

# Carcinoma espinocelular como complicação tardia em doença pilonidal sacrococcígea – relato de caso

## Squamous cell carcinoma as a late complication of sacrococcygeal pilonidal disease – case report

DANIEL FRANCISCO MELLO<sup>1</sup>, LUIZ ANTONIO DEMARIO<sup>2</sup>, AMÉRICO HELENE JUNIOR<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mestrando em Cirurgia pelo Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp) – São Paulo (SP), Brasil. Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica. <sup>2</sup>Médico Assistente do Serviço de Cirurgia Plástica da ISCMSp – São Paulo (SP), Brasil. <sup>3</sup>Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica da ISCMSp – São Paulo (SP), Brasil.

MELLO DF, DEMARIO LA, JUNIOR AH. Carcinoma espinocelular como complicação tardia em doença pilonidal sacrococcígea – relato de caso. *Rev bras Coloproct*, 2011;31(2): 213-216.

**RESUMO:** A malignização é uma ocorrência rara na evolução tardia de cistos pilonidais, tendo sido descrito menos de 70 casos até 2007. Assim como em outras etiologias, a ocorrência de malignidades em feridas crônicas é chamada de úlcera de Marjolin. Normalmente, observa-se a ocorrência de tumores de baixo grau e bem diferenciados, sendo o carcinoma espinocelular o mais frequente. Entretanto trata-se de tumores de comportamento agressivo, com elevado índice de recidivas e metástases linfonodais. Relatamos o caso de um paciente masculino, 41 anos, com cerca de 23 anos de evolução de doença pilonidal sacrococcígea, que evoluiu com malignização para carcinoma espinocelular, submetido a tratamento cirúrgico e radioterápico.

**Palavras-chave:** carcinoma espinocelular; cisto pilonidal; retalho muscular.

### INTRODUÇÃO

A ocorrência de malignização em cistos pilonidais (CP) foi primeiramente descrita por Wolff em 1900. Até 2007 havia 68 casos publicados<sup>1-5</sup>. Em CP, o desenvolvimento de carcinoma espinocelular (CEC) é estimado em 0,02–0,1%, ocorrendo tipicamente em casos crônicos e recorrentes<sup>4,5</sup>.

### RELATO DO CASO

Paciente masculino, 41 anos, com 23 anos de evolução de doença pilonidal sacrococcígea. Relatava múltiplas drenagens de abscessos, além de excisões simples de sinus e fistulas, sem melhora efetiva. Ao exame, apresentava lesão ulcerada com cerca

de 12,0×5,0×4,0 cm, com bordas e base endurecidas, além de presença de placas e exsudato fibrinopurulento (Figura 1). Não havia linfonomegalias em região inguinal. Biópsias incisionais evidenciaram CEC. O estadiamento complementar não evidenciou lesões em tórax, abdome ou regiões inguinais. A ressonância magnética demonstrou lesão ulcerada com intenso realce pelo contraste (gadolínio), halo adjacente de edema, sem coleções (Figuras 2 e 3). A avaliação proctológica (anuscopia e retosigmoidoscopia) não evidenciou alterações. Foi realizada a exérese da lesão com margens laterais de 3 cm, sendo incluídas porções da musculatura glútea na profundidade. Na margem profunda central foi incluída a fáscia pré-sacral e porção superficial do sacro, bem como o osso cóccix. As margens foram submetidas à biópsia de congela-

*Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica, no Departamento de Cirurgia da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.  
Fonte de financiamento: Não há  
Conflito de interesse: nada a declarar*

*Recebido em: 09/12/2010  
Aprovado em: 31/12/2010*



Figura 1. Lesão ulcerada em região sacrococcígea.



Figura 3. Ressonância magnética – corte sagital.

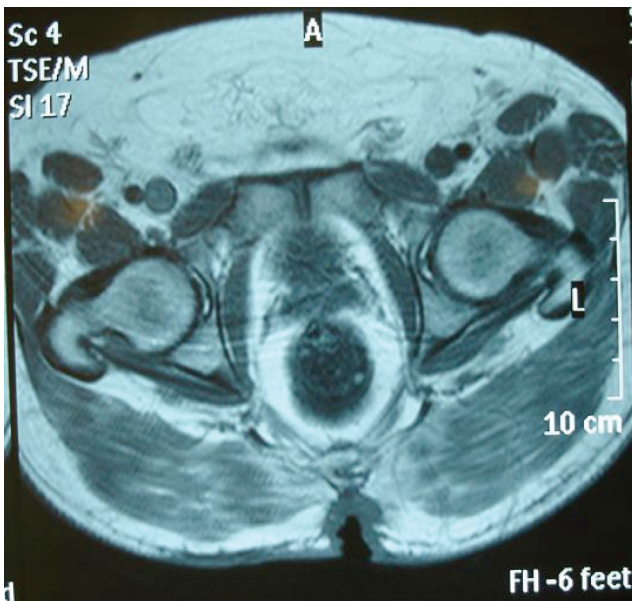


Figura 2. Ressonância magnética – corte axial.

ção intraoperatória, mostrando-se negativas. A reconstrução foi realizada com retalho de avanço do músculo glúteo máximo, com síntese primária da pele (Figuras 4, 5 e 6). Não houve intercorrências pós-operatórias. O exame anatomopatológico demonstrou: CEC, inva-



Figura 4. Peça cirúrgica.





Figura 5. Defeito após ressecção.



Figura 6. Resultado imediato após reconstrução.



Figura 7. Pós-operatório - 12 meses.

sivo, ausência de invasão perineural e angiolinfática, com todas as margens livres. O paciente foi submetido a radioterapia pós-operatória (45 Gy – 10 sessões). No acompanhamento tardio não se evidenciou linfonodomegalias ou evidências de recidiva local até o presente momento - 18 meses de seguimento pós-operatório (Figura 7).

## DISCUSSÃO

O tipo histológico mais frequentemente encontrado nesses casos é o CEC; porém, também podem ocorrer carcinomas basocelulares, sarcomas e melanomas<sup>2,3,4</sup>. Por razões desconhecidas, apesar de serem encontrados na maioria dos casos aspectos histológicos favoráveis (tumores bem diferenciados e de baixo grau), a evolução clínica é desfavorável, com elevada incidência de recidivas e metástases<sup>1,2,3</sup>.

Observa-se que cerca de 80% dos pacientes acometidos são do sexo masculino, a idade média ao diagnóstico de 50 anos e o tempo médio de evolução de 23 anos<sup>3,4</sup>.

Considerando a drenagem linfática para cadeias inguinais, o exame clínico deve ser detalhado, com avaliação por punção aspirativa ou biópsia, se necessário. Um exame proctológico completo, incluindo anoscopia e retossigmoidoscopia, deve ser realizado<sup>2-5</sup>. O estadiamento complementar deve avaliar as regiões torácica, abdominal e inguinal<sup>3,5</sup>.

O tratamento preconizado para os CEC em CP é a exérese em bloco, com margens de 1 a 3 cm<sup>2,4</sup>. A fásia pré-sacral deve ser incluída como margem profunda. Ressecções musculares e ósseas devem ser realizadas, quando necessário<sup>2</sup>. A radioterapia pode ser incluída como complementação ao tratamento, para melhorar o controle local e aumentar a sobrevida. A quimioterapia não tem papel estabelecido nesses casos, pelos resultados inconsistentes apresentados<sup>1,3-5</sup>. Não há indicação para linfadenectomia profilática, sendo indicado a abordagem terapêutica quando houver linfonodos positivos, clínica ou histologicamente, em outro tempo cirúrgico<sup>1-5</sup>.

A reconstrução do defeito pode ser realizada de forma imediata ou retardada, sendo normalmente utilizados retalhos locais de avanço e/ou rotação (musculares, miocutâneos e fasciocutâneos)<sup>4,5</sup>. Também

podem ser utilizadas a enxertia de pele parcial e a cicatrização por segunda intenção, menos indicadas por complicações associadas<sup>3,4,5</sup>. Há relatos da necessidade de ressecções abdominoperineais do reto e ressecções do sacro para tratamento de casos avançados ou recidivados<sup>4</sup>.

As taxas de recidiva local variam de 34-50%, sendo possíveis ressecções secundárias em casos selecionados<sup>2,4,5</sup>. A metástase linfonodal ocorre em cerca de 14% dos casos, com grande impacto na sobrevida (média - 7 meses)<sup>1,2,4</sup>.

## CONCLUSÃO

Considerando-se o risco de malignização, associado a períodos prolongados de cicatrização, deve-se promover o tratamento efetivo e precoce em lesões de risco, como por exemplo o CP.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Dra. Caroline A. P. Souza pelo auxílio e sugestões durante o processo de elaboração e revisão deste texto.

---

**ABSTRACT:** Malignancy occurs ever so rarely on pilonidal cyst late evolution, so much so that less than 70 cases have been described until 2007. As in other etiologies, malignancy in chronic wounds is named Marjolin's ulcer. Generally, the incidence of low grade and differentiated tumors is most frequently noticeable. Squamous cell carcinoma is the most frequent one. However, these are aggressive tumors, with high rates of recurrence and lymph node metastasis. We report the case of a male patient, 41 years-old, about 23 years of sacrococcygeal pilonidal disease evolution, whose has developed malignancy (squamous cell carcinoma), submitted to surgical and radiotherapeutic treatment.

**Keywords:** carcinoma, squamous cell; pilonidal cyst; muscular flap.

---

## REFERÊNCIAS

1. Jeddy TA, Vowles RH, Southam JA. Squamous cell carcinoma in a chronic pilonidal sinus. Br J Clin Practice 1994;48(3):670-2.
2. Davis KA, Mock CN, Versaci A, Lentricchia P. Malignant degeneration of pilonidal cysts. Am Surg 1994;60(3):200-4.
3. Kulaylat MN, Gong M, Doerr RJ. Multimodality treatment of squamous cell carcinoma complicating pilonidal disease. Am Surg 1996;62(11):922-9.
4. Abboud B, Ingea H. Recurrent squamous cell carcinoma arising in a sacrococcygeal pilonidal sinus tract. Dis Colon Rectum 1999;42(4):525-8.
5. Bree E, Zoetmulder FAN, Christodoulakis M, Aleman BMP, Tsiftsis DD. Treatment of malignancy arising in pilonidal disease. Ann Surg Oncol 2001;8(1):60-4.

### Endereço para correspondência:

Daniel Francisco Mello  
Rua Canuto do Val, 88, ap. 183, Vila Buarque  
CEP: 01224-040 – São Paulo (SP), Brasil  
E-mail: mello\_plastica@ig.com.br