

Carcinoma basocelular desarrollado en quiste sacrococcígeo crónico: reporte de caso

Víctor Pino -Poblete¹, Lía Moyano R.¹, Pablo Baeza I.¹

Basal cell carcinoma arising from chronic pilonidal cyst: case report

Introduction: Malignant degeneration of pilonidal disease is an extremely rare complication, estimated at 0.17% of cases, with squamous cell carcinoma representing 94.6% of malignant transformations. Basal cell carcinoma (BCC) arising from a pilonidal cyst is an exceptional entity with no published case series.

Objective: To report a case of invasive mixed-type basal cell carcinoma arising from a chronic sacrococcygeal pilonidal cyst. **Case report:** A 61-year-old male with chronic sacrococcygeal pilonidal cyst underwent complete surgical resection with bilateral VY flap reconstruction. Biopsy revealed an invasive mixed-type BCC, nodular, nodule-cystic and adenoid patterns, pigmented, arising from the pilonidal cyst wall, with free surgical margins. Staging workup showed no metastatic disease. The patient had a favorable outcome with complete wound healing at one month. **Discussion:** Pilonidal BCC is not represented as an independent entity in published pilonidal carcinoma series, evidencing its exceptional rarity. Diagnosis relies exclusively on histopathological examination. Complete resection with free margins is the treatment of choice.

Key words: basal cell carcinoma; pilonidal sinus; skin neoplasms, sacrococcygeal pilonidal cyst.

¹Hospital Dra. Eloísa Díaz, La Florida. Santiago, Chile.

Recibido el 2026-05-27 y
aceptado para publicación el
2026-07-04

Correspondencia a:
Dr. Víctor Pino Poblete
vmpino@miuandes.cl

E-ISSN 2452-4549



Resumen

Introducción: La degeneración maligna del quiste sacrococcígeo es una complicación extremadamente infrecuente, estimada en 0,17% de los casos, con el carcinoma de células escamosas representando el 94,6% de las transformaciones malignas. El carcinoma basocelular (CBC) desarrollado en un quiste pilonidal constituye una entidad excepcional sin series de casos en la literatura. **Objetivo:** Reportar un caso de carcinoma basocelular invasivo de tipo mixto desarrollado en un quiste sacrococcígeo crónico.

Caso clínico: Paciente masculino de 61 años con quiste sacrococcígeo crónico. Se realizó resección quirúrgica con cobertura mediante colgajo VY bilateral. La biopsia reveló un carcinoma basocelular invasivo de tipo mixto, con patrones nodular, nódulo quístico y adenoide, pigmentado, desarrollado desde la pared del quiste pilonidal, con márgenes quirúrgicos libres. El estudio de extensión descartó enfermedad metastásica. El paciente evolucionó favorablemente con cicatrización completa al mes de seguimiento.

Discusión: El CBC sacrococcígeo no está representado como entidad propia en las series de carcinoma sacrococcígeo publicadas. Su diagnóstico depende exclusivamente del estudio histopatológico. La resección completa con márgenes libres es el tratamiento de elección.

Palabras clave: carcinoma basocelular; seno pilonidal; neoplasias cutáneas; quiste sacrococcígeo.

Introducción

La enfermedad sacrococcígea es una condición adquirida frecuente, con una incidencia de 26 a 100 por 100.000 habitantes, que afecta predominantemente a adultos jóvenes masculinos en la región sacrococcígea¹. Si bien en la mayoría de los casos su manejo quirúrgico ofrece buenos resultados, una

complicación infrecuente pero grave es la transformación maligna.

La degeneración maligna del quiste sacrococcígeo fue descrita por primera vez por Wolff en 1900. La revisión sistemática más completa, publicada por Safadi et al, en 2023, identificó 140 casos reportados hasta 2022, estimando una incidencia de 0,17% de los casos de enfermedad pilonidal crónica, con apro-

ximadamente un caso publicado por año en la literatura mundial². El carcinoma de células escamosas (CCE) es la histología predominante, representando el 94,6% de los casos. Afecta mayoritariamente a hombres (relación 7,75:1), con una edad media de 52-54 años², y tiene un pronóstico reservado: supervivencia específica por enfermedad a 5 años de 59,8% y tasa de recurrencia de 46,6%³.

El carcinoma basocelular (CBC), si bien es el tumor maligno cutáneo más frecuente a nivel global, raramente se presenta en zonas no fotoexpuestas. El CBC en la región perianal y sacrococcígea representa solo el 0,27% de todos los CBC no asociados al síndrome de Gorlin, y su origen específico desde un quiste sacrococcígeo es aún más excepcional⁴. Existen reportes aislados de CBC surgido en quistes epidermoides infundibulares, con los cuales el quiste pilonidal comparte características epiteliales, pero no existen series de casos ni revisiones sistemáticas específicas sobre CBC originado en quistes sacrococcígeos^{5,6}.

El objetivo de este trabajo es reportar un caso de carcinoma basocelular invasivo de tipo mixto desarrollado en un quiste sacrococcígeo crónico, y revisar la literatura disponible sobre esta entidad de extrema rareza.

Caso Clínico

Paciente masculino de 61 años, derivado desde Atención Primaria al equipo de Cirugía Proctológica del Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida por quiste sacrococcígeo crónico de larga data, con episodios recurrentes de inflamación local. Sin antecedentes de inmunosupresión ni de irradiación previa en la zona.

En la evaluación inicial se planificó resección quirúrgica electiva en conjunto con el equipo de Cirugía Plástica, dada la extensión de la lesión y la anticipación de un defecto de cobertura significativo.

Se realizó la intervención bajo anestesia general, en posición decúbito prono tipo navaja sevillana. En el primer tiempo quirúrgico, el equipo de Coloproctología realizó una incisión en losanjo en relación con la lesión, con disección por planos hasta la fascia sacra, logrando la liberación completa de la pieza con preservación de dicha fascia y hemostasia prolija, sin incidentes.

En el segundo tiempo quirúrgico, el equipo de Cirugía Plástica evidenció un defecto de cobertura sacrococcígea de 6,5 × 6 cm, con exposición de tejido subcutáneo. Se procedió al diseño de un colgajo V-Y bilateral de 17 cm, con incisión mediante bistu-

rí frío y disección por planos con electrobisturí hasta la fascia, logrando el avance de ambos colgajos sin tensión hacia la línea media. El cierre se realizó por planos, con material de sutura absorbible y no absorbible, sin incidentes.

El tiempo operatorio total fue de 2 horas y 45 minutos. La pieza quirúrgica fue enviada a estudio histopatológico según protocolo. La evolución postoperatoria fue favorable, con la herida operatoria en buenas condiciones al séptimo día, momento en que se indicó el alta a domicilio con curaciones diarias y reposo relativo progresivo. El paciente completó las curaciones ambulatorias durante un mes, con cicatrización completa de las heridas.

El informe histopatológico reveló un carcinoma basocelular (CBC) invasivo de tipo mixto, con patrones nodular, nódulo-quístico y adenoide pigmentado, desarrollado a partir de la pared del quiste del seno sacrococcígeo. El tamaño tumoral fue de 6 × 4,7 × 3,5 cm, con una profundidad de invasión de 3,5 cm (nivel de Clark V), sin invasión perineural ni linfovascular. Se identificaron células neoplásicas basaloideas con figuras mitóticas, con márgenes quirúrgicos libres de tumor (Figuras 1 a 6).

Completado el diagnóstico, el paciente fue evaluado por el equipo de Oncología. La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis no mostró evidencia de compromiso ganglionar ni metas-



Figura 1. Quiste sacrococcígeo en visión anterior.



Figura 2. Quiste sacrococcígeo en visión lateral.



Figura 3. Lecho operatorio posterior a resección de Quiste sacrococcígeo.



Figura 4. Cierre de defecto quirúrgico con colgajo VY.

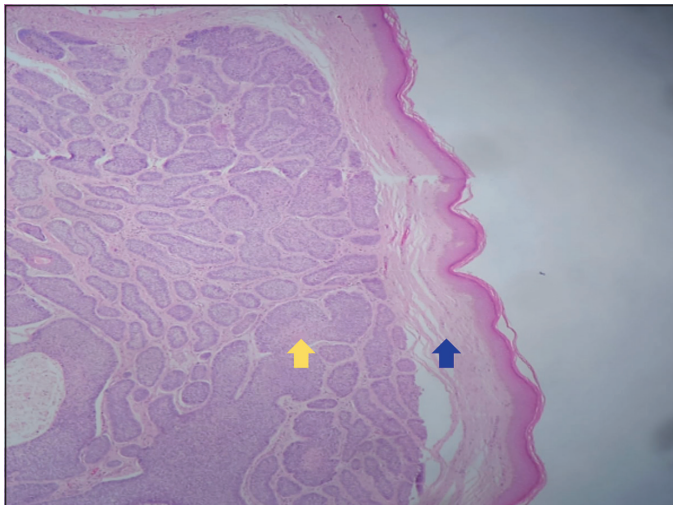


Figura 5. Pared del quiste del seno sacrococcígeo (flecha azul) y desarrollo del carcinoma basocelular invasivo (flecha amarilla). Hematxilina-eosina, 4x.

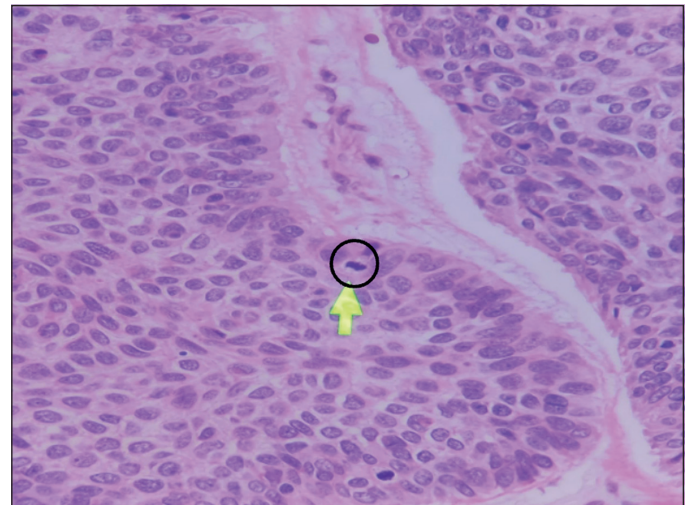


Figura 6. Células neoplásicas del carcinoma basocelular con figuras mitóticas (flecha). Hematxilina-eosina, 40x.

tásico. Con el diagnóstico de CBC completamente resecado y con márgenes libres, se decidió seguimiento estrecho sin terapia adyuvante, con controles clínicos inicialmente mensuales por la herida perineal, para luego continuar cada 6 meses.

Discusión

La enfermedad sacrococcígea crónica puede, en un reducido porcentaje de casos, sufrir transformación maligna. Los mecanismos implicados incluyen inflamación crónica con producción

de radicales libres de oxígeno, alteración de los mecanismos de reparación del ADN y transformación neoplásica del epitelio quístico. La demora diagnóstica es característica de esta condición, con una media de 20-23 años desde el inicio de la enfermedad hasta el diagnóstico de malignidad³.

El CBC sacrococcígeo es extraordinariamente raro. A diferencia del CCE, cuya patogénesis se vincula directamente a mecanismos de inflamación crónica, el CBC típicamente se origina desde la capa basal de la epidermis o de los anexos pilosebáceos y está estrechamente asociado a la exposición ultravioleta crónica en zonas fotoexpuestas⁴. Su presentación en la región

sacroccícea, área no expuesta al sol, sugiere que en este contexto intervienen factores alternativos, como trauma crónico local, inflamación sostenida y edad avanzada del paciente, en lugar de la radiación ultravioleta habitual.

El patrón adenoide es una variante histológica relativamente infrecuente del CBC y su presencia, especialmente en combinación con patrones nodular y nódulo-quístico en un mismo tumor, plantea la necesidad de un diagnóstico diferencial dirigido. Entre las entidades a considerar destacan el carcinoma adenoide quístico y otras neoplasias basaloideas con diferenciación glandular, que pueden compartir arquitectura pseudoglandular con el CBC de patrón adenoide. En nuestro caso, el diagnóstico se sustentó en la evaluación morfológica convencional (hematoxilina-eosina), que identificó células neoplásicas basaloideas con figuras mitóticas, sin realizarse estudio inmunohistoquímico confirmatorio.

El quiste sacroccíceo comparte características epiteliales con los quistes epidermoides infundibulares, y en la literatura existen reportes aislados de CBC surgido en estos últimos^{5,6}. Harada et al (2021), sistematizaron 12 casos en inglés de CBC originado en quiste epidermoide, con solo un caso localizado en la región glútea, destacando la rareza de la localización⁷. En todos los casos publicados, la lesión macroscópica no presentaba características que permitieran sospechar malignidad, siendo el diagnóstico posible solo mediante estudio histopatológico. Esto coincide plenamente con lo observado en nuestro caso, donde la lesión no presentaba signos macroscópicos de alarma. En el contexto más amplio del carcinoma pilonidal, Pyon et al, reportaron un caso de transformación maligna a carcinoma escamoso tras 20 años de enfermedad pilonidal crónica recurrente, con evolución clínica de larga data similar a la de nuestro caso y tratamiento exitoso mediante resección amplia con márgenes libres⁸.

Salih et al (2016), reportaron un caso de CBC que simulaba clínicamente un quiste sacroccíceo⁹. A diferencia de ese caso, el nuestro corresponde a un verdadero CBC surgido desde la pared del quiste sacroccíceo y no a una entidad distinta que simula clínicamente la enfermedad pilonidal. Esta distinción es relevante para la comprensión de los mecanismos patogénicos.

Dado que el CBC en la región sacroccícea, un área no fotoexpuesta, puede en ocasiones asociarse al síndrome de nevo de células basales (síndrome de Gorlin), su exclusión clínica reviste especial relevancia en este contexto, particularmente considerando la edad del paciente. En el presente caso no se realizó una evaluación clínica dirigida a la

búsqueda de estigmas propios del síndrome, lo que constituye una limitación de este reporte. No obstante, se trató de una lesión solitaria en un paciente sin antecedentes familiares conocidos ni hallazgos clínicos sugerentes durante su evaluación multidisciplinaria, lo cual, si bien no reemplaza un tamizaje formal, disminuye la probabilidad de un síndrome subyacente no reconocido. Se recomienda que casos futuros de CBC en localizaciones atípicas incluyan una evaluación clínica dirigida a descartar esta y otras afecciones asociadas.

Respecto al estudio histológico rutinario en enfermedad sacroccícea, la evidencia es contradictoria. Estudios retrospectivos en series amplias no han encontrado casos de malignidad, sugiriendo que el examen rutinario podría no ser costo-efectivo en todos los pacientes^{1,10}. Sin embargo, dada la imposibilidad de sospechar malignidad por la clínica o la macroscopía, y considerando que el grupo de mayor riesgo (mayores de 50 años con enfermedad crónica) es perfectamente identificable, es razonable enviar sistemáticamente la pieza al patólogo en este subgrupo.

El tratamiento del carcinoma sacroccíceo es la escisión amplia con márgenes libres. En nuestro caso, la resección estándar del quiste sacroccíceo fue suficiente para obtener márgenes negativos. A diferencia del CCE pilonidal, donde la radioterapia adyuvante reduce la recurrencia local de 44% a 30%¹⁰, el rol de la terapia adyuvante en el CBC pilonidal es incierto dada la escasez de casos.

El pronóstico del CBC primario con resección completa es favorable, con tasas de curación superiores al 95%⁴, lo que contrasta marcadamente con el CCE pilonidal (sobrevida a 5 años de 59,8%). Estos hallazgos posicionan al CBC pilonidal, en su forma resecable, con un pronóstico considerablemente más favorable que el del CCE en la misma localización.

Conclusión

El carcinoma basocelular originado en un quiste sacroccíceo crónico es una entidad de rareza excepcional, cuyo diagnóstico depende exclusivamente del estudio histopatológico y no puede anticiparse por las características clínicas o macroscópicas de la lesión. La resección completa con márgenes libres, obtenida mediante cirugía estándar, es el tratamiento de elección, por lo que se recomienda enviar sistemáticamente la pieza a estudio anatomopatológico en pacientes mayores de 50 años con enfermedad pilonidal de larga evolución.

Responsabilidades éticas

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Aprobación ética: Se trata de un reporte de caso clínico único. El paciente fue informado y firmó consentimiento informado por escrito para la realización y publicación de este caso clínico, incluyendo el uso de imágenes clínicas e histopatológicas. No se requirió aprobación formal de comité de ética institucional para la publicación de un caso clínico individual con consentimiento informado del paciente.

Uso de inteligencia artificial: En el proceso de redacción y edición del manuscrito se utilizó

inteligencia artificial (Claude, Anthropic) como herramienta de apoyo editorial y ortográfico. Su uso se limitó a corrección de estilo y formato del texto. No tuvo participación en el diseño del estudio, la recolección de datos clínicos o histopatológicos, el análisis ni la interpretación de los resultados.

Declaración de Autoría

Dr. Víctor Pino P.: Conceptualización, metodología, análisis formal, investigación, curación de datos, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición, visualización.

Dra. Lía Moyano R.: Curación de datos, redacción – borrador original

Dr. Pablo Baeza I.: Conceptualización, metodología, validación, redacción – revisión y edición, supervisión.

Bibliografía

1. Gil LA, Deans KJ, Minneci PC. Management of pilonidal disease: a review. *JAMA Surg.* 2023;158(8):875-83. doi: 10.1001/jamasurg.2023.0373
2. Safadi MF, Dettmer M, Berger M, Degiannis K, Wilhelm D, Doll D. Demographic overview of pilonidal sinus carcinoma: updated insights into the incidence. *Int J Colorectal Dis.* 2023;38:56. doi: 10.1007/s00384-023-04344-6
3. Safadi MF, Degiannis K, Doll D. Pilonidal sinus disease carcinoma: survival and recurrence analysis. *J Surg Oncol.* 2023;128:569-75. doi: 10.1002/jso.27319
4. Baba PUF, Hassan A, Khurshid J, Wani AH. Basal cell carcinoma: diagnosis, management and prevention. *J Mol Pathol.* 2024;5(2):153-70. doi: 10.3390/jmp5020010
5. Dini M, Innocenti A, Romano GF. Basal cell carcinoma arising from epidermoid cyst: a case report. *Dermatol Surg.* 2001;27:585-6. doi: 10.1046/j.1524-4725.2001.00347.x
6. Tanaka M, Terui T, Sasai S, Tagami H. Basal cell carcinoma showing connections with epidermal cysts. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003;17:581-2. doi: 10.1046/j.1468-3083.2003.00807.x
7. Harada T, Fukumoto T, Shimizu H, Nishigori C. Basal cell carcinoma developed from an epidermal cyst: a case report and review of the literature. *Dermatol Reports.* 2021;13:9273. doi: 10.4081/dr.2021.9273
8. Pyon RE, Mazumder A, Almajali F, Wong S. Chronic pilonidal cyst with malignant transformation: a case report and literature review. *Cureus.* 2022;14(3):e23248. doi: 10.7759/cureus.23248
9. Salih AM, Kakamad FH, Rauf GM. Basal cell carcinoma mimicking pilonidal sinus: a case report with literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2016;28:121-3. doi: 10.1016/j.ijscr.2016.09.040
10. De 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. doi: 10.1007/s10434-001-0011-y