



## Carcinoma epidermoide sobre seno pilonidal

**Sr. Director:**

El seno pilonidal es una enfermedad muy común, especialmente en varones, y a menudo complicado por procesos infecciosos locales. La degeneración maligna es una complicación rara que se observa principalmente en caso de enfermedad crónica y se asocia con un muy mal pronóstico. Su tasa de recidiva tras el tratamiento quirúrgico es alta. Hasta el presente, en la bibliografía internacional sólo se han documentado 59 casos<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un paciente varón de 48 años con una historia de 25 años de seno pilonidal. Se presentó con una lesión en la zona sacrococcígea (fig. 1) evidente en el examen clínico. Se realizó una biopsia escisional diagnóstica, demostrativa de carcinoma epidermoide de bajo grado de malignidad. La tomografía computarizada (TC) demostró afección ósea sacra. Se indicó cirugía y se trató mediante resección en bloque, con resección sacra, con márgenes libres microscópicos y macroscópicos. Se asoció linfadenectomía inguinal bilateral. El defecto fue cerrado mediante una plastia L-L-L. Cuatro meses más tarde, se extirpó una recidiva local de 4 cm de diámetro. Los márgenes quirúrgicos se encontraban otra vez microscópicamente libres del tumor. Se realizó un curso de quimiorradioterapia (5 5 Gy en la combinación con 5-fluorouracilo y leucovorin, en un período de 1 semana). Sin embargo, el paciente falleció de enfermedad metastásica 1 año después.

La degeneración maligna ocurre en aproximadamente el 0,1% de los pacientes con enfermedad pilonidal<sup>2</sup>. Los



Fig. 1. Aspecto clínico.

tumores son generalmente grandes, con frecuencia de más de 5 cm de diámetro<sup>3</sup>. En la gran mayoría de casos, las lesiones malignas son profundamente invasivas en el tejido subcutáneo. El tejido óseo está afectado en un 8%<sup>4</sup>.

La rectoscopia puede ser necesaria para excluir la extensión al recto. La TC o la resonancia magnética tienen indicación para demostrar la extensión local y excluir metástasis intraabdominales, así como la extensión a los ganglios ilíacos y/o paraaórticos<sup>2</sup> y, sobre todo, en la región inguinal, afectada precozmente.

**Jesús Alecha Gil<sup>a</sup>, Miguel Echenique-Elizondo<sup>b</sup>,  
José Antonio Amondarain<sup>a</sup> y Gustavo Górriz Arias<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

<sup>b</sup>Departamento de Cirugía. UD Medicina. Universidad del País Vasco. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

### Bibliografía

1. De Bree E, Zoetmulder FA, Christodoulakis M, Aleman BM, Tsiftsis DD. Treatment of malignancy arising in pilonidal disease. *Ann Surg Oncol.* 2001;8:60-4.
2. Val-Bernal JF, Azcarezabal T, Garijo MF. Pilonidal sinus of the penis. A report of two cases, one of them associated with actinomyco-sis. *J Cutan Pathol.* 1999; 26:155-8.
3. Davis KA, Mock CN, Versaci A, Lentricchia P. Malignant degeneration of pilonidal cysts. *Am Surg.* 1994;60:200-4.
4. Kulaylat MN, Gong M, Doerr RJ. Multimodality treatment of squamous cell carcinoma complicating pilonidal disease. *Am Surg.* 1996;62:922-9.