



## Tumor epidermoide moderadamente diferenciado asociado con quiste pilonidal

### RESUMEN

**Antecedentes:** la degeneración maligna es una complicación rara, observada principalmente en enfermedad pilonidal crónica recurrente y se asocia con muy mal pronóstico. En la bibliografía mundial se encuentra como una entidad poco frecuente. En España se revisaron 367 pacientes afectados de quiste pilonidal, simple o complicado. Entre ellos se encontraron tres casos (0.81%) de carcinoma epidermoide con quiste pilonidal.

**Caso clínico:** paciente masculino de 60 años de edad, con cuadro clínico de 50 años de evolución de un tumor sacro. Luego de la exéresis el reporte histopatológico fue de quiste pilonidal; la evolución fue tórpida en la cicatrización, con bordes necróticos que se resecaron y el reporte fue: carcinoma epidermoide.

**Conclusión:** el carcinoma epidermoide de sinus pilonidal es una enfermedad infrecuente asociada con muy mal pronóstico.

**Palabras clave:** sinus pilonidal, carcinoma escamoso.

## Moderately differentiated squamous cell carcinoma associated pilonidal cyst

### ABSTRACT

**Background:** Malignant degeneration of pilonidal sinus is a rare complication observed mainly in recurrent chronic cases of the disease, associated to a very bad prognosis. In the world's literature we find it like an infrequent entity. In Spain had reviewed 367 patients with simple and complicated pilonidal cysts. We found three cases (0.81%) of epidermoid carcinoma.

**Clinical case:** Men's 60 years of age, with clinical picture of 50 years of evolution with the presence of sacral tumor, is resection and histopathological reporting of pilonidal cyst; taking evolution at healing, with necrotic edges; resection of these will decide and report is squamous cell carcinoma.

**Conclusions:** Pilonidal sinus epidermoid carcinoma is an infrequent disease predicting for very poor outcome.

**Key words:** Pilonidal sinus, epidermoid carcinoma.

Irma Cruz-Mendoza<sup>1</sup>  
Bernal Hernández-Jesús<sup>1</sup>  
Eva López-Pérez<sup>2</sup>  
Ada Elisa Flores-Cobos<sup>3</sup>  
Francisco García-Rodríguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Cirugía General

<sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica

<sup>3</sup> Servicio de Radiología

<sup>4</sup> Servicio de Oncología

Hospital Juárez de México.

Recibido: 17 de abril 2013

Aceptado: 12 de septiembre 2013

### Correspondencia

Dra. Irma Cruz Mendoza.  
Hospital Juárez de México.  
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160  
07760 México DF  
Tel.: 57458242  
cumij@prodigy.net.mx

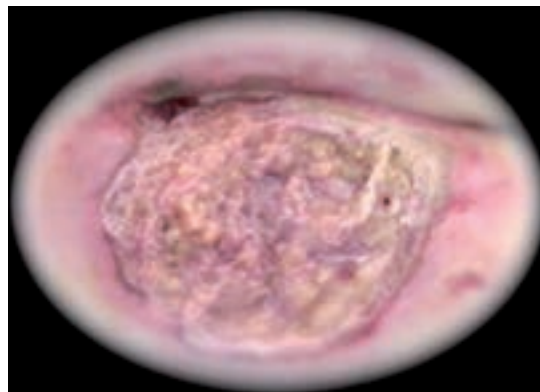
## ANTECEDENTES

El sinus pilonidal es una enfermedad muy común, especialmente en hombres, que con frecuencia se complica por procesos infecciosos locales. Suele situarse en el área sacro-coccígea y en la cicatriz umbilical, axila, planta del pie, pene, clítoris y en el canal anal. La controversia continúa acerca de si estos quistes pilonidales son congénitos o adquiridos. Los casos asintomáticos suelen tratarse en forma conservadora y los sintomáticos se extirpan quirúrgicamente; a pesar de la técnica utilizada hay una tasa alta de recidiva después de la operación. La degeneración maligna es una complicación rara observada principalmente en caso de enfermedad crónica recurrente; se asocia con muy mal pronóstico en comparación con las neoplasias cutáneas de la misma naturaleza. Su tasa de recidiva luego del tratamiento quirúrgico es alta. Hasta ahora, en la bibliografía internacional sólo se han publicado 62 casos.<sup>1</sup>

Se aporta un nuevo caso tratado en el servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 60 años de edad, con cuadro clínico de 50 años de evolución de un tumor en la región sacra de aproximadamente de 3 cm de diámetro (Figura 1). En los últimos cinco años el paciente observó aumento de volumen del tumor y crecimiento hacia el lado derecho del sacro; esto fue lento y sin síntomas. En los últimos seis meses el paciente advirtió que el crecimiento del tumor era más rápido; por eso acudió a la consulta médica. Con los datos clínicos mencionados se diagnosticó un quiste pilonidal. Se operó con exéresis y marzupialización, con márgenes de aproximadamente 1 cm del quiste pilonidal. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reportó: quiste pilonidal.



**Figura 1.** Lesión en la región sacra observada a la hora del internamiento en Urgencias del Hospital Juárez de México.

A los ocho días el paciente acudió a revisión, con salida abundante de material seroso por la herida quirúrgica; el médico sólo le indicó curaciones tres veces al día.

En los siguientes 15 días a la intervención quirúrgica el paciente continuó con salida de material seropurulento, sin una cicatrización adecuada de la herida; se agregó al cuadro clínico aumento de la temperatura corporal a 38° C, otros tumores de aproximadamente 2 y 3 cm en torno de la herida quirúrgica.

El paciente acudió al Hospital Juárez de México al servicio de Urgencias, por persistir con secreción seropurulenta en la herida quirúrgica, dolorosa, aumento de temperatura corporal de tipo vespertina de 38° C, y con pérdida de peso de aproximadamente 5 kg en un mes, sin otros datos clínicos.

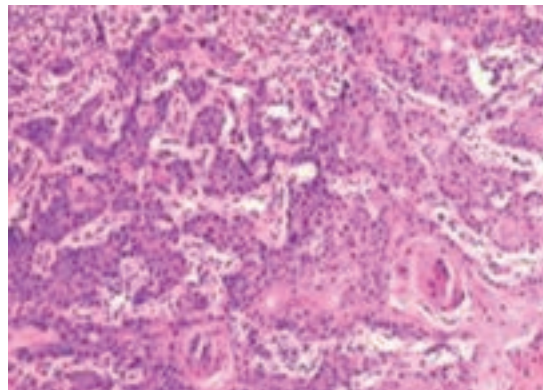
En la exploración física se encontró consciente, tranquilo, con mucosas regularmente hidratadas, sin afecciones cardiopulmonares, abdomen sin hepatoesplenomegalia; en la región inguinal izquierda se palpó un ganglio aumentado de

tamaño, de aproximadamente 2.5 cm, no doloroso, y con herida quirúrgica en la región sacra, de aproximadamente 10 × 8 cm, de bordes irregulares. La fascia del hueso sacro se observó con necrosis y salida de material hematopurulento abundante. El resto de la exploración física transcurrió sin datos patológicos.

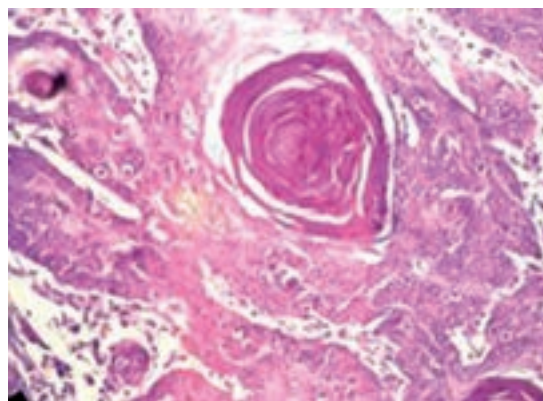
Los médicos del servicio de Cirugía General valoraron al paciente y observaron salida abundante de material hematopurulento y necrosis de los tejidos de la herida quirúrgica. Por esto decidieron tratarlo quirúrgicamente con exéresis del tejido necrótico y de cuatro lesiones de aproximadamente entre 2 y 3 cm de diámetro, que se encontraron en el borde de la herida quirúrgica. Se resecaron aproximadamente 15 × 10 cm de tejido necrótico alrededor de la herida, hasta dejar tejido en apariencia sano y la herida abierta con la finalidad de que la cicatrización fuera por segunda intención (Figuras 2) El reporte histopatológico emitido del tejido resecaado que se envió al servicio de Patología fue de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (Figuras 3 y 4).



**Figura 2.** Lesión en la región sacra posterior a la resección de tejido necrótico.



**Figura 3.** Imagen histológica que muestra un carcinoma escamoso (epidermoide) moderadamente diferenciado, invasor, constituido por células con pleomorfismo nuclear y numerosas mitosis. El tumor se dispone en cordones y nidos sólidos con formación de perlas córneas, rodeadas por reacción desmoplásica del corion.

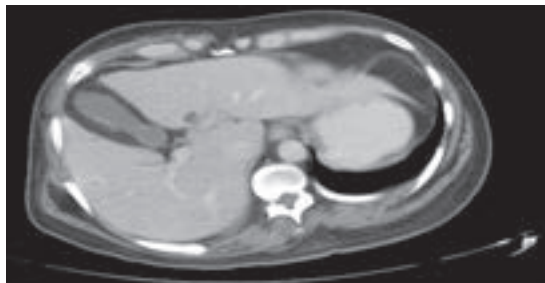


**Figura 4.** Microscopia que muestra, a mayor detalle, la imagen del carcinoma escamoso, constituido por células con pleomorfismo nuclear y numerosas mitosis. El tumor se dispone en cordones y nidos sólidos con formación de perlas córneas, rodeadas por reacción desmoplásica del corion.

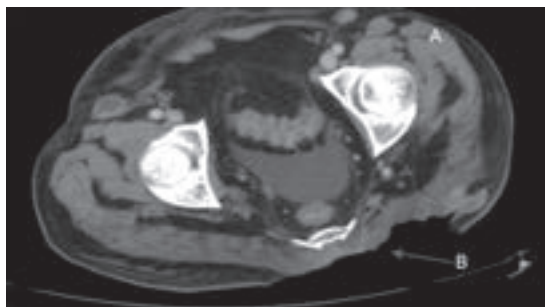
El paciente evolucionó adecuadamente con curación de la herida quirúrgica. La tomografía axial computada tóraco-abdominal, simple y contrastada, para valorar metástasis reportó:

metástasis pulmonares mediastinales, hepáticas e inguinales del lado izquierdo (Figura 5 y 6).

Con los resultados histopatológicos y de la tomografía computada, se revisó al paciente conjuntamente con médicos del servicio de Oncología. La herida quirúrgica se observó limpia, con salida escasa de material seroso, fascia presacra expuesta, y borde de herida en la parte inferior con cercanía a la región perianal. Se decidió realizar una colostomía para iniciar el tratamiento con radioterapia. Éste tuvo una respuesta adecuada, con disminución del tamaño de la lesión a nivel de la región sacra. A pesar de



**Figura 5.** Imagen tomográfica en la que se identifican metástasis hepáticas.



**Figura 6.** Imagen tomográfica en la que se identifican ganglios inguinales en el lado izquierdo (A) con lesión tumoral en la región sacra (B).

esto la evolución fue tórpida y el paciente falleció a los ocho meses posteriores al tratamiento.

## DISCUSIÓN

La degeneración maligna ocurre en aproximadamente 0.1% de los pacientes con enfermedad pilonidal de evolución crónica no tratada o recidivante.<sup>2</sup> Se cree que es causada por la liberación de radicales libres de oxígeno por células activadas, que inducen la transformación neoplásica por alteraciones genéticas inducidas por los mismos. Además, el mecanismo normal de la reparación del ADN se daña con la inflamación crónica y predispone a la degeneración maligna. De acuerdo con Davis y sus colaboradores, el primer caso lo describió Wolff en 1900, y hasta ahora la bibliografía registra 62 casos.<sup>1,3</sup> A lo hasta ahora publicado se agrega nuestro caso que se confirmó mediante examen y biopsia de úlceras crónicas con márgenes friables y necróticos, aunque también pueden ocurrir como hallazgo en el examen histológico de un sinus pilonidal extirpado.

Las lesiones son generalmente grandes y con frecuencia miden más de 5 cm de diámetro.<sup>4</sup> En la mayor parte de los casos las lesiones malignas son profundas e invaden al tejido subcutáneo. El tejido óseo está afectado en 8% de casos.<sup>4</sup> Muy pocas veces el diagnóstico se establece luego de la aspiración con aguja fina de un ganglio inguinal metastásico; para excluir la extensión al recto puede ser necesaria la rectoscopia. La tomografía axial computada y o la resonancia magnética tienen indicaciones para demostrar la extensión local y para excluir metástasis intraabdominales, así como la extensión a los ganglios ilíacos y paraaórticos.<sup>2,5</sup> El tratamiento de elección debe ser quirúrgico, con eliminación en bloque, que puede presentar enormes dificultades porque el tumor es capaz de extenderse por los trayectos fistulosos en amplias áreas de las regiones sacro-coccígea y perineal; esto



significa que la exéresis debe incluir, por lo menos, la fascia presacra, pero a menudo también porciones del sacro, cóccix y recto. El cierre del defecto que resulta puede realizarse con injertos libres o plastias tipo L-L-L (lambeau en L pour losange), o utilizando el glúteo o el recto interno gracilis.<sup>2,4,6</sup> En algunos casos el uso de estas es imposible por lo que hay que dejar cicatrizar por segunda intención el defecto resultante o utilizar técnicas más complejas, como plastias miocutáneas del recto anterior del abdomen u omentoplastia seguidas por injertos cutáneos.<sup>7</sup> En un caso publicado no fue posible cubrir el defecto. La recidiva local tras la cirugía es frecuente (44%) y la enfermedad recurrente sucede tempranamente. La combinación de la cirugía radical con radioterapia post o preoperatoria temprana parece reducir la recidiva (30%). En nuestro caso se realizó colostomía porque las lesiones se extendieron casi a la región perianal, por lo que ameritó tratamiento con radioterapia.

Se carece de datos de la secuencia preferible de cirugía y radioterapia, aunque se prefiere la radioterapia preoperatoria porque evita riesgos en la viabilidad de los injertos y plastias. Los resultados de la quimio y radioterapia combinadas son similares a los observados en el carcinoma escamoso anal.<sup>8</sup> Las metástasis linfáticas inguinales son un signo de mal pronóstico y se asocian con tiempos de supervivencia media de sólo siete meses.<sup>7,8</sup> En nuestro paciente que tuvo metástasis linfáticas la supervivencia fue de ocho meses.

Existe controversia respecto a cuál es el tratamiento apropiado para estos tumores y, de acuerdo con algunos autores, puede estar indicada la linfadenectomía regional.<sup>7,8</sup> La quimio-radioterapia o radioterapia se consideran opciones de ventajas no comprobadas. Otros autores sugieren que para el tratamiento del cáncer anal de células escamosas se recomienda la linfadenectomía inguinal asociada.<sup>9</sup>

Sin embargo, aunque la quimio y radioterapia sean el tratamiento primario en el cáncer anal localmente avanzado,<sup>10,11</sup> su aplicación en el cáncer de seno pilonidal no está suficientemente comprobada.<sup>4,7</sup> En todos los casos de diagnóstico preoperatorio claro si de cualquier manera el paciente se intervendrá es conveniente asociar una linfadenectomía inguinal. El mapeo linfático con biopsia de ganglio centinela para identificar metástasis precoces no parece práctico. La conducta biológica del carcinoma del seno pilonidal es mucho más agresiva que la del carcinoma escamoso de otras localizaciones. Por lo tanto, el conocimiento de la posibilidad de degeneración maligna en la enfermedad pilonidal es decisivo para el reconocimiento y tratamiento tempranos, y para la mejora subsiguiente del pronóstico. La información adecuada acerca de la extensión locoregional de la enfermedad debe llevar a la planeación del abordaje apropiado y del procedimiento quirúrgico.<sup>11</sup>

## CONCLUSIONES

El diagnóstico del caso aquí reportado se estableció con base en el examen y la biopsia del tejido friable y necrótico. Sin duda que un sinus pilonidal extirpado puede ser un hallazgo histológico. Las lesiones son tumores generalmente grandes y, con frecuencia, de más de 5 cm de diámetro y más de 10 años de evolución. En la gran mayoría de casos las lesiones malignas son profundamente invasivas en el tejido subcutáneo. El tejido óseo está afectado en 8% de los casos.<sup>4</sup> La tomografía computada y la resonancia magnética están indicadas para demostrar la extensión y para excluir metástasis intraabdominales y la infiltración a ganglios linfáticos iliacos o paraaórticos y, sobre todo, los ganglios linfáticos inguinales afectados precozmente.<sup>2,5</sup> El tratamiento con radioterapia y colostomía, en nuestro caso, fue para tener una opción de tratamiento cuando la lesión está muy cercana de la región perianal.<sup>11,12</sup>

## Referencias

1. Eelco de Bree, Zoetmulder FAN, Christodoulakis M, Aleman BMP, Tsiftsis DD. Treatment of Malignancy Arising in Pilonidal Disease. *Ann Surg Oncol* 2001;8:60-64.
2. Val-Bernal JF, Azcarretazábal T, Garijo MF. Pilonidal sinus of the penis. A report of two cases, one of them associated with actinomycosis. *J Cutan Pathol* 1999;26:155-158.
3. Davis KA, Mock CN, Versaci A, Lentricchia P. Malignant degeneration of pilonidal cysts. *Am Surg* 1994;60:200-204.
4. Kulaylat MN, Gong M, Doerr RJ. Multimodality treatment of squamous cell carcinoma complicating pilonidal disease. *Am Surg* 1996;62:922-929.
5. Jeddy TA, Vowles RH, Southam JA. Squamous cell carcinoma in chronic pilonidal disease. *Br J Clin Pract* 1994;48:160-161.
6. Gur E, Neligan PC, Shafir R, Reznick R, Cohen M, Shpitzer T. Squamous cell carcinoma in perineal inflammatory disease. *Ann Plast Surg* 1997;38:653-657.
7. Abboud B, Ingea H. Recurrent squamous-cell carcinoma arising in sacrococcygeal pilonidal sinus tract: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1999;42:525-528.
8. Williamson JD, Silverman JF, Tafra L. Fine-needle aspiration cytology of metastatic squamous-cell carcinoma arising in a pilonidal sinus, with literature review. *Diagn Cytopathol* 1999;20:367-370.
9. Bartelink H, Roelofsens F, Eschwege F, Rouger P, Bousst JF, Gonzalez DG, et al. Concomitant radiotherapy and chemotherapy is superior to radiotherapy in the treatment of locally advanced anal cancer: Results of a phase III randomized trial of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Radiotherapy and Gastrointestinal Cooperative Groups. *J Clin Oncol* 1997;15:2040-2049.
10. Cohen AM, Wong WD. Anal squamous cell cancer nodal metastases: prognostic significance and therapeutic considerations. *Surg Oncol Clin N Am* 1996;5:203-210.
11. Alecha Gil J, Echenique-Elizondo M, Amondarain, Górriz Arias G. Carcinoma epidermoide sobre sinus pilonidal. *Oncología* 2006;29:227-230.
12. I. Alarcón-del Agua. C. Bernardos-García, M. Bustos-Jiménez, I Serrano-Borrero, M. D. Casado-Maestre, F. Docobo-Durantez. Degeneración maligna sobre quiste pilonidal. *Cir Cir* 2011;79:374-378.