

CP-21 TÍTULO: CARCINOMA EPIDERMOIDE SOBRE SINUS PILONIDAL

AUTOR/ES: Puga R, Quiñones JE, Arteaga V, Adel F, Ochoa R, Alonso MA, Ramia JM, Morante J, Carlin J, Regojo RM, García-Parreño J.

INTRODUCCIÓN

La degeneración maligna del sinus pilonidal ocurre en el 0,1% de los pacientes que presentan evolución crónica o recidiva. El 80% son histológicamente carcinoma epidermoide. Se han descrito generalmente en sinus mayores de 5 cm. y con mas de 10 años de evolución. El estudio preoperatorio debe incluir rectoscopia, TC, RMN y PET para evaluar la extensión local y regional. Las metástasis ganglionares son un signo de mal pronóstico y cuando existen se asocian a una supervivencia media baja. No hay un claro protocolo terapéutico. La cirugía exéretica es el pilar principal. La linfadenectomía profiláctica no esta indicada, solo debe realizarse si existe afectación ganglionar. La radioterapia parece disminuir el porcentaje de recidiva aunque no esta definido el mejor momento para realizarla y su verdadera utilidad, si bien la RT preoperatoria disminuye la morbilidad de los injertos y las plastias realizados. Presentamos 2 pacientes y debatimos la terapéutica empleada.

CASO 1

Varón, 39 años, sinus pilonidal de 20 años de evolución. Acudió por masa en región sacra. Se realizó biopsia que es informada como sinus sobre carcinoma epidermoide. Se realizó estudio de extensión (rectoscopia, TAC y RMN) que fue negativo. Se practicó exéresis completa de la lesión y cierre por segunda intención. A los 6 meses en RMN inguinal se aprecia adenopatías inguinales derechas (la mayor de 42 mm). Se realizó linfadenectomía inguinal derecha con 3 de 6 ganglios positivos. Valorado por Oncología, decide no tratamiento RT. En las revisiones efectuadas no hay signos de recidiva.

CASO 2

Varón, 38 años, antecedentes de sinus pilonidal en región sacro-coccígea asintomático de 15 años de evolución. Acude a urgencias por infección en zona sacra, se realiza incisión, drenaje y biopsia incisional que es informada como carcinoma epidermoide. Analítica: Normal. TAC abdomino-pélvico: Masa de partes blandas en región sacra de bordes lobulados, adenopatías inguinales bilaterales, la mayor de 17 mm, múltiples adenopatías mesentéricas, interaortocava, lateroaórticas izquierdas e iliacas de aproximadamente de 10 mm. RMN: descarta afectación ósea. Colonoscopia: Presenta pólipo sesil a 10 cm y 15 cm del margen anal. AP: pólipos hiperplásicos. Se realiza punción de ganglios linfáticos que son informados como linfadenopatía reactiva. PET: Masa hipermetabólica a nivel subcutáneo en región sacra con adenopatías patológicas en región inguino-femoral bilateral y territorio de iliaca interna izquierda. Ante estos datos se decide tratamiento con radioterapia preoperatoria y posteriormente según evolución clínica plantear cirugía.

CONCLUSIÓN

El tratamiento del carcinoma sobre sinus es inicialmente quirúrgico con exéresis completa de la lesión incluyendo la fascia presacra. En ocasiones se amplía la resección a sacro, recto, cóccix u otros órganos. El cierre puede ser por segunda intención, injerto libre o plastia con buenos resultados. En los pacientes con afectación ganglionar extensa se puede iniciar el tratamiento mediante RT difiriendo la cirugía a un segundo tiempo o practicar cirugía exeretica y linfadenectomía. La no existencia de grandes series no permite extraer conclusiones claras en la literatura sobre las decisiones terapéuticas mas adecuadas.