

Cartas al director



Sinus pilonidal malignizado

Sr. Director:

La enfermedad pilonidal es un trastorno muy común que generalmente afecta a varones jóvenes y a menudo se complica con la aparición de celulitis, abscesos y/o fístulas.

La transformación maligna de un sinus pilonidal es extremadamente rara, con menos de 65 casos descritos en la bibliografía¹. El tratamiento ideal no está establecido por la falta de experiencia en esta infrecuente entidad.

Presentamos un caso de degeneración maligna de un sinus pilonidal y comentamos su diagnóstico y tratamiento.

Un varón de 60 años de edad, con mala higiene personal, acudió a nuestro servicio de urgencias por dolor y supuración en la región interglútea de varios meses de evolución. Como antecedentes personales destacaba una intervención quirúrgica por úlcera duodenal y supuración crónica en la región interglútea, con abscesos de repetición que fueron drenados, evacuándose pelos y pus. El paciente comentaba llevar más de 20 años con este proceso. La exploración física mostró una lesión ulcerada de bordes duros y fondo carnososo de 8 x 8 centímetros de diámetro que surgía del pliegue interglúteo hacia el glúteo izquierdo (fig. 1). El tacto rectal fue normal y los ganglios inguinales no estaban afectados. La analítica no reveló alteraciones significativas. Tanto la radiología de tórax como la tomografía axial computarizada (TC) del abdomen fueron rigurosamente normales. La rectosigmoidoscopia no evidenció ninguna lesión en esa zona. Se practicó una extirpación amplia de la lesión y de la fascia presacra y se eliminaron todos los trayectos fistulosos. El defecto se cerró por primera intención con plastia de rotación del glúteo izquierdo.

La anatomía patológica informó de carcinoma espinocelular bien diferenciado sobre un proceso inflamatorio crónico (fig. 2). El seguimiento no pudo realizarse, ya que el paciente no acudió a las revisiones.

La degeneración maligna de la enfermedad pilonidal ocurre aproximadamente en menos de 0,1% de los sinus². En general afecta a varones, desarrollándose después de un período largo de enfermedad (superior a los 20-25 años)³. La transformación neoplásica parece deberse a una alteración en los mecanismos de reparación del ADN dañado por los radicales libres de las células inflamatorias, en la evolución de un proceso crónico no tratado o mal tratado¹.

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por presentarse en forma de lesiones ulceradas, carnosas, con un tamaño superior a los 5 cm, de bordes friables y necróticos, que en su mayoría invaden el tejido celular subcutáneo y en un 8% afectan al hueso¹. En cerca del 90% de los casos la variante histológica más frecuente es el carcinoma epidermoide, aunque se han descrito otros tipos².



Fig. 1. Lesión ulcerada que surge del pliegue interglúteo y se dirige hacia el glúteo izquierdo.

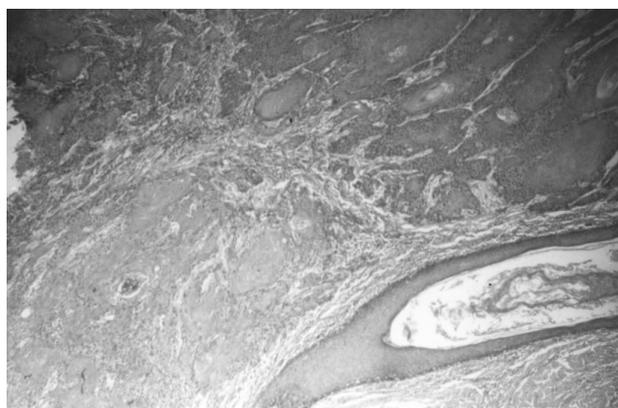


Fig. 2. Carcinoma espinocelular bien diferenciado sobre un proceso inflamatorio crónico.

En la exploración física se debe prestar atención a los ganglios linfáticos inguinales, que en un 14% de los casos se encuentran afectados. El diagnóstico debe completarse mediante rectosigmoidoscopia y pruebas de imagen (TC abdominopélvica, radiografía de tórax y lumbosacra) que valoren la posible presencia de enfermedad locorregional y/o metastásica⁴.

La resección en bloque debe ser el tratamiento de elección, incluyendo siempre la fascia presacra, e incluso en algunas ocasiones el cóccix, el sacro y/o el recto^{1,4}. La reparación del defecto, que a veces es grande, puede hacerse directamente, por segunda intención o con injertos en red o colgajos vascularizados^{2,3}. La extirpación de los ganglios linfáticos inguinales no debe hacerse profilácticamente, pues no aumenta la supervivencia y sí la morbilidad. Sólo se extirparán cuando la afección es sincrónica, lo que es un signo de mal pronóstico, pero cuando es metacrónica la aplicación de radioterapia parece ser lo más aconsejable^{3,5}. Con respecto a la administración de radioterapia y/o quimioterapia, no existe mucha experiencia por los pocos casos existentes. Por lo general, la radioterapia se aplica después de la cirugía, reduciendo la recidiva local⁶, que se sitúa en un 45% de los casos y,

con frecuencia, dentro del primer año, y la radioquimioterapia cuando aparece recidiva local asociada a cirugía nuevamente y en las metástasis². Algunos autores sugieren la utilización de radioquimioterapia neoadyuvante, como se realiza en el carcinoma del canal anal, pero no existe experiencia en ello⁴. Lo que sí se ha podido observar es que la enfermedad es más agresiva que los carcinomas epidermoides de otra localización y cuando se presenta en varones y/o existe afección ganglionar en el momento del diagnóstico. La supervivencia a los 5 años se sitúa en un 55% de los casos².

En conclusión, la enfermedad pilonidal debe ser tratada correctamente desde el principio con puesta a plano o marsupialización cuando aparezcan las primeras complicaciones y se deben realizar biopsias de todo proceso inflamatorio crónico de la región perianal para descartar la existencia de transformación maligna.

Luis Fernando Fernández-García^a, Gerardo Blanco-Fernández^a, Luis Munuera-Romero^a, Ana Campos^b, Javier Grau-Talens^a, Luis María Vinagre-Velasco^a y Francisco Javier Téllez^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. ^bServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.

Bibliografía

1. De Bree E, Zoetmulder FA, Chrisrodoulakis M, Aleman BM, Tsiftsis DD. Treatment of malignancy arising in pilonidal disease. *Ann Surg Oncol* 2001;8:60-4.
2. Atmatzidis K, Pavlidis T, Papaziogas B, Psaralexis K, Papaziogas T. Squamous cell carcinoma arising in a neglected pilonidal sinus. *Int J Colorectal Dis* 2002;17:129-30.
3. 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;42:525-8.
4. Davis KA, Mock CN, Versaci A, Lentricchia P. Malignant degeneration of pilonidal cysts. *Am Surg* 1994;60:200-4.
5. 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;20:367-70.
6. Polo S, Valencia J, Suárez M, Bascon N, Velilla G, Eséo R. Malignización de los sinus pilonidales: tratamiento. *Rev Oncol* 2002;4:331-4.