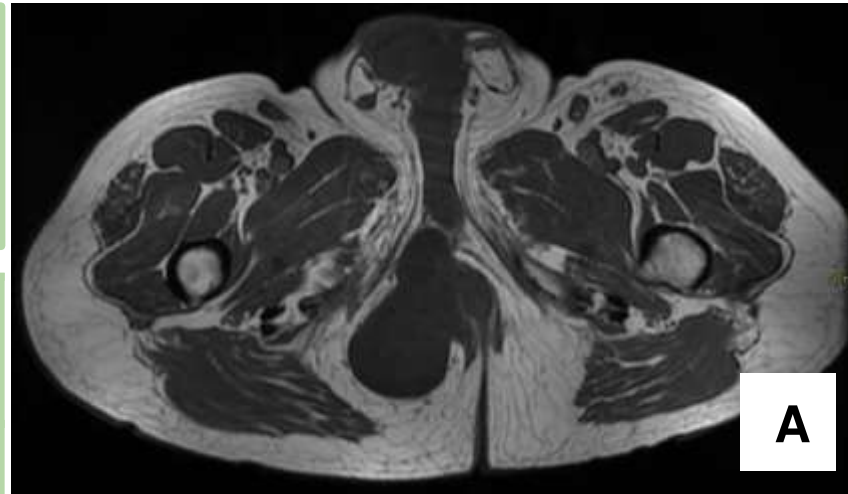
Lesiones tumorales benignas

Angiofibroma de células gigantes

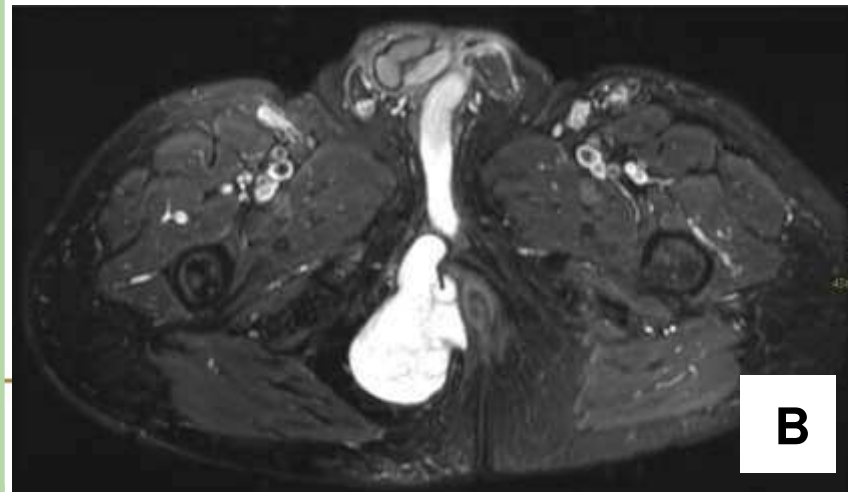
Tumor mesenquimal raro que contiene vasos, estroma fibroso y células gigantes multinucleadas. Predomina en adultos de mediana edad.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Lesión bien delimitada en tejidos blandos perineal
- T1 iso o hipointenso y T2 hiperintenso
- Realce intenso (hipervascular) que puede ser heterogéneo
- No suele ser infiltrante
- Puede tener áreas quísticas o mixoides



A



B

Figura 8. RM de recto: corte axial (A) potenciado en T1 y axial T2FS (B) en paciente con bulto de larga evolución. Se observa una **lesión de partes blandas** en la grasa de la fosa isquiorrectal derecha. Está bien delimitada, es hipointensa en T1 e hiperintensa en T2. Realza de forma heterogénea en el estudio poscontraste. Tras la cirugía la AP fue de **angiofibroma de células gigantes**.

Lesiones tumorales benignas

Lipoma de células fusiformes

Tumor adiposo benigno que contiene adipocitos maduros, células fusiformes y estroma de colágeno y mixoide. Es muy rara su localización en la pelvis. Tiene predominio masculino y aparece a edades más tardías.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Masa bien delimitada lobulada predominantemente grasa que puede desplazar estructuras con características de benignidad
- T1 muy hiperintenso (como la grasa) y suprime en secuencias FAT SAT
- T2 hiperintenso con bandas hipointensas fibrosas finas (sin nódulos)
- T1+Gd: realce leve de los septos
- DWI/ADC: sin restricción significativa

Lesiones tumorales benignas

Lipoma de células fusiformes

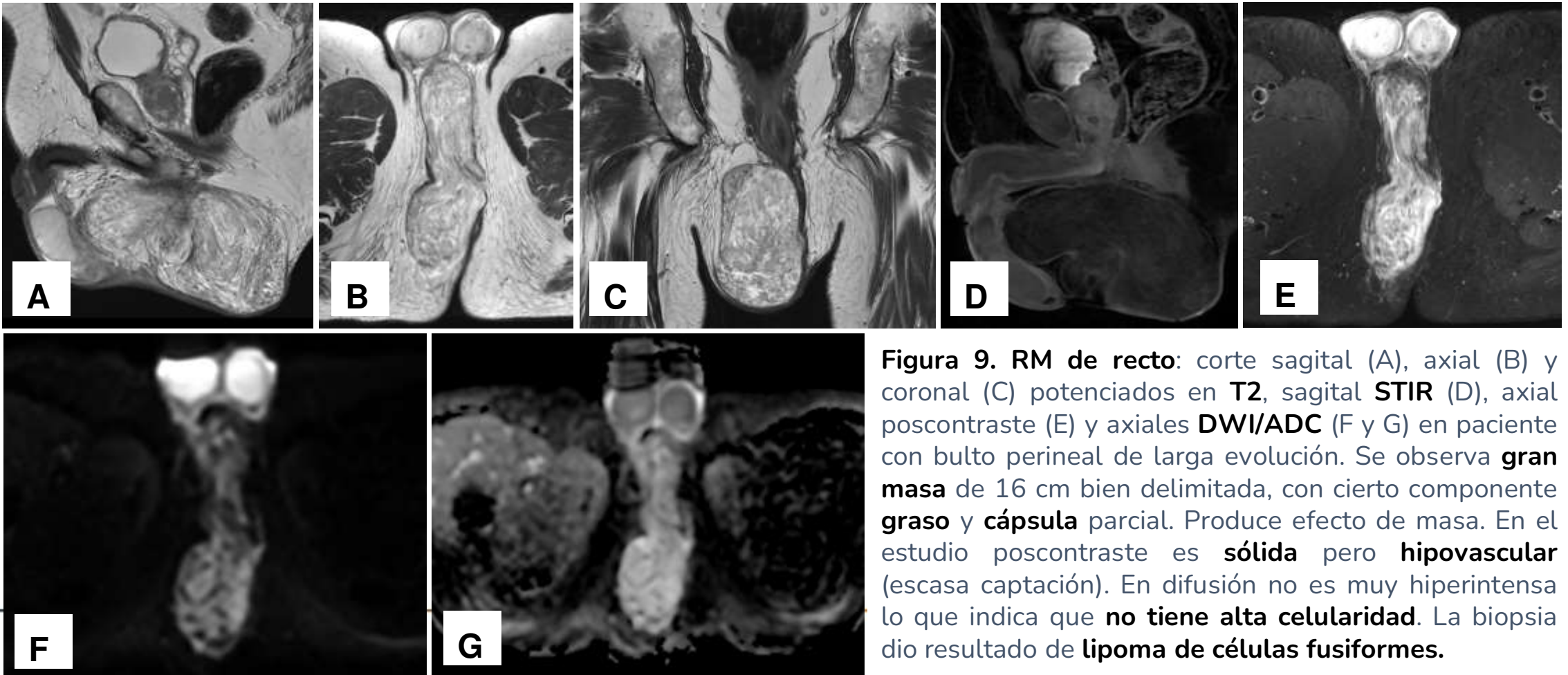


Figura 9. RM de recto: corte sagital (A), axial (B) y coronal (C) potenciados en T2, sagital STIR (D), axial poscontraste (E) y axiales DWI/ADC (F y G) en paciente con bulto perineal de larga evolución. Se observa **gran masa** de 16 cm bien delimitada, con cierto componente **graso** y **cápsula** parcial. Produce efecto de masa. En el estudio poscontraste es **sólida** pero **hipovascular** (escasa captación). En difusión no es muy hiperintensa lo que indica que **no tiene alta celularidad**. La biopsia dio resultado de **lipoma de células fusiformes**.

Lesiones tumorales benignas

Leiomioma de la fosa isquiorrectal

Tumor benigno derivado de células de músculo liso **muy raro en esta localización**. Es de lento crecimiento. Se localiza en la pelvis profunda, retroperitoneo y periné. Predominio **femenino** y en edad media.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Masa sólida bien delimitada que desplaza estructuras con características de benignidad
- T1 isointenso respecto al músculo
- T2 hipointenso o discretamente hiperintenso
- T1+Gd: realce homogéneo
- DWI/ADC: marcada restricción

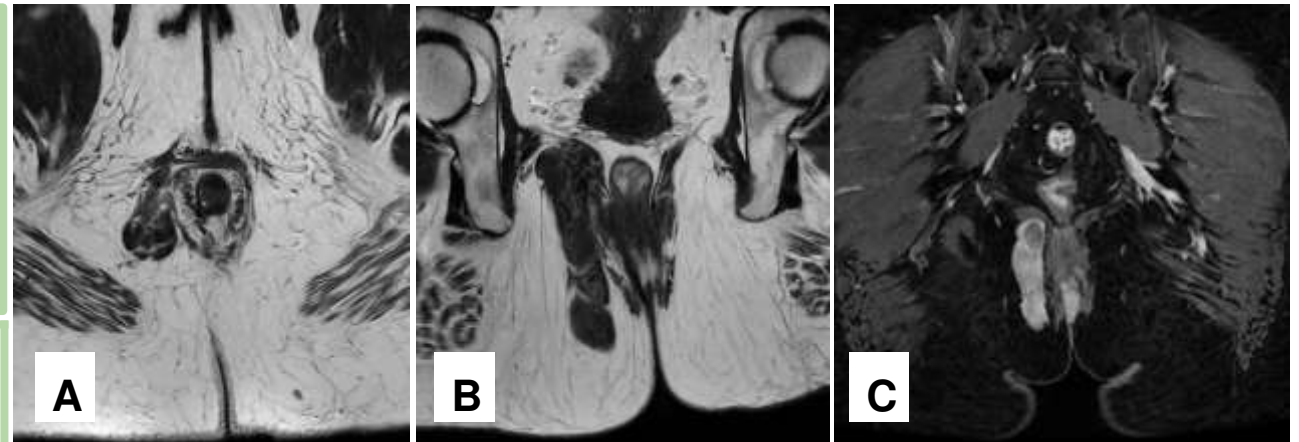


Figura 10. RM de recto: corte axial (A) potenciado en T2, oblicuo (B) T2 y coronal (C) **poscontraste** en mujer con bulto de larga evolución. Se observa en la fosa isquiorrectal derecha una **lesión sólida** alargada de 10 cm en dirección craneocaudal. Presenta una **señal intermedia en T1 y muy hipointensa en T2, sin restricción de la difusión**. No presenta signos de invasión directa de los planos musculares. Tras la administración de contraste, presenta un **intenso realce**. El estudio posquirúrgico diagnosticó **leiomioma**.

Lesiones tumorales benignas

Mielolipoma presacro

Tumor benigno mesenquimal compuesto por tejido adiposo maduro y elementos hematopoyéticos. Poco frecuente en región perirrectal. Ligeró predominio femenino en edad media.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Lesión bien delimitada redondeada heterogénea con mezcla de grasa y tejido sólido
- Componente graso: hiperintenso en T1 y T2
- Componente hematopoyético: señal intermedia en T1 y T2 o ligeramente hiperintenso en T2
- No restricción significativa
- Realce tenue en secuencias postcontraste
- No invade ni infiltra

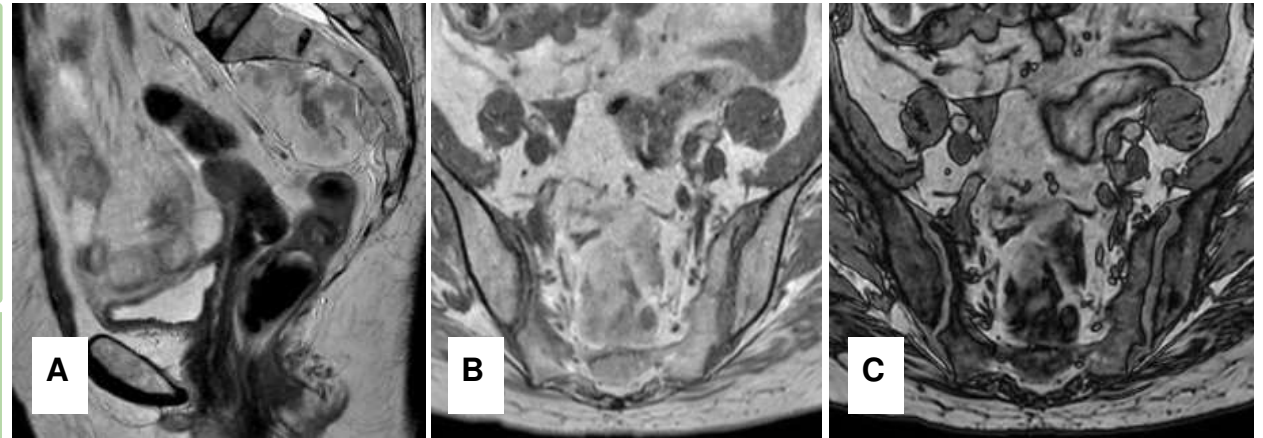


Figura 11. RM de recto: corte sagital (A) potenciado en T2 y axiales en T1 en fase (B) y fuera de fase (C) en paciente con lesión presacra en seguimiento. Se observa una lesión bien delimitada y heterogénea en la cara anterior del sacro. Tiene **áreas iso- e hiperintensas en T2** demostrándose su **componente graso** en las secuencias de supresión grasa (y cae la señal en fuera de fase). No infiltra las estructuras vecinas. En la biopsia dio positivo para mielolipoma.

Lesiones quísticas rectales y perirrectales

Quiste epidermoide

Lesión congénita y benigna de **origen ectodérmico** y poco frecuente. Predomina en **mujeres** de **mediana edad**. Contiene **queratina** y detritos celulares.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Lesión quística **bien delimitada**
- **Unilocular** y homogéneo
- Son **raras** las calcificaciones
- **T1 hipointenso** y **T2 hiperintenso** con una fina pared que no suele realzar en estudios poscontraste
- DWI/ADC: **marcada restricción**

Lesiones quísticas rectales y perirrectales

Quiste epidermoide

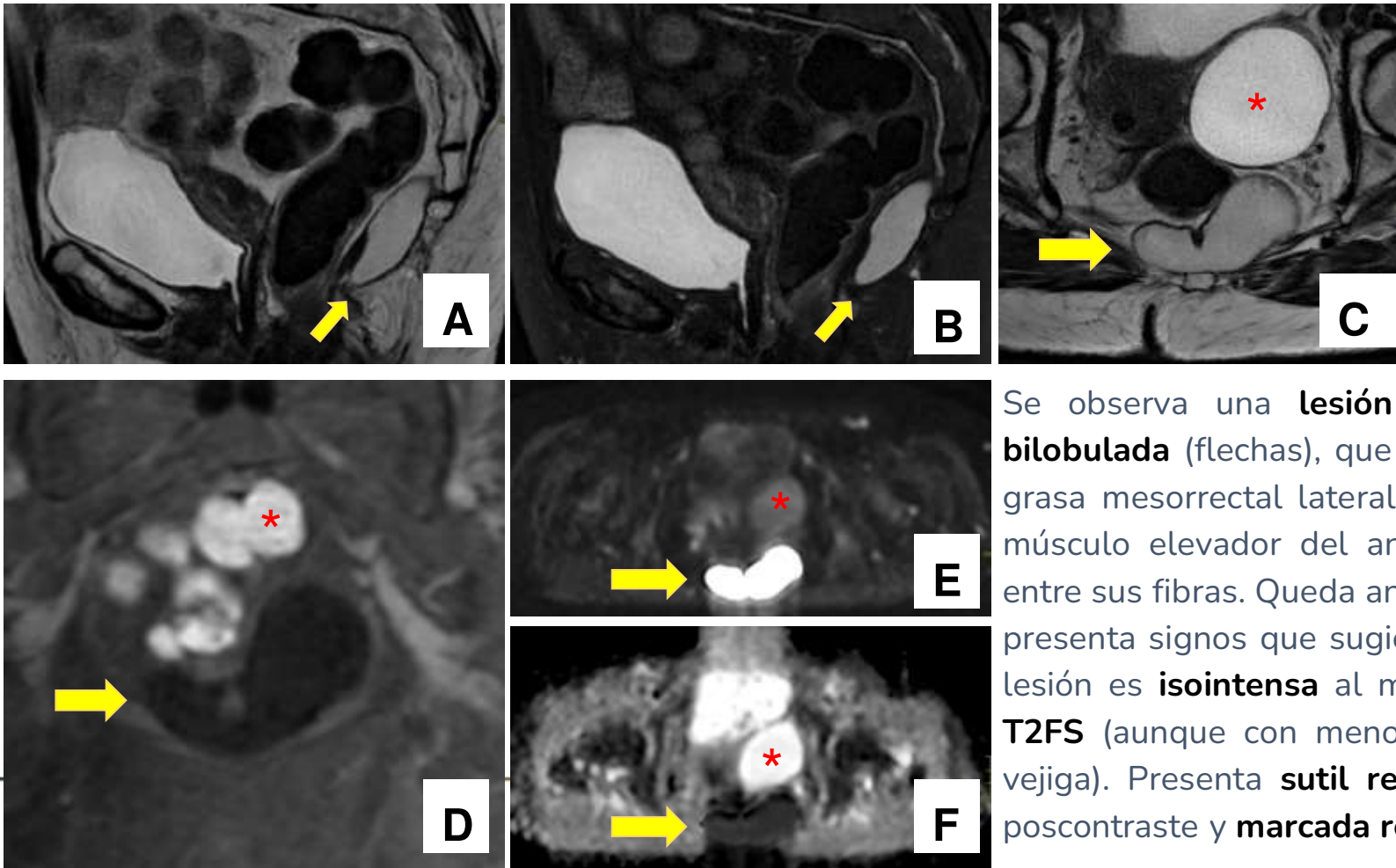


Figura 12. RM de recto: corte sagital (A) potenciado en T2, sagital T2 FS (B), axial T2 (C), axial **poscontraste** (D) y axiales **DWI/ADC** (E y F) en paciente con lesión quística parautetina izquierda (asterisco) en seguimiento.

Se observa una **lesión quística retrorrectal unilocular y bilobulada** (flechas), que rodea al recto y se extiende hacia la grasa mesorrectal lateralmente. Inferiormente contacta con el músculo elevador del ano y en alguna zona parece situado entre sus fibras. Queda anterior al cóccix y posterior al recto. No presenta signos que sugieran infiltración de la pared rectal. La lesión es **isointensa** al músculo en **T1**, **hiperintensa** en **T2** y **T2FS** (aunque con menor intensidad que el contenido de la vejiga). Presenta **sutil realce de la fina pared** en el estudio poscontraste y **marcada restricción a la difusión**.

Lesiones quísticas rectales y perirrectales

Teratoma presacro

Tumor **congénito** que se origina a partir de **células germinales pluripotenciales** de múltiples capas. Se suele diagnosticar en el periodo perinatal. Predominio **femenino**. Es benigno al nacimiento pero **puede malignizar**.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- **Masa heterogénea** bien delimitada de tamaño variable
- Tiene componente **graso** (hiperintenso en T1 con supresión grasa), **quístico** (hiperintenso en T2) y **sólido** (realce tras el contraste)
- Puede tener **septos internos y hemorragia** (señal variable en T1 y T2)
- Puede presentar **calcificaciones**

Lesiones congénitas o del desarrollo

Teratoma presacro

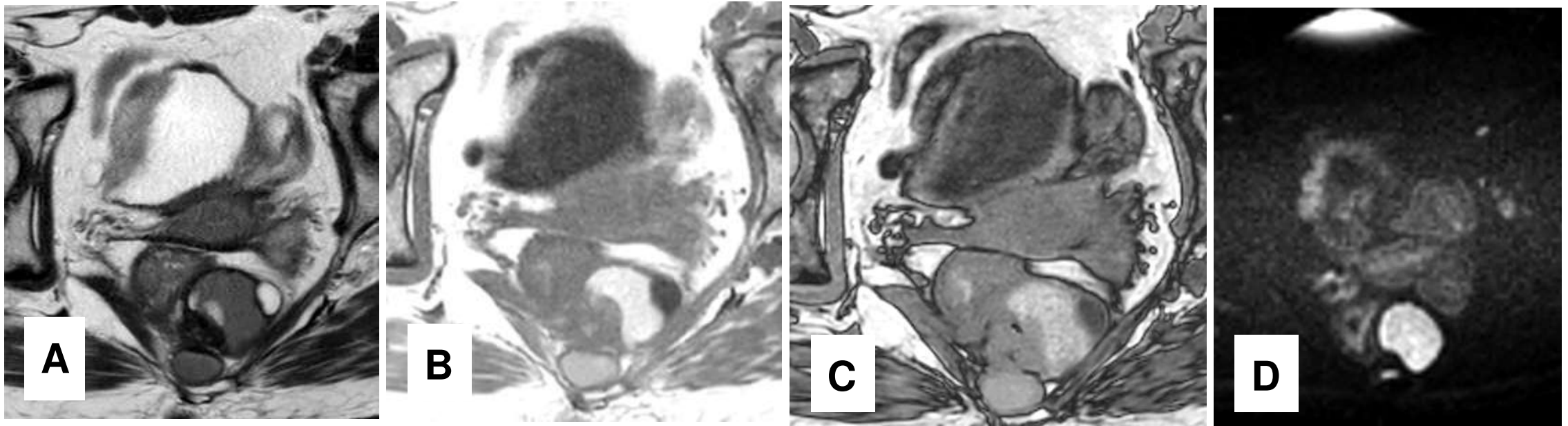


Figura 13. RM de recto: cortes axiales (A) potenciados en T2, en T1 fase (B), en T1 fuera de fase (C) y en DWI (D) en paciente con sospecha de endometriosis. Se observa una **masa heterogénea y bien delimitada** en la fosa isquiorrectal izquierda. Tiene **componente quístico** (heterogéneo en T1 y T2), zonas con restricción de la difusión) y contenido **graso** (cae la señal en la secuencia fuera de fase). Tras la resección quirúrgica el estudio anatomopatológico confirmó **teratoma presacro**.

Lesiones quísticas rectales y perirrectales

Hamartoma quístico retrorrectal

Lesión benigna congénita formada por **crecimiento desorganizado de tejido maduro epitelial, glandular y mesenquimal**. Predomina en **adultos jóvenes y mujeres**. Tienen contenido quístico.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Masa **bien delimitada** uni o multilocular
- **Pared fina**, sin realces significativo
- **T1 iso o hipointenso**, a veces heterogéneo
- **T2 hiperintenso**, generalmente heterogénea

Lesiones quísticas rectales y perirrectales

Hamartoma quístico retrorrectal

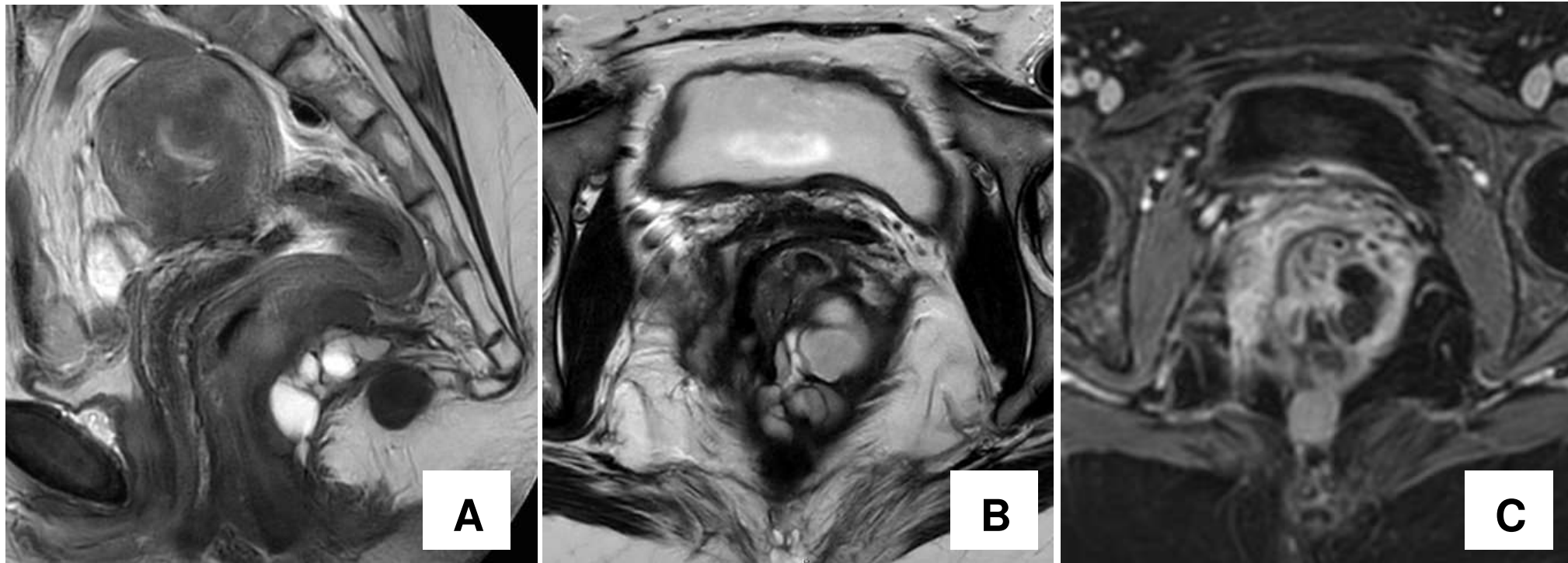


Figura 14. RM de recto: corte sagital (A) y axial (B) potenciados en T2 y axial poscontraste (C) en paciente con lesión quística presacra en seguimiento. Se observa verticalización del sacro, alteración de la grasa presacra y una **lesión quística polilobulada presacra** en contacto con la pared posterolateral izquierda del recto medio, **sin contenido graso, sin restricción de difusión ni realce, con marcada hipointensidad en su periferia con realce en fases tardías de aspecto fibrótico**. Lesión compatible con **hamartoma quístico retrorrectal**.

Lesiones quísticas rectales y perirrectales

Colitis quística profunda

Entidad benigna. Presencia de **epitelio glandular en la submucosa o muscular propia** del intestino grueso (formación de **quistes mucinosos**). Es secundario a microtraumatismos e inflamación crónica de la mucosa. Es **muy rara**, no tiene claro predominio y es más frecuente en el colon distal.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- **Múltiples quistes intramurales** con contenido mucinoso en la pared del rectosigma: lesión nodular submucosa con quistes
- **T1 hipointenso**
- **T2 muy hiperintenso (mucina)**
- No invade pared colónica ni mesorrecto
- Ausencia de adenopatías

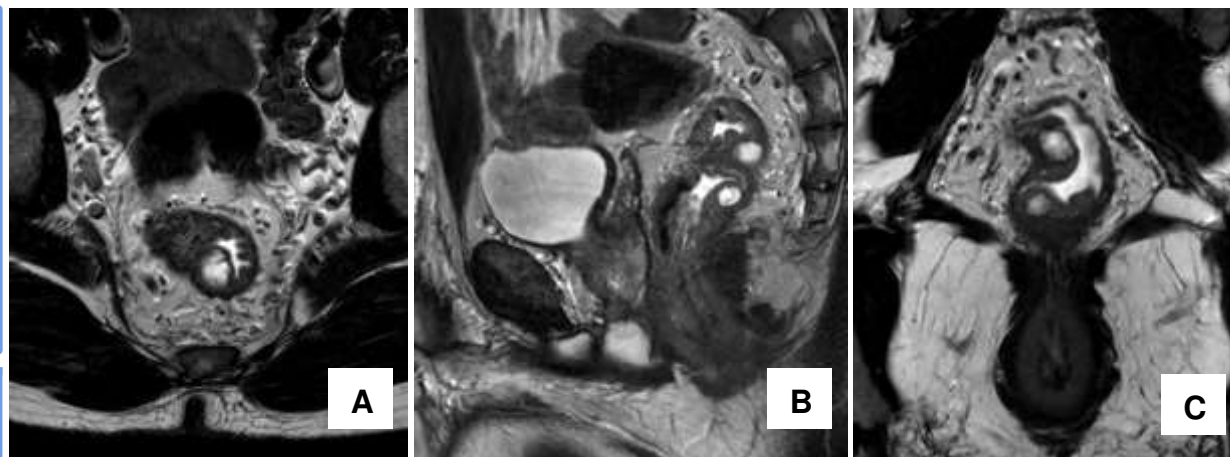


Figura 15. RM de recto: corte axial (A), sagital (B) y coronal oblicuo (C) en secuencias potenciadas en **T2**, en un paciente con sospecha de neoplasia rectal. Se observan en la **submucosa** del recto varias **lesiones quísticas bien definidas** intramurales que miden 15 y 10 mm, situadas respectivamente a 8 y 10 cm de la línea pectínea. En su interior se observan **pequeñas membranas o septos finos**. **No presentan invasión extramural** ni otros signos de agresividad. Presentan difusión facilitada. No se observan adenopatías. La biopsia dio resultado de **colitis quística profunda**.

Lesiones pseudotumorales

Pseudotumor perineal benigno (nódulo del ciclista)

Lesión **fibrótica** secundaria a **microtraumatismos** de **repetición** en el área perineal. Predominio **masculino** y en **ciclistas** o **jinetes**. Se presenta como una **masa de crecimiento lento** (dolorosa o asintomática, ubicada cerca de la **tuberosidad isquiática**). Histológicamente, es **tejido colagenoso** rico en **fibroblastos** con **degeneración mixoide** y formación de **pseudoquistes**.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- **Masa mal delimitada** en **tejido celular subcutáneo** perineal en **región inferomedial** respecto a la **tuberosidad isquiática**
- **T1 y T2 hipointensa**
- Puede asociar **edema** en **tejidos blandos** **adyacentes**

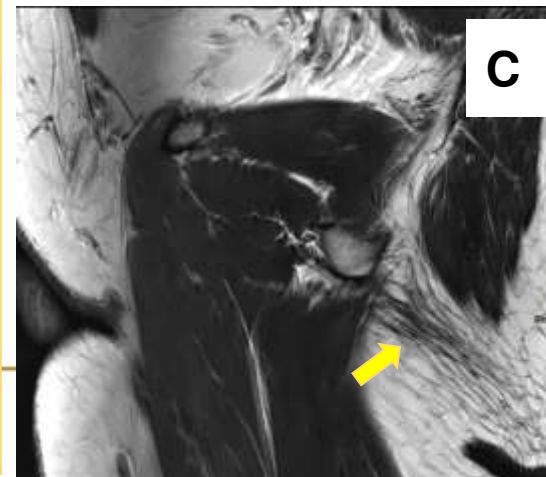
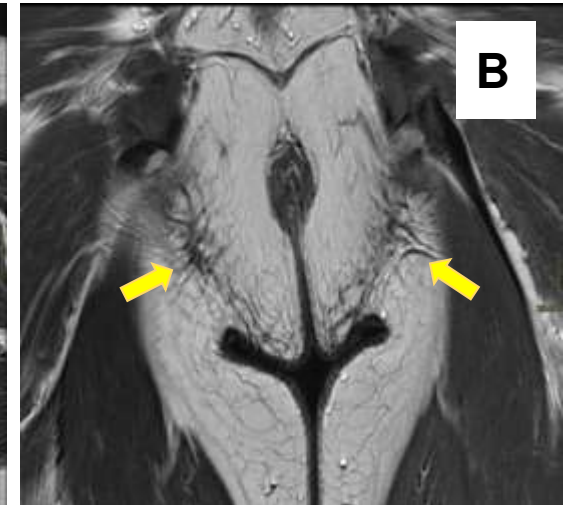
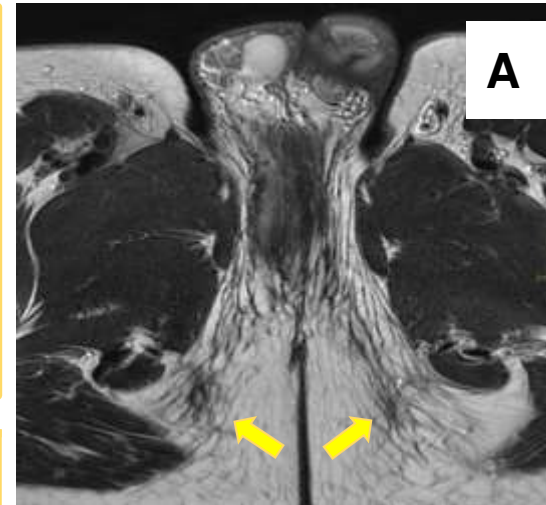


Figura 16. RM de recto: corte axial (A), coronal (B) y sagital potenciados en **T2** (C). Se observa infiltración del **tejido celular subcutáneo** (con alguna zona de aspecto más nodular) del **periné** por **bandas hipointensas** en **T1 y T2** que sugieren **fibrosis**.

Lesiones pseudotumorales

Endometriosis rectal profunda

Tejido endometrial ectópico en la pared rectal. Suele afectar a la **cara anterior del tercio superior del recto**. Principalmente se afecta la **serosa y la muscular** pero puede llegar hasta la mucosa.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Masa/nódulo frecuentemente en la pared anterior del recto que infiltra la pared
- T2 hipointensa (reacción fibrosa) y focos hiperintensos (glándulas)
- T1 focos hiperintensos si hemorragia
- Posibles **adherencias** con la pared posterior del útero
- Posible retracción y distorsión de la **pared del recto** con forma de champiñón.

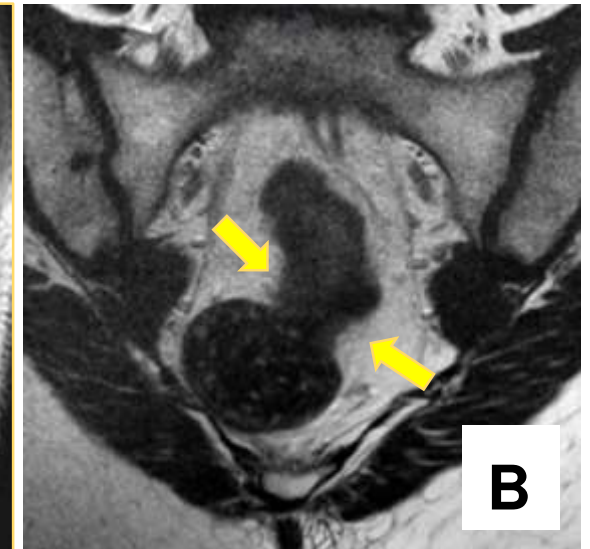
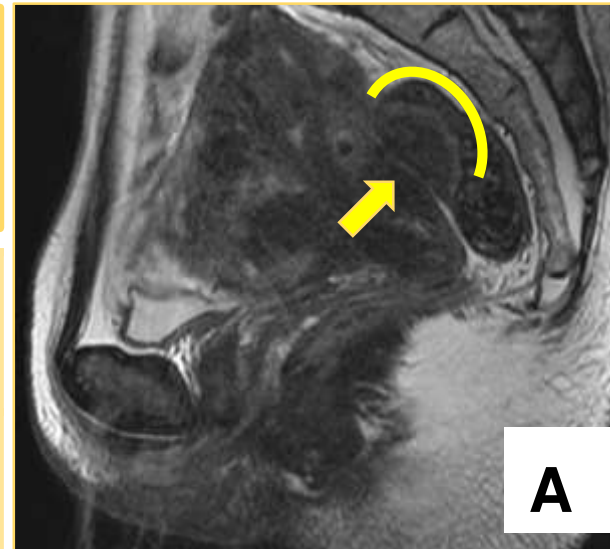


Figura 17. RM de recto corte sagital (A), axial (B) potenciados en T2 y de endoscopia (C), en una paciente con sospecha de neoplasia rectal. Se observa en el receso posterior de la pelvis **signos** de afectación por **endometriosis profunda** en el tercio superior rectal donde se visualiza una **lesión de 2,5 cm con forma de champiñón**.

Lesiones inflamatorias o infecciosas

Sinus pilonidal

Reacción inflamatoria crónica secundaria a una cavidad o tracto subcutáneo que contiene detritos queratínicos y folículos pilosos. Es característica su localización en la línea media. Predominio masculino y en jóvenes.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Lesión subcutánea en región sacrococcígea que puede asociar un trayecto
- Engrosamiento/edema de tejidos blandos
- T1 hipointenso
- T2 tracto hiperintenso
- Si se infecta realza su pared en el estudio postcontraste

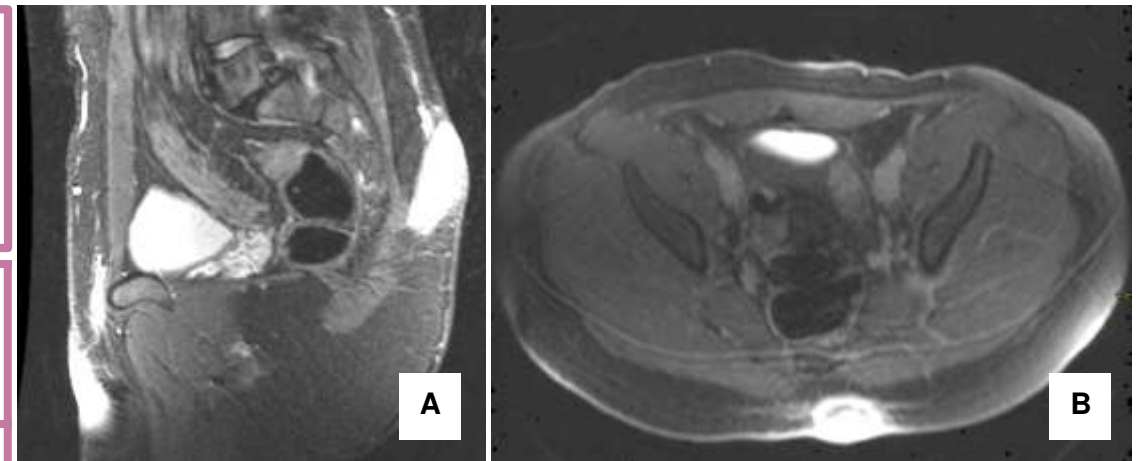


Figura 18. RM de recto: corte sagital potenciado en T2 STIR (A) y axial poscontraste (B) en paciente con bulto doloroso en parte baja de la espalda. Se observa una **colección alargada en la línea media** de la región posterior del sacro que comunica con la piel. Tiene **realce precoz poscontraste**. Hallazgo compatible con **sinus pilonidal infectado**.

Lesiones inflamatorias o infecciosas

Hidrosadenitis supurativa

Trastorno inflamatorio crónico del folículo piloso. Asocia formación de abscesos, nódulos y fístulas. Predomina en **varones jóvenes** cuando se localiza en área perineal.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DIFERENCIADORES

- Engrosamiento cutáneo y subcutáneo
- Nódulos inflamatorios: **hipointensos** en T1 e **hiperintensos** en T2
- Abscesos: **colección líquida** con **realce periférico** tras contraste intravenoso
- Trayectos fistulosos: **estructura lineal hiperintensa** en T2 que **realza** en estudios poscontraste

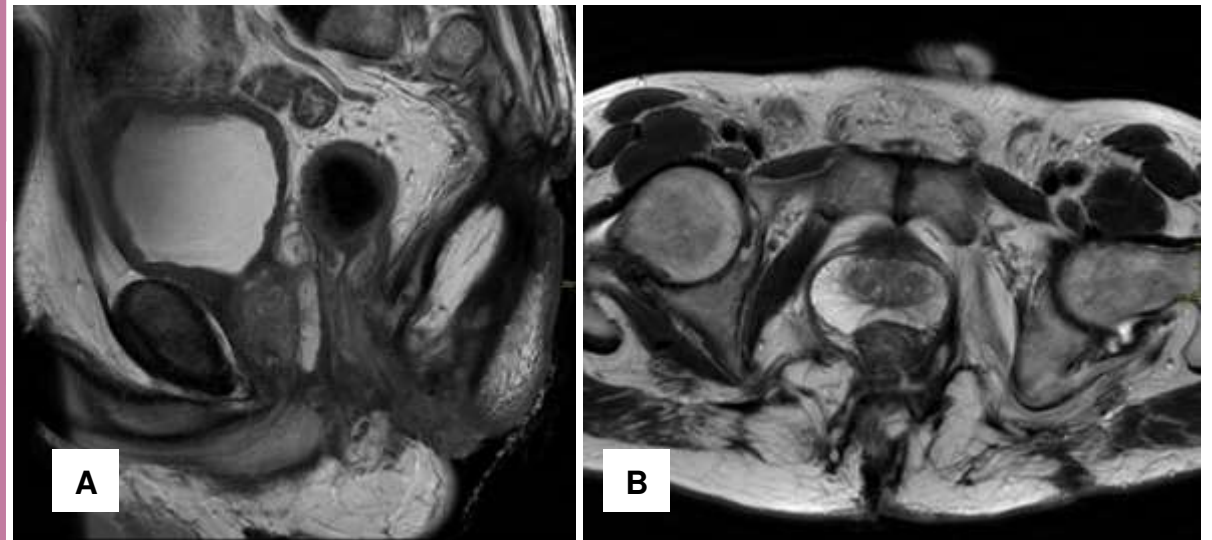


Figura 19. RM de recto: corte sagital (A) y axial (B) potenciados en T2 en paciente con fístulas conocidas. Desde el canal anal y por detrás del recto se ven **múltiples trayectos fistulosos** con orificios cutáneos múltiples, marcados signos inflamatorios con aumento de señal en T2, captación aumentada de contraste y contenido líquido.

Conclusiones

- En la región rectal y perirrectal pueden asentar tumores y lesiones pseudotumorales poco frecuentes y de orígenes variados. Estas lesiones pueden detectarse de forma incidental en estudios de RM de la pelvis, realizados por otra indicación
 - Conocer la localización y semiología radiológica de estas lesiones infrecuentes es importante para ayudar a un diagnóstico correcto
-

Referencias

1. Kim JH, Lee JS, Kim AY, Park SH, Kim HJ, Jang JK. Perirectal Cystic Lesions - Comprehensive CT and MRI Findings. **iMRI**. 2019;23(4):283-295. doi: 10.13104/imri.2019.23.4.283.
 2. Myatt RW, Orosz Z, Teh J, Issa F, Gibbons CLM. Benign Perineal Pseudotumor from Repetitive Microtrauma Associated with Saddle Sports: A Report and Guidelines for Management. **Ann Plast Reconstr Surg**. 2020;4(4):1066.
 3. Patel N, Maturen KE, Kaza RK, Gandikota G, Al-Hawary MM, Wasnik AP. Imaging of presacral masses—a multidisciplinary approach. **Br J Radiol**. 2016;89(1060):20150698. doi: 10.1259/bjr.20150698.
 4. Faria SC, Elsherif SB, Sagebiel T, Cox V, Rao B, Lall C, et al. Ischiorectal fossa: benign and malignant neoplasms of this “ignored” radiological anatomical space. **Abdom Radiol (NY)**. 2019;44(5):1644–1674. doi: 10.1007/s00261-019-01930-7.
 5. Surabhi VR, Menias CO, Amer AM, Elshikh M, Katabathina VS, Hara AK, et al. Tumors and Tumorlike Conditions of the Anal Canal and Perianal Region: MR Imaging Findings. **RadioGraphics**. 2016;36(5):1339–1353. doi: 10.1148/rg.2016150209.
-