



P-095 - DEGENERACIÓN MALIGNA SOBRE SINUS PILONIDAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Sáez Carlin¹, J. Dziakova¹, J.A. Navas², N. Cervantes¹, D. Jiménez-Valladolid¹, J. Cabeza¹, I. Delgado¹ y M.J. Peña Soria¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El quiste pilonidal es una de las entidades quirúrgicas más frecuentes en nuestro medio. A pesar de ser una patología benigna existe un mínimo riesgo de degeneración maligna.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 65 años sin antecedentes personales de interés valorada en las consultas de cirugía por una lesión en región sacrococcígea sugestiva de sinus pilonidal. Tras drenaje y curas de manera continuada, presenta una evolución tórpida, surgiendo en dicha región una masa mamelonada, excrecente, con sangrado al roce, dolorosa a la exploración. Se decide tratamiento quirúrgico realizándose resección en bloque con colgajos de avance (AP: Carcinoma epidermoide ulcerado bien diferenciado). En el postoperatorio presenta infección mantenida de la herida quirúrgica por lo que, sospechando recidiva local, se toman nuevas biopsias que confirman infiltración tumoral y se realiza colostomía de descarga. Debido a la mala evolución, es valorada por el servicio de Oncología. Se realiza estudio de extensión donde se identifica una masa de partes blandas de 6 × 6 × 10 cm, que destruye las vértebras coccígeas en su práctica totalidad atravesando los músculos elevadores del ano y desplazando y comprimiendo la cara posterior de la ampolla rectal. Se decide realizar amputación abdominoperineal, informando la anatomía patológica de carcinoma epidermoide bien diferenciado con infiltración de pared de intestino grueso y metástasis linfoganglionares. La paciente continúa con infección permanente de la herida y mal control analgésico a pesar de valoración por la Unidad del Dolor. Se realiza PET-TAC que muestra importante extensión de la enfermedad con múltiples adenopatías y masas de partes blandas lesiones óseas expansivas hasta la región cervical con micronódulos pulmonares bilaterales. Se inicia tratamiento radioterápico paliativo con mala tolerancia desarrollando edemas y eritema cervical y faríngeo, disfagia a sólidos. Tras el claro empeoramiento de la paciente se decide traslado a Cuidados Paliativos donde fallece 8 meses después del diagnóstico inicial de sinus pilonidal.

Discusión: La presentación de los quistes pilonidales es muy variada. Suelen manifestarse clínicamente a partir de los 15-20 años pudiendo ser totalmente asintomáticos, formas abscesos o fístulas. Una forma infrecuente de evolución es la malignización, con una incidencia menor al 1% relacionada con el tiempo de evolución. La degeneración más frecuente, y con peor pronóstico es hacia carcinoma epidermoide con un alto índice de recidiva local (44%) y ganglionar (14%), y producción de metástasis, fundamentalmente óseas, elevado. La mortalidad a los dos años es del 20-30%. El tratamiento es indiscutiblemente quirúrgico, mediante una exéresis en bloque. En afectación anal o rectal se debe realizar una amputación abdominoperineal, como es nuestro caso. El tratamiento adyuvante con quimioterapia presenta resultados poco claros. En cambio, la radioterapia ha demostrado un claro beneficio en el control local, disminuyendo hasta un 30% el índice de recidivas. La incidencia de degeneración sobre sinus pilonidal es muy baja. La aparición de

carcinoma epidermoide tiene relación con el tiempo de evolución, presentando muy mal pronóstico con altas tasas de recurrencia y mortalidad. Por ello es imprescindible un diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico agresivo.