

QUISTE      DERMOIDEO

SACROCCÍGED

SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Por MANUEL JOSÉ PALEO

Padrino de Tesis: Profesor Dr. José M. Mainetti

AÑO 1952.

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MI ESPOSA E HIJOS

AL Dr. JUSTO S. LABORDE

GUIA Y ALIENTO EN MI CARRERA

AL Dr. FRANCISCO J. LABORDE

EN PRUEBA DE AFECTO

A MIS TIOS

AL PROFESOR Dr. JOSÉ MARIA MAINETTI

AGRADECIMIENTO

AL Dr. DOMINGO UNCHALO

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Profesor Dr. Luis Irigoyen

VICERRECTOR:

Dr. Pedro Luis Paternosto

SECRETARIO GENERAL INTERINO:

Don Victoriano F. Luaces

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don Rafael G. Rosa

CONTADOR GENERAL: Horacio J. Blake

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

Prof. Dr. José F. Molfino

Prof. Dr. Pedro Guillermo Paternosto

Prof. Dr. Carlos Maria Harispe

Prof. Dr. Horis del Prete

Prof. Dr. Benito Perez

Prof. Dr. Eugenio Mordegli

Prof. Silvio Mangariello

Prof. Arturo Cambours Ocampo

Ingeniero Carlos Pascali

Dr. Obdulio F. Ferrari

Ing. Ag. René R. E. Thiery

Ing. Ag. José María Castiglioni

F A C U L T A D D E C I E N C I A S M E D I C A S

AUTORIDADES:

DECANO:

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICEDECANO:

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

SECRETARIO:

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

Oficial Mayor a Cargo de Prosecretaria:

Sr. Rafael Lafuente

.....

CONSEJO DIRECTIVO:

Prof. Dr. Diego M. Arguello

Prof. Dr. Inocencio F. Canestri

Prof. Dr. Roberto Gandolfo Herrera

Prof. Dr. Hernán D. Gonzalez

Prof. Dr. Rómulo R. Lambre

Prof. Dr. Victor A. E. Bach

Prof. Dr. Victorio Nacif

Prof. Dr. Enrique A. Votta

Prof. Dr. Herminio L. M. Zatti

Prof. Dr. Julio R.A. Obiglio

-----O-----O-----

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

Dr. Greco Nicolás V.

Dr. Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES:

Dr. Arguello Diego M.- Cl. Oftalmológica

" Baldassare Enrique C.- F.F. y Terapéutica

" Bianchi Andrés C.- Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F.- Toxicología

" Carreño Carlos V. Higiene y Medicina Social

" Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y Puericultura

" Corazzi Eduardo S.- Patología Médica Ia.

" Christmann Federico E.B.- Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R.E.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis

" Echave Dionisio.- Física Biológica

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto.- Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto.- Fisiología y Psicología

" Girardi Valentin C.- Ortopedia y Traumatología

" Gonzalez Hernán D.- Cl. de Inf. Infec. y P. Tropical

" Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal

" Lambre Rómulo R.- Anatomía Ia.

" Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica

- Dr. Lyonnet Julio H. - Anatomia Ila.-
- " Maziel Crespo Fidel A.-Semiologia y Cl.Propedéutica
- " Manso Soto Alberto E.- Microbiologia
- " Martinez Diego J.J.-Patología Médica Ila.-
- " Mazzei Egidio S.- Cl. Médica Ila.-
- " Montenegro Antonio.-Cl.Genitourológica
- " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R.A.- Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica
- " Rossi Rodolfo.- Cl.Médica Ia.
- " Sepich Marcelino J.- Cl. Neurológica
- " Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia

-----O-----O-----

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS:

- Dr. Aguilar Giraldes D.J.-Cl.Pediátrica y Puericultura  
" Acevedo Benigno S.- Química Biológica  
" Andrieu Luciano M.- Cl.Médica Ia.  
" Barani Luis Teodoro.- Cl. Dermatosifilográfica  
" Bach Víctor Eduardo A.- Cl.Quirúrgica Ia.  
" Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria  
" Baila Mario Raúl.- Cl. Médica IIa.-  
" Bellingi José.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis  
" Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica  
" Briasco Flavio J.,- Cl.Pediatría y Puericultura  
" Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Prepedéutica  
" Carri Enrique L.- Parasitología  
" Cartelli Natalio.- Cl. Genitourrológica  
" Castedo César.- Neurológica  
" Castillo Odena I.- Ortopedia y Traumatología  
" Ciafardo Roberto.- Cl. Psiquiátrica  
" Conti Alcides L.- Cl.Dermatosifilográfica  
" Correa Bustos Horacio.- Cl.Oftalmológica  
" Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica  
" Chescotta Néstor A.- Anatomía Ia.-  
" Crocchi Pedro A.- Radiología y Fisioterapia  
" Del Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología  
" De Lena Rogelio A.E.- Higiene y Medicina Social  
" Dragonetti Arturo R.- Medicina e Higiene Social  
" Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria  
" Dobric Beltrán Leonardo L.-Pat. y Cl. de la Tuberculosis

- Dr. Fernandez Audicio Julio César.- Cl.Ginecológica
- " Fuertes Federico.- Cl. de Enf.Inf. y Par.Tropical
- " Garibotto Román C.- Patología Médica IIa.-
- " García Olivera Miguel Angel.- Medicina Legal
- " Giglio Irma C. de.- Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo.- Cl. Genitourológica
- " Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
- " Guixá Héctor Lucio.- Cl Obstétrica
- " Gorostazu Carlos María C.- Anatomía IIa.-
- " Ingratta Ricardo N.- Cl.Obstétrica
- " Imbriano Aldo Enrique.- Fisiología y Psicología
- " Lascano Eduardo Florencio.- Anatomía y M.Patológicas
- " Logascio Juan.- Patología Médica Ia.-
- " Loza Julio César.- Higiene y Medicina Social
- " Lozano Federico S.- Cl.Médica Ia.-
- " Mainetti José Maria.- Cl.Quirúrgica Ia.-
- " Martini Juan Livio.- Cl. Obstétrica
- " Manguel Mauricio.- Cl.Médica IIa.-
- " Marini Luis C.- Microbiología
- " Matusevich José.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica IIa.
- " Morano Brandi José F. Cl.Pediatría y Puericultura
- " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo.- Pat. Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo.- Pat. Médica
- " Pereira Roberto F.- Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto.-Embriol. e H.Normal(a car.del Cur.

- Dr. Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P.-Cl. Quirúrgica Ia.-
- " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria
- " Ruera Juan.- Patología Médica Ia.-
- " Sanchez Héctor J.- Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.-Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel M. del C.- Cl. Obstétrica
- " Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica IIa.-
- " Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedeútica
- " Tosi Bruno.- Cl. Oftalmológica
- " Tropeano Antonio.- Microbiología
- " Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O.F.U.- Semiología y Cl. Propedeútica
- " Vázquez Pedro C.- Patología Médica IIa.-
- " Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica
- " Zabłudovich Salomón.- Cl. Médica IIa.-
- " Zatti Herminio L.M.- Cl. Enf. Inf. y P. Tropical
- " Rosselli Julio.- Cl. Pediatría y Puericultura
- " Schaposnik Fidel.- Cl. Médica IIa.-
- " Caino Héctor Vicente N.- Clínica Médica Ia.-
- " Cabarrou Arturo.- Cl. Médica Ia.-

-----O-----O-----

SINONIMIA: Quiste y Fístula dermoidea sacrococcígea

"Pilonidal Sinus", cavidad con pelos

Teratoma quístico sacrococcígeo (Nomen-

clatura de la U.S.Navy.)

### I N T R O D U C C I Ó N

El hecho de haber seguido la evolución de algunos casos de quistes dermoideos sacrococcígeos, en el Hospital Italiano y en la Sala V del "Instituto General San Martín", y la importancia que en la literatura ha adquirido, con motivo de la incorporación de los reclutas en las fuerzas armadas, durante la segunda guerra mundial, y el hecho de haber alcanzado, ésta, al parecer intrascendente afección, una importancia considerable, es lo que me ha inclinado a elegir este tema, como Tesis del Doctorado.

DEFINICIÓN: El quiste dermoideo sacrococcígeo es una malformación congénita, constituida por una cavidad revestida por un epitelio de origen ectodérmico con teniendo folículos pilosos y localizada en la región media sacrococcígea por detrás del sacro y del coc-  
cix.-

Si estas formaciones se abren al exterior por medio de uno o varios orificios, entonces quedan constituidas la ó las fístulas sacrococcígeas.-

FRECUENCIA: Según las estadísticas de diversos auto-  
res, la frecuencia oscila entre el 1 % y el 6 % de los internados en los distintos servicios de cirugía.

"Instituto General San Martín", Sala V:

Año.....	Operados.....	Quiste dermoideo....	%... sacrococcígeo
1949.....	630.....	9 .....	1,4
1950.....	692.....	5 .....	0,8
1951.....	714.....	7 .....	0,91

En el "Hospital Italiano de La Plata", en el servicio del Prof.Dr. José M. Mainetti, la estadística

arroja estos datos:

Año.....	Operados.....	Quieste dermoideo ... %... sacrococcígeo
1945.....	1800 .....	18 ..... 1
1946.....	1814 .....	10 ..... 0,5
1947.....	1480 .....	8 ..... 0,5
1948.....	1000 .....	17 ..... 1,07
1949.....	432 .....	4 ..... 0,9
1950.....	750 .....	4 ..... 0,5

El diagnostico se hece por lo general entre los 20 y 30 años, época más común de las complicaciones que son por lo general las que denuncian la afección. Otras veces un examen casual la descubre.

En los niños es excepcional que se presente este proceso.-

EMBRIOLOGIA: Esta región sacrococcígea se caracteriza por ser una zona de transición entre los derivados ectodérmicos y mesodérmicos.-

Lo complejo de las sucesivas etapas embriológicas, y el hecho anteriormente expuesto, de ser una verdadera zona de transición, hacen de esta re-

gión una de las zonas de predilección para el desarrollo de estas lesiones congénitas.-

El surco neural es formado a expensas de la placa neural, y es por lo tanto un derivado ectodermico.-

Se produce paulatinamente un acercamiento, entre las paredes laterales del surco neural de tal manera que ambas paredes contactan y forman luego el llamado Tubo Neural, que contiene en su interior la cuerda dorsal primitiva.-

A expensas de la parte ventral se forma el conducto neurónterico; este conducto y el surco neural se comunican en la parte posterior del intestino caudal.- La obliteración del conducto neurónterico se produce alrededor del 28 día de la vida embrionaria.-

En el transcurso de la 3ra. semana de la vida embrionaria, (Fig. 1, a-b), se han descrito apéndices caudales semejantes a los de otros mamíferos, pero desaparecen alrededor de la 8va. semana.-

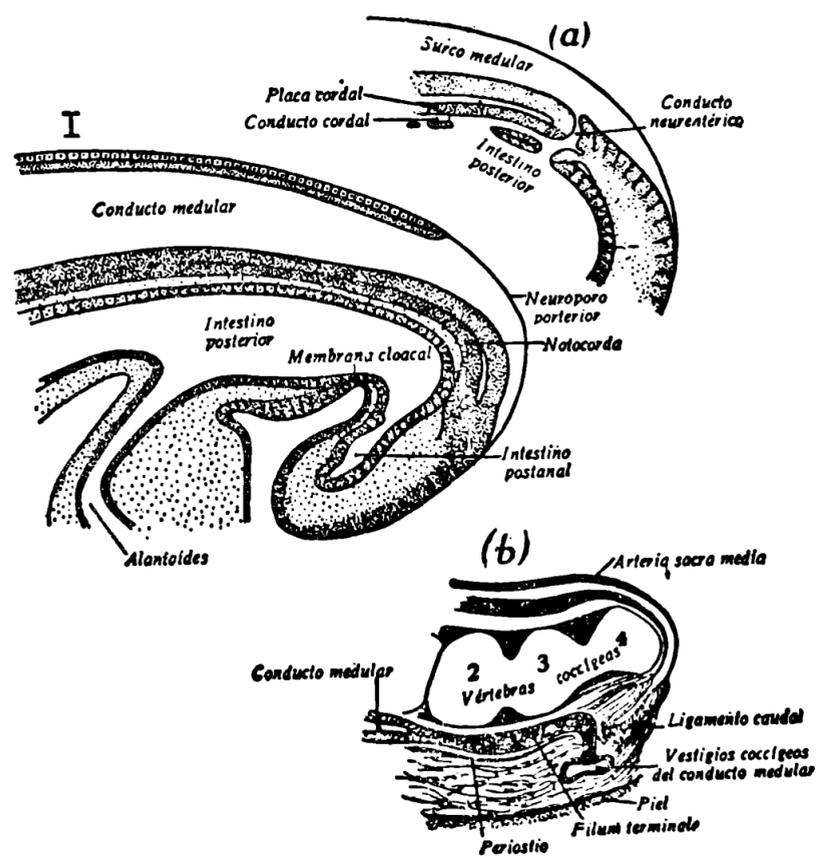


Figura 1.- a;b.-

El tubo neural se va alejando hasta el extremo caudal, lugar en donde sufre una tracción hacia atrás y se pone en contacto con la cara profunda de la piel.-

Hacia la duodécima semana, la columna tiene un crecimiento mucho mayor que el tubo medular.- El ascenso de la porción distal del tubo neural, hace que como esta adherido a la piel, quede muy distendida.- Esta porción se divide en un segmento coccígeo y otro caudal replegado. El segmento coccígeo desaparece hacia el cuarto mes, y el caudal se convierte en una masa tubular, llamada "vestigio coccígeo".-

Estas formaciones están tapizadas por células poliédricas que se unen al cóccix por fibras laminares y forman el llamado "ligamento caudal". El crecimiento de esta formación llega a culminar hacia el quinto mes, y luego se atrofia.-

Estos vestigios son los que pueden dar lugar a la formación de los quistes dermoideos.-



Las fibras del ligamento caudal, llegan a la piel que tapiza el extremo inferior del cóccix, y como el crecimiento de estas vértebras es mayor que el de la piel, se produce por el tironeamiento, una depresión llamada "divertículo sacrococcígeo".-

ETIOLOGIA y PATOGENIA: Todos los autores están de acuerdo en atribuir a WARREN, de Boston, el hecho de ser el primero en referirse a este proceso y de publicar un trabajo bastante completo al respecto, en 1867. Atribuye el proceso a una reversión en la polaridad del crecimiento de los folículos pilosos.-

Después, HODGES en 1880, da su explicación atribuyendo todo al hecho de la soldadura incompleta de ambas mitades del cuerpo, formandose una cavidad llena de pelos, a la cual llamó "Pilonidal", o sea, Nido de pelos; hallazgo que para otros solo es observable en el 50 % de los casos.-

LANNELONGUE, atribuye el desarrollo de estos quistes dermoideos sacrococcígeos a un crecimiento

to hacia adentro de la piel; este hecho tendría lugar entre el tercer y cuarto mes de vida intrauterina.-

Esta teoría es apoyada por SUTTON, LECROCE BLAN, STONE, y otros, y recibe el nombre de " Teoría de la invaginación ectodérmica".-

OEHLECKER, en 1926, participa de las ideas anteriores sobre el origen de ectodérmico de estas formaciones pero supone, que la tracción del ligamento caudal, produce la invaginación de la piel, y arrastra hacia la cavidad formada la piel de las zonas adyacentes, que contiene folículos pilosos.-

En el fondo de la cavidad se forman los quistes, debido a los productos del metabolismo de los anexos de la piel. A veces los procesos inflamatorios sobreagregados dan origen a la presencia de pus, y de trayectos fistulosos. STONE, se niega a creer en la malformación congénita y habla de un equivalente de la glándula esteatópigea de las aves.-

MASSON, participa de la teoría que atribuye todo a la falta de coalescencia perfecta de los

tejidos de cubierta. NUMERY, habla de "sacuestros dermoideos.- DULLIGAN, lo explica en base a un origen traumático, que haría la invaginación ectodérmica .-

Una teoría de gran arraigo y muy bien fundada, es la que propusieron en 1887, HERMAN y TOURNEX que atribuyen la presencia de los quistes y fístulas a una involución imperfecta de las células que forman el canal medular, o sea, una persistencia de vestigios coccígeos del tubo neural.-

Mas tarde, MALLORY, haciendo prolijos estudios de cortes microscópicos en serie, concluye en la existencia de una formación de aspecto tubular interpuesta entre el sacrococcix y la piel, y termina apoyando a Herman y Tournex, en su teoría de que la presencia de estos vestigios coccígeos serían el origen del proceso.-

MIMS CAGE, remozando la teoría de Herman y Tournex, sostiene el origen nervioso. En apoyo de esta tesis, cita los casos de dermoides comunicando con el canal sacrococcigeo medular. Hay en la literatura

algunos casos de meningites por quistes y fístulas dermoideas.-

S.L.FOX, en 1935, llega a las siguientes conclusiones: 1) Los senos pilosos provienen del ectodermo. 2) Las formaciones originadas por ellos se deben a la invaginación ectodérmica de la piel, que ocurre alrededor del cuarto mes de vida embrionaria, 3) Los diversos caracteres de estos senos, hacen pensar que tengan relación, con formaciones glandulares anexas a la piel de ciertas aves, y que en estos animales aparecen al principio de la adultez; ( hecho que coincide exactamente con la edad de aparición en el hombre).-

El trauma asociado al training militar, es una causa invocada por los cirujanos militares, sobre la frecuencia de las manifestaciones clínicas de quistes dermoideos en los reclutas. En realidad el papel del trauma es considerado como el de un factor desencadenante de la sintomatología.-

ANATOMIA PATOLÓGICA: Por lo común la zona enferma, se halla ubicada, hacia la línea media, casi siempre en la cara posterior del coccix, y a veces muy cercana al ano.- En algunos casos se lo ha visto llegar hasta la cara anterior del coccix, y si llega a fistulizarse, puede abrirse en recto o perineo y sus adyacencias dando así origen a las " Fístulas coccígeas",

Casi siempre el aspecto exterior permite ver la inflamación, el absceso o la fístula, que son los distintos grados del proceso flegmático, que puede sufrir el quiste.-

Cuando el quiste no llega a presentar signo de inflamación, no da tampoco muestra de su presencia por esto es que al llegar el enfermo a la consulta, lo es prácticamente debido a la presencia de una complicación de orden inflamatorio.-

El examen objetivo permite ver en esta zona, un variable número de orificios que son de 2 a 8 por lo común; orificios de bordes bien netos y circulares, y con un contorno bien epidermizado.-

Cuando los complica el proceso inflamatorio, a veces se ve fluir serosidad, o sino un flujo serosanguinolento, y en oportunidades un verdadero pus.-

El estudio histológico demuestra que se halla presente un epitelio poliestratificado, con rudimentos de glándulas y verdaderos folículos pilosos.-

Cuando hay inflamación se ve también un infiltrado de monocitos y linfocitos y hay además zonas necróticas, con células gigantes fagocitarias.-

La pared del quiste está tapizada de un epitelio escamoso, en el cual es lo frecuente el hallazgo de glándulas sebáceas y folículos pilosos.-

Con menos frecuencia se ha demostrado la presencia de dientes, grasas, tejido muscular, cartilaginoso, óseo y por lo tanto en estos casos les corresponde con exactitud el nombre de teratomas. Es también frecuente verlos adheridos al periostio.-

Pero lo común es encontrar una cavidad que contiene en su interior pelos, y sustancias sebáceas,

mezclada a detritus hísticos.-

RESUMIENDO: Las formas anatomopatológicas varían desde una simple depresión en la piel sacrococcígea, hasta el quiste dermoideo en conexión con el canal sacro o el espacio subaracnoideo (excepcional).-

Lo común es la cavidad subcutanea en comunicación con el exterior por uno o varios orificios redondos y pequeños a través de los cuales salen pelos.-

Una consideración importante para tener en cuenta es la infección y los trayectos y fístulas secundarias en la región glútea.-

SÍNTOMAS y DIAGNÓSTICO: Lo que ocurre casi sin excepción es que el enfermo se presenta a la consulta cuando se ha producido una complicación, la cual es casi siempre de orden infeccioso.-

Por lo común relatan los enfermos que desde hace algún tiempo tienen molestias, que no raras veces llegan a ser de orden dolorosas en la región sacrococcígea.-

A veces un traumatismo, al abrir un absceso formado algo solapadamente, es el que delata su presencia. En otras oportunidades da aviso del proceso, el hecho de encontrar las ropas manchadas de una secreción serosa, serosanguinolenta, y en algunos casos purulenta.-

Mientras evoluciona la infección, lo que domina la escena es el dolor, a veces exquisito.-

Corrientemente se lo ha tomado por un fúnculo de esta región, y la medicina casera, hace que los enfermos sobrelleven ya varios períodos inflamatorios sin consulta.-

En algunas oportunidades solo un cambio de coloración de la piel, y una ligera tumefacción son los encargados de llamar la atención sobre el proceco. El diagnóstico no presenta por lo general grandes dificultades; la ubicación, la presencia de orificios tan característicos de bordes circulares y epidermizados, la dirección de los trayectos fistulosos casi siempre circulares y corriendo en dirección a las

caras del sacro y del coccix, permiten afirmar el diagnóstico.-

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Debemos considerar en este apartado, las afecciones que por su ubicación y característica pueden prestarse a confusión con el cuadro que nos ocupa.

Nos interesan: la fístula anal, la osteomielitis y sífilis del sacrococcix, y el absceso isquiorectal.-

En primer término y por ser la más importante nos interesa la fístula anal. Pese a que su comienzo no siempre es ruidoso, y puede ser casi del todo asintomático, los síntomas capitales de la fístula anal son: la secreción, y las crisis dolorosas agudas con la aparición de un pus amarillento o verdoso y maloliente.-

A veces se ha notado la presencia de materias fecales y sangre en la secreción.-

La característica de los orificios es el de ser con gran frecuencia, umbilicados y cubiertos de

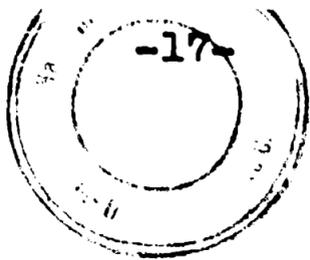
fungosidades, lo que permite acercarnos con argumentos valederos al diagnóstico correcto.-

El tacto rectal adquiere aquí enorme importancia para el diagnóstico diferencial: con el dedo índice como guía introducido en el recto, y un catéter en el trayecto fistuloso, es relativamente fácil hallar la relación de continuidad, con la cavidad del recto, y afirmar el diagnóstico.-

Muchos recomiendan como mas efectiva la inyección de sustancias colorantes, que permiten ver con claridad la relación del trayecto fistuloso con el recto.-

Con respecto al absceso isquiorectal, generalmente éste tiene su origen en la infección o traumatismo de las válvulas de Morgagni.

Son de frecuente observación, y tienen una sintomatología muy ruidosa. El estado general alterado, la presencia de la clásica "fiebre de supuración" los escalofríos, y todo esto unido al dolor en la región anal y sus vecindades, que se exaltan mucho en



la posición sentada, nos llevan a la buena senda de un correcto diagnóstico.-

Luego el dolor se vuelve lancinante, y la defecación se hace dolorosa, al igual que la micción. El edema y la tumefacción de la piel de la región, unidos a los demás elementos del proceso inflamatorio nos dan una seguridad sobre la índole del proceso subyacente.-

Como elementos muy útiles para poder descartar en especial, la osteomielitis, y sífilis del sacrococcix, afección por demás excepcional en esta localización, contamos con: 1) El tacto rectal, examen simple y capaz de darnos elementos muy útiles, 2) El examen radiografico simple, que nos pueda mostrar con claridad la lesión en la estructura ósea o el compromiso articular, y 3) La fistulografía, examen mas engorroso, pero que en ciertos casos, puede ser el que da, la clave del diagnóstico.-

EVOLUCIÓN: La característica de esta afección, es la de evolucionar asintomáticamente durante años, has-

ta hacer un episodio inflamatorio agudo, y luego ellos se van repitiendo espaciadamente, aunque a veces estos intervalos se acortan y precipitan la indicación de un tratamiento más activo.-

Se han citado casos raros de extensión por brotes sucesivos, hacia ambas regiones glúteas y hacia el dorso; (tipos tórpidos, que pueden simular procesos de origen bacilar).-

CLASIFICACIÓN: MIMS CAGE, hace una clasificación de mucha utilidad para el diagnóstico y también para su tratamiento:

- Grupo 1) Depresión simple sacrococcígea. No hay penetración hasta el periostio.-
- Grupo 2) Son los llamados senos. Pueden llegar hasta el periostio.
- Grupo 3) Cuando el seno pasa entre el sacro y el cóccix, o cuando llega a ponerse en contacto con la duramadre.-
- Grupo 4) Cuando hay total comunicación con el conducto espinal.-

Más del 90 % de los casos son de los grupos

1 y 2.-

TRATAMIENTO: El tratamiento de esta afección puede dividirse para su mejor estudio en Profiláctico, Incruento y Quirúrgico.-

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO: La interpretación de Ecker que al descubrir en 1859, la fosilla coccígea que - lleva su nombre, la considero como una depresión del rafe anacococcígeo, y que avanzando progresivamente constituiría el llamado embudo de Herteauz, y luego llegaría a formar una especie de túnel; todo esto abre la perspectiva de que profilácticamente se extirpara para la fosilla y sus adyacencias, pues al inflamarse el embudo se produciría la obturación y enquistamiento; y la infección posterior daría origen a la presencia de fístulas.

Es muy lógico de considerar, que esta forma de encarar las cosas sea tomado como un exceso de celo quirúrgico de algunos cirujanos.-

TRATAMIENTO INCRUENTO: La opinión general sobre este

tipo de tratamientos es de que tiene muy poca eficacia y practicamente se lo ha ido abandonando.-

Sin embargo merece citarse porque tuvieron en su tiempo algún auge, los siguientes métodos:

Procedimiento de CROCKALL: Previa anestesia se hace la depilación de la zona enferma y rellena el interior de la cavidad con polvo de Nitrato de Plata, introduce luego en el interior de los trayectos otras varillas con Nitrato de Plata. Según Crockall, alrededor del quinto día se desprende el epitelio del-  
quiste y es reemplazado por tejido de granulación que cicatriza muy bien.-

Método de MAILLARD: Emplea corriente galvánica, introduciendo el eléctrodo positivo en la cavidad, y el eléctrodo negativo se coloca en el dorso del paciente, se llega así hasta una intensidad de corriente de 20 miliamperes, aplicados durante 20 minutos.-

La curación por este método no es muy admisible, pues como sostienen algunos autores, el hecho de aplicar un eléctrodo sobre la zona enferma, no p

mite abrigar muchas esperanzas sobre la destrucción de todas las ramificaciones que pueda tener el proceso.

Método de CUTLER Y ZOLLINGER: Estos autores hicieron una publicación en 1933, de su trabajo realizado sobre un total de tres enfermos. Emplean el líquido de CARNOY, cuya fórmula es:

- Cloruro Férrico..... 1 gr.
- Ácido acético glacial..... 1 c.c.
- Cloroformo..... 3 c.c.
- Alcohol absoluto..... 6 c.c.

Previamente incidenen el quiste y lo drenan ampliamente, durante un período de 3 a 5 días, después aplican directamente diez centímetros cúbicos de la solución esclerosante sobre la cavidad y la dejan durante unos diez minutos, protegiendo la herida con pasta de Óxido de Zinc. Más tarde se siguen repitiendo estas curas aplicando en igual forma la solución esclerosante, y cubriendo con un apósito, hasta que aparezca un tejido de granulación de aspecto

to normal.

TANTURI tiene 5 enfermos tratados con este método, declarándose optimista sobre sus resultados.

El concepto actual sobre el tratamiento de esta afección se inclina, sin embargo, casi sin discusiones hacia la cirugía, por eso es que el tratamiento quirúrgico será tratado con algún detalle.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Entrando directamente en el tema, diremos desde ya, que el tratamiento quirúrgico de esta afección puede encararse teniendo por delante uno de los siguientes procedimientos: a) Inci-  
sión simple, seguida de un drenaje. b) Marsupializa-  
ción y c) Extirpación total, que es sin lugar a dudas el método de elección, siempre que su realización sea factible.

INCISIÓN SIMPLE: Este procedimiento sólo es empleado en el supuesto caso de la presencia de una colección purulenta, que no tenga vía de salida al exterior, y cuando la sintomatología dolorosa o inflamatoria se haga muy intensa. En estos casos se hace necesario

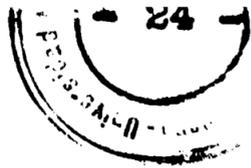
una vía de escape de pus hacia el exterior.

A veces la simple terapéutica con antibióticos hace retrogradar el proceso, pero cuando la fluctuación es manifiesta, no se discute ya la operatoria.

Se opera con anestesia local (Novocaína al 1 %); por lo común sólo se necesita la anestesia de piel, pues la colección purulenta es subyacente a la misma.

Se hace una simple incisión de extensión suficiente para la evacuación del pus, luego se deja un drenaje con goma de guante (Rubberdam) y luego se cubre con un apósito. Diariamente se procede a hacer curaciones y en pocos días es retirado el drenaje (esto lo indica el hecho de no haber más secreción purulenta, y el de haberse hecho tan sólo serosa).

Este procedimiento es solamente un paliativo para los casos semejantes al anterior, pero luego el enfermo no debe ser abandonado pues el peligro de que recidive el accidente agudo es muy grande.



Por lo dicho anteriormente, el enfermo será vigilado de cerca, y enfriado totalmente este episodio, se aconseja el método de elección que es la extirpación total.

En muchos casos es aconsejable intentar la exéresis para evitar la recidiva de la infección.

Mejor tratamiento aún es que la simple incisión sea practicada en forma crucial, extirpando el techo del absceso. Con los actuales antibióticos y en casos muy seleccionados, puede hacerse la extirpación del quiste dermoideo sacrococcígeo, dejando la herida ampliamente abierta.

Resumiendo y para aclarar los conceptos se debe recordar que: en el período de supuración aguda sólo debe incidirse y drenarse. Intentar la extirpación del quiste o seno dermoideo, no está justificado por el edema, y la celulitis, que exigirían una amplia extirpación de tejidos, y que luego nos ofrecerían serias dificultades en el cierre por primera intención.

Debemos recordar también que no es necesario esperar la fluctuación para hacer el drenaje.

MARSUPIALIZACIÓN. Técnica de Bruie. Como se ha dejado establecido, lo primero en considerar es que el proceso no esté pasando un brote de agudización, o dicho en otras palabras "operar en frío".

Se usará de preferencia y siempre que sea posible, la anestesia raquídea. Se introducirá luego un estilete dentro de los orificios que se observen, y en el caso de haber fístulas, también en su interior, después se hará la sección sobre estilete de todos los trayectos típicos o fistulosos, hasta tener una amplia exteriorización de la cavidad y sus trayectos anexos.

El paso siguiente consiste en una inspección detenida de la cavidad, investigando los posibles recesos, y si los hubiere, abrirlos ampliamente. Luego se hace una disección de alrededor de tres milímetros de la membrana del quiste, y se cortan los bordes de la piel junto a las paredes del quis-

te y sus trayectos.

Se termina con una prolija hemostasia y sutura, con un surget, de los bordes de la piel con la membrana quística; luego se coloca un apósito.

Hay que hacer curaciones cada 48 horas. A esta intervención algunos le atribuyen las siguientes ventajas: 1) Al suturar el borde cutáneo a los bordes de la pared quística, se obtienen prontas curaciones. 2) Hay casi una absoluta imposibilidad de una recidiva. 3) La herida operatoria es mucho menor y cicatriza mejor que en cualquier otra técnica 4) La deambulación se puede hacer ya después de las 48 horas.

Está contraindicada: 1) En los casos en que la presencia de muchas fístulas impida la correcta disección. 2) En los períodos de agudización y 3) En los casos de recidivas.

EXTIRPACIÓN TOTAL: Antes de entrar a detallar las diversas técnicas de este tipo de intervención, es menester decir que hoy, es el único procedimiento

capaz de garantizar la curación total del proceso.

Oportunidad operatoria: Respecto a la oportunidad operatoria, podemos decir que ella existe siempre, casi con la única excepción de un brote inflamatorio agudo. La presencia del período inflamatorio es de tanto peligro en esta intervención que es preferible pecar por exceso, a no hacerlo por defecto en lo que respecta a la espera prudencial en dejar pasar el brote agudo.

El adenoflemón ínguinocrural, las osteítis, las artritis sacrococcigeas, el entorpecimiento serio del cierre por primera de la herida operatoria, la posibilidad de una recidiva, y el alargamiento del período postoperatorio, son todas consecuencias de la precipitación con que obra a veces el cirujano por no haber sabido esperar el "enfriamiento" del proceso.

Tampoco hay que caer en el otro extremo, de tal manera que la espera demasiado larga, permite la repetición de otro brote inflamatorio con todas

sus consecuencias, la extensión de las lesiones.-

Pero pasando ambas contingencias, siempre es preferible el saber esperar. Durante la faz aguda se indicará; reposo en cama, aplicaciones de frío local, antibióticos, y si fuera necesario se drenará sin esperar la fluctuación.-Se debe usar sulfamida en polvo, en aplicación local sobre la piel, pues al ser bastante higroscópica, es muy útil para controlar la humedad natural de la piel; acompañando a esto, su acción bacteriostática.-

Preoperatorio: Como primera medida, se procederá a afeitar la piel de la región, y se la pincelará con una solución antiséptica, como podría ser el Merthiolat al 1 por mil; luego se cubrirá la región con un apósito aséptico; se cuidará de administrar un purgante a las 48 horas antes de la operación; doce horas antes se comienza con el suministro de sulfamida se acción local en la luz del intestino (ftalilsulfatiazol, sulfasuxidina, sulfasuanidina). La premedicación se hará con morfina (0,01 gramo) y la

Escopolamina (0,005 gramo).-

Casi todos los autores modernos, señalan el día antes de la operación, la aplicación de la Penicilina, Procaína, y por un período variable de tiempo después de la operación ( una semana). Pero la última novedad en esta materia, es el empleo de la Terramicina, que según BERGER, es la droga de elección en este caso, pues amén de ser eficaz es la que produce menos disturbios en el tracto digestivo. El uso de este antibiótico junto con el de penicilina es también de notorio resultado en las celulitis de la región.-

Campo operatorio: Se procederá a pincelar nuevamente el campo con la solución de Merthiolet, o sino con Iodo y alcohol.-

Posición: El enfermo será colocado en decúbito ventral con una elevación conveniente de la región sacrococcígea; (Fig. 2.).-

Anestesia: No existe unanimidad de opiniones respecto a este punto. Por lo general, la mayoría de los



autores consultados no se ocupan de la anestesia ge  
neral con eter o gases, por considerarla innecesaria.

La división de opiniones ocurre entre los  
partidarios de la anestesia raquídea, y de los de la  
anestesia local.-

R. FINOCHIETTO, y otros autores, prefieren  
la local con Novocaína, sosteniendo como punto prin  
cipal, que el agregado de adrenalina permite operar  
con el campo relativamente exangüe y por lo tanto  
será mucho menor el número de ligaduras en el campo  
operatorio.-

Algunos autores le encuentran los siguien  
tes inconvenientes: 1) La infiltración anestésica  
dificulta la buena y correcta disección de los te  
jidos, y por otra parte la diferencia entre los te  
jidos sanos y los enfermos. 2) Produce siempre una  
ligera alteración tisular, que aunque escasa puede  
ser un obstáculo para la cicatrización correcta. -  
3) La analgesia, nunca es tan perfecta como con la  
anestesia raquídea, lo que puede traer dificultades

desagradables durante la operación. 4) Esto es fundamental. Se corre peligro de pinchar con la aguja en una zona de tejido enfermo.-

Recordando la enorme importancia que tiene el hecho de mantener aséptico a los tejidos; por las razones anteriormente expuestas, es fácil comprender las consecuencias de operar sobre este tejido infectado.-

Anestesia Raquídea Los que se muestran partidarios de esta procedimiento arguyen en su favor que la rápida realización; el hecho de eliminar en absoluto la propagación del proceso a tejidos vecinos; por razones de distancia; la completa analgesia y la falta de deformación regional que tanto podía dificultarnos con la anestesia por infiltración, son razones más que suficientes como para considerarla de elección.-

En el servicio del Dr. MAINETTI, primero en el Hospital Italiano, y ahora en el Instituto General San Martín, se emplea la anestesia local

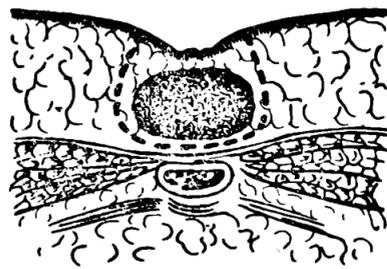
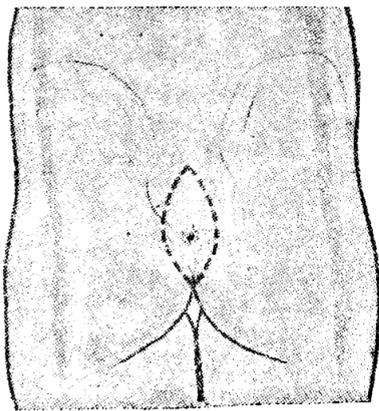
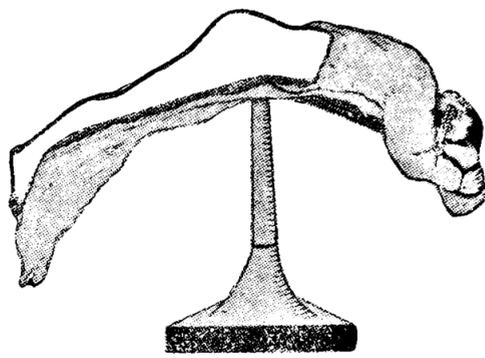


Figura 2.-



en la cura radical del quiste dermoideo.-

Con paciencia y buena técnica se obtiene una anestesia excelente y exenta de contraindicaciones y sin riesgo para el enfermo.-

Antes de seguir adelante conviene, que nos detengamos en el procedimiento de las inyecciones colorantes, que algunos autores han considerado con sumo entusiasmo, y que hoy se están dejando de lado.-

El objeto fundamental es de tener coloreados y a la vista del cirujano, todos los tejidos enfermos, con sus finas ramificaciones.-

Se inyecta una solución acuosa de Azul de Metileno al 5 %, más o menos 1 c.c. ( esto depende del tamaño de la cavidad), y luego se hace un pequeño masaje sobre la región.-

Hoy se considera que el teñido de las finas ramificaciones es del todo insuficiente; a veces la tinción se hace sobre tejidos normales, y como consecuencia se extirpan tejidos innecesariamente.-

Por lo tanto, el empleo de la tinción, es

a fuer de peligroso, de pocos e inseguros resultados prácticos.-

Técnica de la Anestesia local: Al respecto los Doctores R. y E. FINOCHIETTO, explican así el procedimiento: " La anestesia local, consiste en circunscribir el trayecto de la futura incisión con novoadrenalina al  $\frac{1}{2}$  % e infiltrar abanicos de anestésicos alrededor de los tejidos que se extirparán: es la clásica infiltración en forma de canoa. En el perineo la infiltración llegará al rafe anococcígeo, para lo cual las nalgas deben separarse energicamente.-

En profundidad, hay que inyectar hasta la capa fibroperióstica inclusive. Se extirpe o nó el coccix, habrá que poner especial interés en infiltrar bien las fibras musculares a nivel del ángulo posteroinferior del gran glúteo; porque en ese sitio existe una arteriola perforante, cuya forcipresura es extremadamente dolorosa.-

Para obtener buena anestesia, es necesario

50 c.c. de novoadrenalina al  $\frac{1}{2}$  % y 50 c.c. al  $\frac{1}{4}$  %, en los obesos se usará, 75 y 75 c.c.-

Incisión: La incisión puede ser practicada de diversas maneras; así podemos hablar de la incisión en losange, quizá la más empleada como también la del tipo en raqueta ( Fergusson); incisión que origina como uno o varios colgajos (Brezin), o sino el tipo transversal ( Jhonson y Corham).-

Incisión de Losange: Se hacen dos incisiones curvilíneas, y que contactan por sus extremos superior e inferior, siendo su concavidad hacia la línea media se hace vertical y alargada cuando el proceso esta en la línea media; pues cuando hay ramificaciones laterales, se hacen incisiones con colas para poder abarcarlas.-

Deben ser hechas con longitud suficiente para caer dentro de los tejidos sanos con seguridad, pues el sacrificio de estos tejidos, carece de importancia, ante el peligro de caer en un foco infectado.

El haber caído en tejidos sanos, nos dara

la tranquilidad, pues es más fácil que la cicatrización se haga por primera intención y en buenas condiciones.-

La disécción se hace comúnmente con bisturi, aunque hay algunas opiniones encontradas al respecto.-

Las vascularización de la región es muy abundante y la hemostasia se hace muy ardua y prolongada y se deja mucho material de sutura.-

V.Gutierrez, prefiere usar el radiobisturi haciendo la hemostasia con la aguja del mismo; y ello se hace perfectamente. El inconveniente de este proceso es el retardo de la cicatrización. Debido a esto en general se lo tiende a abandonar parahacer la extirpación y en cambio se lo emplea en la hemostasia.

Algunos después de haber hecho la incisión en todo el espesor de la piel, adoptan el procedimiento de Nealy, que consiste en: suturar entre sí ambos labios del losange cutáneo con un surget; ese

proceder tiene la ventaja de excluir del campo toda la zona cutánea afectada, y además facilitar la disección de los restantes planos.-

Extirpación: Se usa ahora otro bisturí, pues el - primero se considera séptico.- Debemos extremar los cuidados, y con suma meticulosidad; ayudandonos con tijeras proseguimos la disección, trabajando siempre sobre tejidos sanos y cuidando mucho de no abrir nin gún trayecto fistuloso; luego se llega en profundidad hasta la fascia de los glúteos, que se respetará o no de acuerdo a la extensión del proceso.-

En la parte profunda nos ponemos a la vista del manto fibroso, que cubre la parte posterior del sacrococcix, y que algunos en vez de incidirlo a bisturí lo hacen simplemente a tijera.-

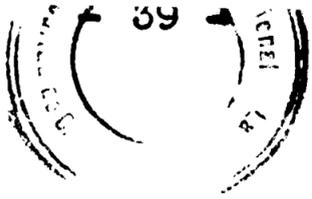
En la parte inferior de la región el plano glúteo, sucede su lugar a un cúmulo de grasa, que es continuación del de la fosilla isquiorectal, plano que si esta comprometido, también hay que sacarlo sin vacilación.-

El problema de si debe o no extirparse en coccix sistemáticamente, se lo practica hoy con muy poca frecuencia.- Algunos aducen que es siempre necesario extirparlo, pues es difícil saber si está o no comprometido en el proceso.-

V.GUTIERREZ, sostiene: que "es un exceso - quirúrgico" y continua " debe reservarse para los ca sos en que existan lesiones oseas congénitas, por - íntima conexión de las partes blandas en el plano ó seo".

Hecha la extirpación y terminado todo con una buena hemostasia comprobamos la presencia de una cavidad, que tiene por limites: En la parte superior y media el ligamento sacrococcígeo. hacia los lados la aponeurosis de los glúteos, por debajo el celular de la fascia isquiorectal, y el rafe anacococcígeo.-

Ahora se nos presenta el problema serio, y que es el que origina la gran diversidad de técnicas y es, el de como tratar esta cavidad. Tenemos por delante cuatro procedimientos:



- 1).- Cierre total
- 2).- Cierre parcial
- 3).- Cierre por granulaci3n
- 4).- Cierre por movilizaci3n de un colgajo

1) EXTIRPACI3N CON CIERRE TOTAL:

a) T3cnica de RICARDO FINOCHIETTO: En esta t3cnica su autor trata el espacio muerto como sigue: Pone - puntos de crin de Florencia o de otro material no reab sorbible, cuyo n3mero este de acuerdo con la longitud de la incisi3n; atravesando de ambos lados: piel, celular, aponeurosis y los tejidos de la l3nea media. Luego se procede a pinzar estos hilos con una Kocher

El punto superior a unos tres cent3metros del extremo superior de la herida y el punto m3s inferior, cerca del extremo del coccix.

Sutura de piel: Se pasan puntos en U verticales, que impidan la inverci3n de los bordes, (Fig. 3. 1-2-3-)

Estos puntos se empiezan a pasar desde la extremidad del coccix, para lograr un mejor afrontamiento. Aqui usamos de preferencia la aguja de Hagedorn -

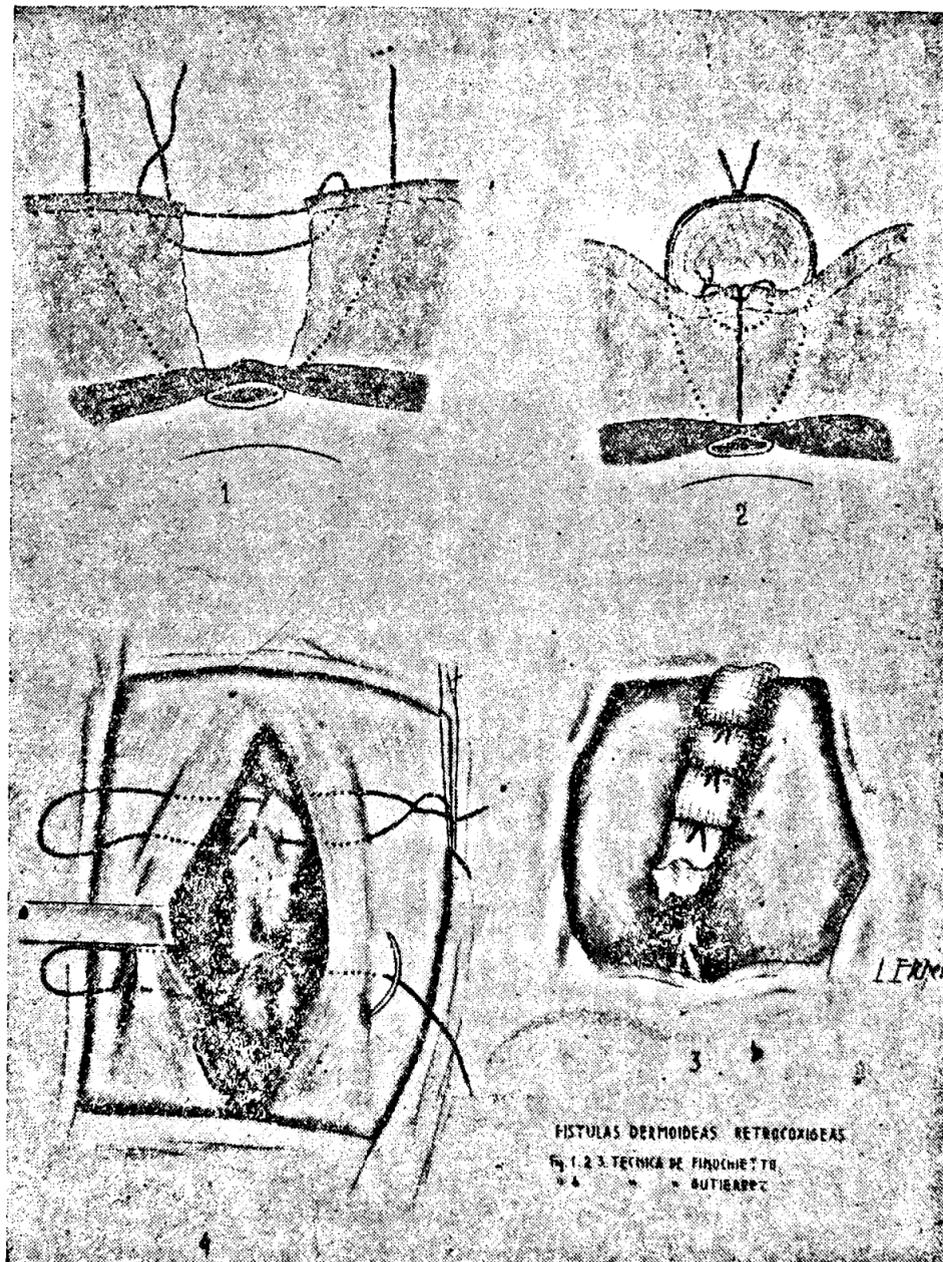


Figura 3.- 1,2,3 Técnica de FINOCHIETTO.-

4 Técnica de GUTIERREZ.-

Supresión del espacio muerto: Se confecciona un rollo de gasa que tenga una longitud tal, que sobrepase en unos cinco centímetros cada uno de los hilos percutáneos de los extremos. El diámetro del rollo oscilara alrededor de los cinco centímetros.-

Luego se procede a expulsar el aire; entre dos puntos cutáneo introducimos una sonda acanalada, que penetre en la cavidad operatoria, que en este momento se encuentra ocupada por aire y alguna cantidad de sangre.- Con la mano derecha mantenemos la sonda en su lugar y con la izquierda aplicamos el rodillo de gasa, comenzando desde la extremidad superior, y mientras descendemos el rodillo y hacemos presión, el aire es expulsado, y retiramos la sonda. El rollo es mantenido por sus extremos, bien aplicado sobre los planos profundos, y el cirujano procede a anudar los puntos de crin.-

Postoperatorio: Durante el posoperatorio el enfermo debe ser mantenido en cama, y dando preferencia a la posición decúbito lateroventral. Es importante cons-

tipar al enfermo con opio.-

A las 48 horas procederemos a una cuidadosa inspección de la herida.

Ante cualquier indicio que nos haga sospechar la infección, se procederá a levantar el rollo de gasa y soltar los puntos percutáneos.- En este caso la herida evolucionará por segunda intención.-

La gran mayoría de los operados con esta técnica curan por primera intención al cabo de ocho días; esta cura por primera nos garantiza la no recidiva del proceso.-

Hoy el empleo adecuado de los antibióticos modernos, durante el pre y postoperatorio, dando preferencia especial a la penicilina y la más moderna la terramicina (como aconsejan calurosamente los cirujanos americanos), nos permiten esperar la cura por primera intención, y acortar el tiempo del postoperatorio, en un porcentaje enormemente favorable de casos.-

b) Técnica de V. GUTIERREZ: Este autor opina que

es fundamental la coloración de un drenaje en la ca  
vidad operatoria.-

Un pequeño tubo delgado de goma, permite el drenaje de las secreciones de la sangre, de la herida operatoria, evitando así en gran parte el pe  
li  
gro de la infección postoperatoria y además no se rá un obstáculo en la cicatrización. Este drenaje so  
lo es mantenido de 3 a 5 días y luego se sustituye por dos pequeños y finos tubos colocados en ambos ex  
tremos de la herida y que son retirados alrededor de los 10 días.- Para cerrar la cavidad, dice el autor: "colocamos tres clases de puntadas, profundas, medianas y superficiales".

Puntadas profundas de capitaneaje lateral: El hilo atraviesa la piel a varios centímetros de los bordes, cargando todo el espesor del pan  
ículo adiposo subcu  
táneo, que forma ambas paredes laterales de la cavidad.

En la parte profunda, los hilos superiores toman el manto retrococcígeo, y los hilos inferiores cargan las fibras musculares de los glúteos mayores

el rafe anococcígeo, y la grasa de la fosilla iaquio  
rectal. ( Fig. 3; -4-).-

Hechas las asas precedentes para el capito  
naje, se toman con las pinzas y se dejan sin anudar  
hasta el final. Luego se procede a colocar el tubo  
de drenaje sobresaliendo por los extremos del eje  
mayor de la herida.

Puntos medianos en U, para acercamiento de las pare  
des: Los hilos atraviesan la piel, a mitad de distan  
cia entre los puntos de perforación cutánea, de los  
hilos de capitonaje y el borde de la herida.

Según el tamaño de la herida será el núme  
ro de asas ( 2 o más). En profundidad, los hilos de  
estos puntos en U, pasan por encima del drenaje y  
lateralmente toman todo el espesor de la pared del  
hueco operatorio.-

Es importante comprobar, que ni este punto  
ni los anteriores compriman el tubo de drenaje. Al  
anudar las asas, las paredes del hueco se acercan, y  
los bordes se invierten.-

Puntadas superficiales: Son simples puntos aislados para provocar el perfecto apartamiento de los labios. Sólo toman piel y se colocan aproximadamente cada dos centímetros. Terminado ésto, se ajustan las asas de capitonaje sobre pequeños rollos de gasa, puestos a los lados de la herida.

Apretando los hilos, se ve que la piel se deprime hacia el fondo, al par que presionan hacia la línea media. En el apósito se coloca un rollo alargado de gasa para que separe los rodillos de cada lado del capitonaje.

Terminada la intervención se constipa al enfermo por ocho días y luego se hacen enemas y purgantes. Entre el tercer y quinto día se levanta el apósito y si no hay novedad se retira el tubo de drenaje y se substituye por dos tubitos finos, uno para cada lado de la herida. Se van cortando en los días subsiguientes y salvo mucha secreción, se retira hacia los diez días.

Entre los ocho y diez días se retiran los

puntos simples de la piel. Tres días después se retiran los puntos en "U" y por fin las asas de capitonaje lateral.

c) Técnica de ALLENDE Y MESSUTTI: Para cerrar la pared, los autores precitados usan la siguiente técnica: previa hemostasia coloca en el lecho de la herida operatoria un tubo de forma pequeña sobre el plano sacrococcígeo cuyo extremo superior, lo exteriorizan por el extremo superior de la herida y el extremo inferior, más abajo aún del polo inferior de la herida, para lo cual hacen una contraabertura a 1 centímetro del orificio anal, sobre el rafe y tomando mucho cuidado de no comprometer el esfínter. Dicen los autores que con este proceder se obtiene un mejor drenaje.

Luego colocamos puntos de crin, tomando todos los planos, incluyendo la piel superficialmente y la aponeurosis en profundidad; y los anudamos sobre un rollo de gasa; hacemos el capitonaje de la herida para evitar espacios muertos y tener buenas

hemostasias.

El post operatorio que sobreviene es normal. Retiramos el tubo al cuarto día y los puntos de crin al noveno, la herida queda cerrada en casi toda su extensión y en el trayecto dejado por el tubo asoman brotes carnosos que pronto cicatrizan.

En el caso de supuración, dejamos el tubo hasta que se haya suprimido. Sostienen los autores que con su proceder, el término medio de curación de la herida es de veinte días y dicen también que las curaciones después de la operación son más reducidas e indoloras.

d) Técnica de COLP: Esta técnica en opinión de muchos cirujanos es la de mejores resultados.

Se obtiene cicatrización por primera intención y se reduce en forma considerable el tiempo de curación y por lo tanto el período de incapacidad.

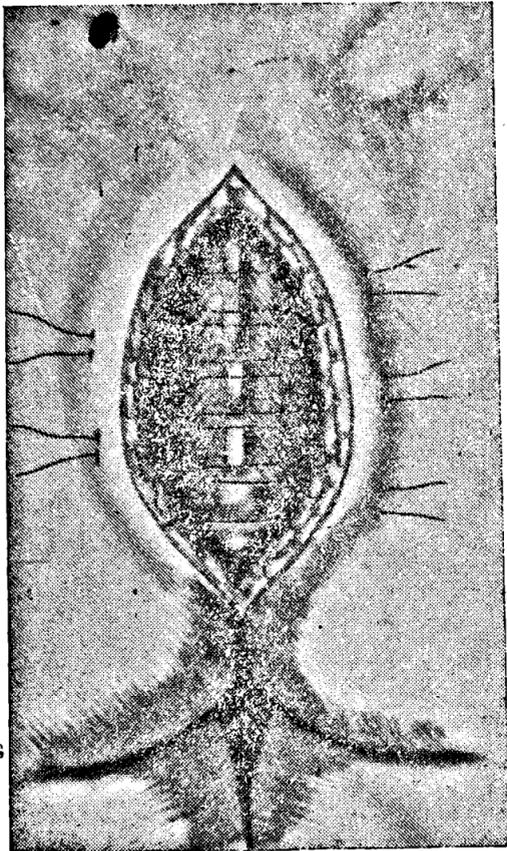
En el servicio del Profesor Doctor José M. Mainetti se procede así: (Figura 4; a-b.) Una vez hecha la extirpación amplia del quiste con sus ramifi

caciones, se hace el cierre de la herida operatoria mediante puntos en "U" profundos con capitonaje lateral, se colocan dos de un lado y tres del lado opuesto (esto depende del tamaño de la incisión).

A varios centímetros del borde de la herida se inicia la perforación de la piel tomando el celular; en la profundidad las asas toman la aponeurosis del sacro coccix del lado opuesto, saliendo a pocos centímetros en sentido longitudinal, para surgir a la superficie atravesando el celular y la piel del mismo lado de entrada y a pocos centímetros de ésta. Los cabos se pinzan con una Kocher. Igual se procede con los puntos restantes.

Una vez terminados todos los puntos se traccionan y se anudan almohadillándolos sobre un capiton de gasa. A veces, además del capitonaje se agregan puntos de Donati en la piel para impedir la invasión de los bordes de la herida.

e) Técnica de BACON: Coloca puntos de Catgut en todo el espesor de la herida; incluyendo el perios-



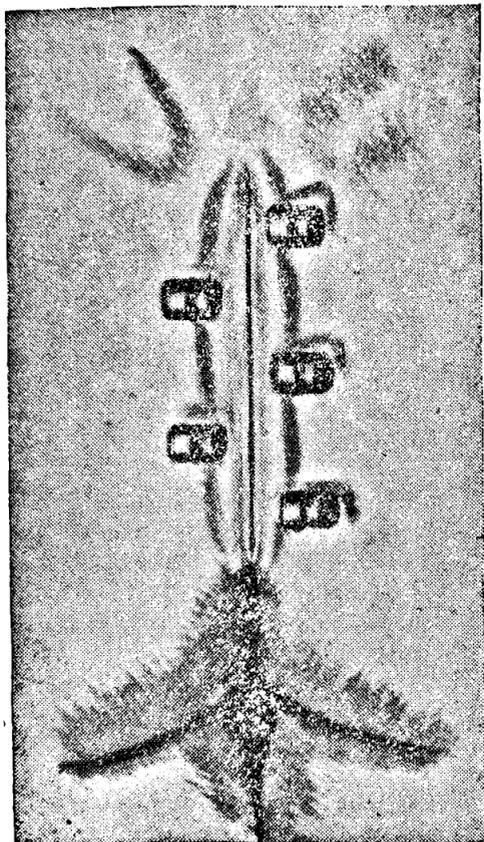


Fig. 4.- -b-

tio, el sacro y la grasa subcutánea; y tres puntos de crin que incluye piel, celular y lejos de los labios de la herida; y cuando se han cerrado los nudos sutura la piel con puntos separados de seda, procurando un buen afrontamiento.-

f) Técnica de LARKIN: El autor considerando un tiempo previo y fundamental, tomar minuciosas precauciones preparatorias, que consisten en : Suministro de penicilina intramuscular ( 20.000 U cada 3 horas) Vitamina C, cuidadosa higiene local, y baños calientes de asiento.-

La intervención la hace con raquianestesia y emplea una incisión losángica, pero de tamaño más pequeño posible, con tal de incluir el orificio congénito y el tejido cicatrizal; extirpación total del quiste y lo mismo con el tejido grasoso circundante, con el objeto de dejar ampliamente abierta la aponeurosis de los glúteos, y la facia sacrococcígea para su total extirpación.-

Colocar suturas de puntos separados con hi-

los metálicos, que toma ambos lados de la herida cu  
tánea y también la facia sacrococcígea y la aponem-  
rosis glútea que se anuda terminada ya la sutura de  
los labios cutáneos hacia la línea media.-

Los hilos se anudan sobre un rollo de gasa  
y una esponja de goma para asegurar un buen afronta  
miento y además comprimen la herida.- ~~Encima~~ de esto  
se colocan telas adhesivas.-

Proscribe el uso de drenaje o hilos perma-  
mentes en la herida para restaurar a la normalidad  
el pliegue interglúteo, sin haber tensión en la piel  
circundante.-

Se contraindica esta técnica en: Casos de  
recidivas con trayectos fistulosos persistentes, abun  
dancia de tejido cicatrizal, y gran cantidad de piel  
inutilizada en intervenciones anteriores.-

Habla Larkin de casos de hasta un 90 % de  
curaciones en site días.-

## 2) EXTIRPACIÓN CON CIERRE PARCIAL:

a) Técnica de WILLIAM MAC FEE: Lo fundamental en

esta técnica es eliminar todo espacio muerto al hacer desaparecer la herida operatoria.-

La extirpación se hace en bloque. como habitualmente, y al practicar el cierre de la herida este solo se hace parcialmente, pues se suturan los bordes de la herida a la aponeurosis sacrococcígea y demás elementos ligamentosos.-

En ambos lados, (Fig. 5) se van acercando y sin mucha atracción los bordes de la piel a la línea media, y se sutura con puntos separados, dejando entre ambos bordes una angosta superficie aponeurótica. Esta superficie aponeurótica si es de tamaño grande se puede agregar un pequeño injerto, con el objeto de acelerar su cicatrización.-

Luego aplicamos sobre la herida un rollo de gasa humedecida en suero fisiológico. El apósito no se toca hasta varios días, siempre y cuando la herida se mantenga limpia. Los puntos solo serán retirados cuando halla una firme adherencia de la piel al plano aponeurótico. Esto tarda en realizarse entre -

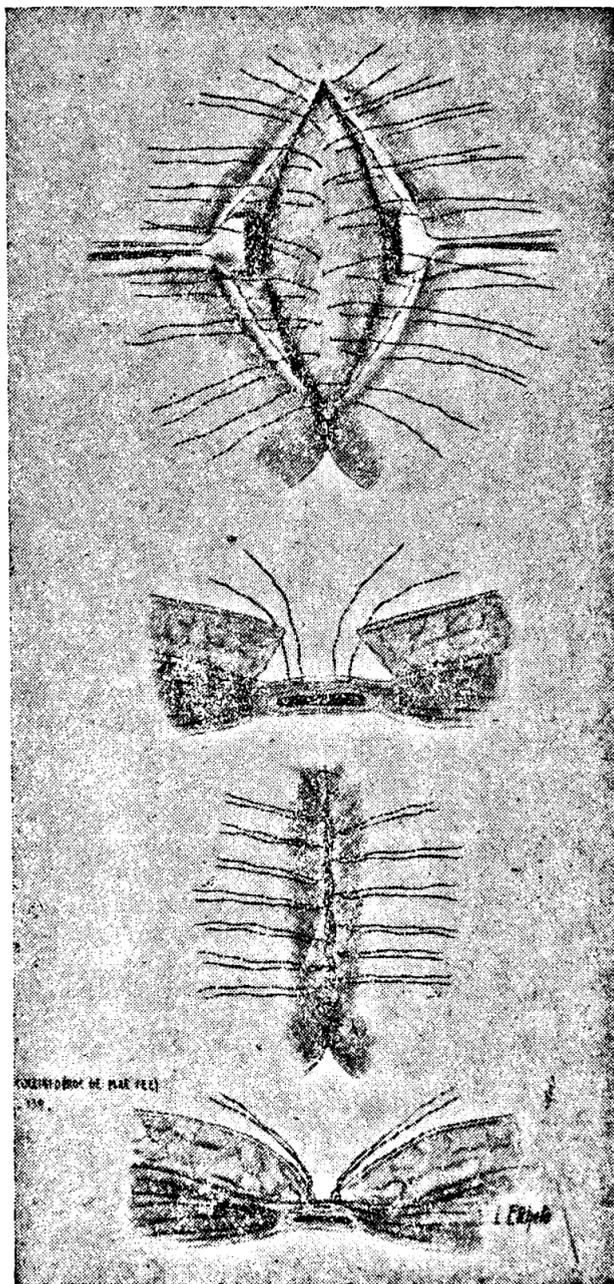


Figura 5.- Técnica de MAC FEE.-

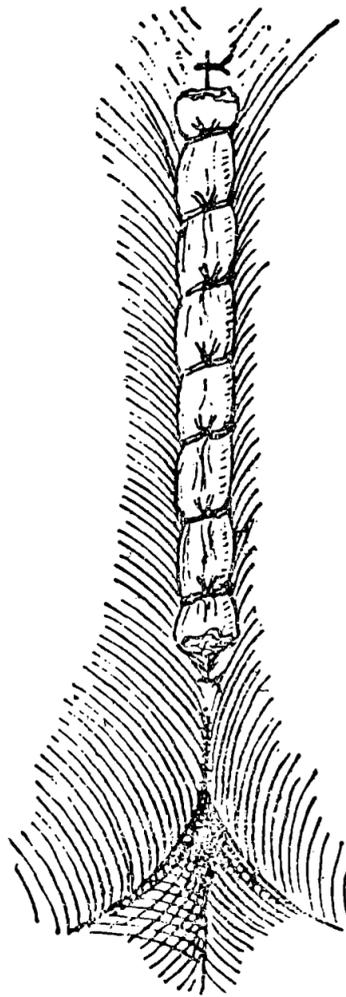


Figura 6.- Técnica de MAC FEE.-

10 y 12 días.- ( Fig. 6-)

Algunos autores se muestran entusiastas de este procedimiento, y dan como su principal indicación, la de enfermos, en que dadas sus condiciones es imposible tentar el cierre completo.-

En los casos elegidos se obtiene una cicatriz muy buena, el tiempo de curación es menor, y las recidivas son despreciables.-

### 3) EXTIRPACIÓN CON CIERRE POR GRANULACIÓN:

Después de la extirpación en bloque, se deja la herida operatoria ampliamente abierta, y se hace un taponaje con gasa envaselinada o Iódóformada, y se deja que la herida cicatrice por granulación.-

Es fácil de entender el lugar preponderante que en esta técnica ocupan los cuidados operatorios. Durante los primeros días, las curaciones serán diarias, pues hay una abundante eliminación de restos de tejidos en esfacelo, y una serosidad sanguinolenta, que por lo común es intensa.-

El empleo de sulfamida local, y de penici-

lina intramuscular no debe ser descuidado.-

Luego de una semana; y cuando la secreción ha disminuído grandemente, se pueden aplicar sobre la herida sustancias queratoplásticas (bálsamo del Perú, etc.-).

Cuando el tejido por granulación es muy abundante lo tratamos con Nitrato de plata.- El tiempo que tarda el tejido por granulación en rellenar la cavidad es sumamente variable, pero oscila alrededor de 2 meses como un término medio, dependiendo del tamaño de la herida, de la reacción inflamatoria y de los debidos cuidados postoperatorios. La objeción fundamental que se puede hacer a este método, es el tiempo excesivamente largo que tarda la total cicatrización, y las frecuencias de las curas, que son siempre molestas para el paciente.-

La recidiva no es infrecuente, y por otra parte la solidez de la cicatriz no es siempre perfecta. Se indica en especial en casos de numerosos trayectos fistulosos, y ramificaciones que invadan

el plano esquelético.-

Otros autores indican la siguiente técnica: hacen un taponamiento de la herida semejante al anterior, pero luego de unos días, en que disminuyen las secreciones, y estas tengan un buen aspecto, y libres del peligro cierto de la infección, hacen la sutura de los bordes cutáneo para disminuir el tiempo de cicatrización.-

Ambas técnicas están hoy casi del todo a -  
bandonadas.-

4) EXTIRPACIÓN CON CIERRE POR MOVILIZACIÓN DE UN COL

GAJO:

a) Técnica de LAHEY: Una vez extirpado el tejido patológico, igual que en todas las formas precedentes se encara el cierre de la brecha operatoria, con un criterio completamente distinto a los anteriores.

El autor trata con su técnica de remediar los inconvenientes surgidos por la presencia de cicatrices desvitalizadas, sin estar acolchadas por suficientes tejidos celuloadiposos y adherentes al

esqueleto, y que son a su juicio los causantes de los dolores e incapacidad en muchos de los enfermos operados con las técnicas anteriormente expuesta.

Sobre uno de los lados de la herida operatoria y aproximadamente a unos cinco centímetros de ella, se hace una nueva incisión curvilínea, de concavidad interna y tratando de que sea paralela y de la misma longitud que la incisión primitiva.

La incisión debe llegar en profundidad, hasta la aponeurosis de los glúteos, y luego se despeja cuidadosamente en bloque todo el colgajo de la aponeurosis.- Luego se corre el nuevo colgajo formado, hacia adentro, para cubrir la pérdida de sustancia creada por la intervención.-

Para fijarla en su nueva posición se pasan puntos de Catgut cromado, que atraviesan piel celular y el manto fibroso sacrococcígeo, y luego pasan pero en sentido inverso por los mismos planos del colgajo movilizado.- Se hacen puntos en "U" para mejor cierre cutáneo.-

Para cerrar el hueco dejado por la movilización del colgajo, se procede así: se pasan puntos que toman por un lado el glúteo con su aponeurosis, y por otro lado el borde de la incisión; cerrándose luego la piel mediante puntos en "U".-

Es conveniente dejar un drenaje en el lecho de esta segunda incisión para asegurar una mejor cicatrización, sin peligro de complicaciones.-

b) Técnica de FRANK SCHUTE: En este procedimiento luego de haberse practicado la clásica incisión losangica y la extirpación en bloque de todos los tejidos patológicos se procede a realizar a cada lado de la línea media, y sobre la herida cutánea, de forma curvilínea y de concavidad interna que llega bien profunda hasta el espesor de los glúteos; se constituyen dos colgajos fibromusculares, que se fraccionan hacia la línea media, y se sutura.

El colgaje externo, se logra movilizarlo mediante sección de las fibras musculares, y es llevado hacia la línea media, donde se sutura con el ho-

mólogo del lado ppuesto.-

Relata el autor que tuvo en la mayoría de sus enfermos ( 48 sobre un total de 59), una cicatrización por primera, en el término de 10 dias, y una convalescencia que oscila alrededor de 3 semanas.-

Incisión transversal: Técnica de JOHNSON Y CORHAM:

Se toman primero dos puntos de reparo que son los extremos inferiores de las articulaciones sacroilíacas.

La incisión consiste en unir ambos puntos y cae por lo común bastante por arriba de los tejidos enfermos. Su longitud es aproximadamente de 15 centímetros. Luego de pinzar el labio inferior se hace una prolija disección al par que se va traccionando hacia abajo para llegar al tejido patológico.

Se extirpa el tejido enfermo, y se cierra la herida colocando puntos entre la piel y la fascia en ambos lados de la herida.

Al hecho de que la herida no se encuentre en la línea media y a su alejamiento del ano, le atribuyen algunos, la rápida cicatrización, y el buen

cierre total, que proporciona esta técnica, es bueno decirlo, cuenta con algunos adeptos.-

Incisión en Raqueta: Técnica de L. FERGUSSON: Se practica un pequeño losange; en la parte inferior limita con exactitud la lesión, y en su parte superior es una línea sobre la línea media, y cuyo objeto es el de ofrecer un buen campo operatorio.

Luego se diseccionan y extirpan los tejidos en fermos tratando de conservar el tejido grasoso ambiente y por la parte profunda llega hasta el manto fibroso sacrococcígeo, y la aponeurosis de los glúteos.-

Luego se cierra la herida colocando puntos de Catgut, que pasan a través del celular y tomando también el manto fibroso, Seguidamente se procede a suturar los labios cutáneos entre sí, con puntos en "U" verticales.-

El autor aconseja retirar las suturas alrededor del cuarto día y da como cifra promedio de curación, el plazo de 14 días.-

La intervención la indica hacer con anestesia local, Novocaina al 1 % y diez gotas de Adrenalina. -

Incisión al Colgajo único: Técnica de DAVID BREZIN:

En este procedimiento no hay una incisión fija, que se emplea en todos los casos y por el contrario, varia de acuerdo al lugar que ocupan los orificios y trayectos fistulosos.- A veces conviene adoptar la incisión en "U" acostada, que tiene los dos extremos libres sobre uno de los lados de la línea media, y la parte cerrada o curvilínea en el lado opuesto.

Al adoptar este tipo de incisión es posible reflejar un colgajo cutáneo pediculado, previa una prolija disección, y dejar completamente a la vista del cirujano el tejido enfermo.

Cuando los orificios de la fístula se presentan a ambos lados de la línea media, es conveniente adoptar la incisión transversal u oblicua, y obtener el colgajo cutáneo, por disección de los dos la

bios de la herida.-

La obtención de colgajos cutáneos se logra tomando con pinzas los labios de la herida, traccionando y disecando prolijamente se lo libera del plano subyacente.-

Solo quedan adheridos al colgajo, las porciones de piel, que rodean los orificios cutáneos, patológicos quedando al descubierto en el fondo de la herida los tejidos enfermos.

Luego se procede a extirpar el tejido enfermo tratando de abarcar una buena porción de tejido grasoso de la zona circundante, quédándose mucho de abrir cualquier trayecto fistuloso. Posteriormente se trata de suturar los labios de la herida cutánea, y de no ser así, por lo menos acercarlos lo más posible.-

El profesor L.A. BAGLIETTO, en su libro, se muestra partidario entusiasta de esta técnica, y recomienda su adopción creyendola una solución al problema quirúrgico que no plantea esta operación.-

Según BREZIN, las ventajas que indican su método son: a) proporcionar un amplio campo, que permitirá la buena disección de los tejidos enfermos; b) el hecho de obtenerse curas por primera con excelente cicatrización, casi sin excepción en plazos muy breves; c) el trazado de la incisión no se hace sobre la línea media, situación ésta, que la coloca en ventaja apreciable sobre todas las demás, pues es sabido las dificultades que acarrea, en especial para la buena cicatriz, el hecho de que el trazo, caiga sobre la línea media.-

Casi no se observan complicaciones postoperatorias, y solo se ha visto alguna vez, separación de los labios de la herida en los puntos en que la incisión se cruza con la línea media.-

-----0-----0-----

### C O N C L U S I O N E S

- 1) El Quiste y las fístulas dermoideas sacrococci -  
geas representan del 0,5 a 1,5 %, de las afecciones  
quirúrgicas, de acuerdo a las estadísticas realiza-  
das en los Servicios de Cirugia del Profesor Dr. Jo-  
sé M. Mainetti, en el "Instituto General San Martín"  
y en el "Hospital Italiano " de la Ciudad de La Pla-  
ta.-
- 2) Aunque es una afección banal, no deja de tener se-  
ria repercusión social, por la incapacidad transito-  
ria que origina tanto para el trabajo, como en las  
filas militares.-
- 3) Las recidivas postoperatorias son frecuentes y -  
es obligación cooperar en el esfuerzo, para conse-  
guir una cura rápida y definitiva de esta afección.
- 4) Las indicaciones operatorias deben ser bien jus-  
tipreciadas, de acuerdo al momento anatomopatológi-  
co y evolutivo de la lesión.-
- 5) En el período de celulitis o de absceso agudo, lo  
indicado se reduce a dos palabras: antibióticos y

drenaje.-

En el período crónico , la exéresis completa en " vaso cerrado", y el cierre inmediato o por segunda intención de la herida de acuerdo a las circunstancias de terreno, de obesidad, de infección, de competencia por parte del cirujano, y de las posibilidades de una buena atención postoperatoria.

6) El procedimiento ideal es la exéresis y cierre total de la herida sin drenaje; la técnica preferida en el servicio es la de Ricardo FINOCHIETTO.-

Un gran aporte a la técnica es la terapéutica con antibióticos en especial, con Terramicina.

En casos sospechosos de infección, y en obesos, nos inclinamos por la técnica de WILLIAM MAC FEE.-

7) A pesar de ser una operación "simple", creemos que todavía no esta dada la última palabra en el tratamiento quirúrgico del Quiste Dermoideo Sacrococcígeo.-

-----0-----0-----

B I B L I O G R A F I A

- ALLENDE C., MESSUTTI R., Rev. Med. y C. Prof. 30 Mayo  
1941.- pag. 304.-
- BABCK., Pilonidal Sinus. Surg. Cli. of Chicago. 1919  
t-IV- pag. 753.-
- BACON H.E., Ano-recto-colon-sigmoideo. Bs. As. Edito-  
rial Labor 1942.-
- BAGLIETTO L.A., Físt. y Quistes Derm. Sacroc. Edito-  
rial "El Ateneo", Bs. As. 1946.-
- BLANCO ACEVEDO, Comunicación personal.-
- BREZIN D. Pilonidal Cysts. Am. Jour. of Surg. 1943 -  
59 pag. 18.-
- BUJIE L.A. Práctica Proctológica. 1943. pag. 68.-
- CAGE M., Pilonidal Sinus, An. of. Surg. 1935-21-pag. 175
- CALCAGNO., Bol. Soc. Cirug. Bs. As. 1934; pag. 791
- CATTEL R.B., Tech. of op. for Pil. Sinus. Surg. Clin.  
1934.- 14, pag. 1289
- COFFEY R.J., Mars. of. Pil. Cysts. U.S. Med. Bul. 1944  
pag. 42.-
- COHN I., An op. for Pil. Sinus. Amer. Jour. of Surg.  
1943; 60-61.-
- COLY R., The Treat. of. Pil. Cysts. Surg. Clin. of  
N.A. 1929- t 9 pag. 695.-
- CUTLER and ZOLLINGER: Amer. Jour. Surg. 1935-101-469
- DULLIGAN: Pilonidal Cysts. The Amer. Jour. of Surg.  
1929-VI- pag. 554
- DWIGHT R.W., Pil. Sinus. An. of. Surg. 1938; 107-400
- FERGUSON L.K. Pil. Cysts, An. Surg. 1935-101-469
- FERRARI R.C., Físt. o Quistes Dermoideos Coccígeos  
Semana Médica.- 1934-16-400.-

607

- FINOCHIETTO R., Fist. Derm. Recto-coccigeas. Su tratamiento.- Rev Cir.Bs.As.1928-7-385.-
- FOX S.L. The origin of. Pil. Sinus. 1935-60-137
- GUTIERREZ V. y BELCHOR M., Físt. dermat. rectosacroc. Rev. Cir. de Bs.As. 1934.- 13-65.-
- JOHNSON E.M. and CORHAM S.J. Pil. Cysts. U.S.Navy Med. Bull. 1 44-42-1330.-
- LAHEY F.H. and FURTHER A. Surg. Gynec. and Obst. 1932 54-521 $\frac{1}{2}$ -
- LANNELONGUE: Bol. et. Mem. de la Soc. de Chir. du Paris.- Mayo 15-1888-pag. 185.-
- LARKIN LEO C., Pil. Cysts. Surg. Gynec. and Obst. 1946-82-694.-
- MAC FEE W.F. Quistes y Físt. Dermoid. An de Cirug. 1942-116-687.-
- MAINETTI J.M. y CUCULICCHIO C. Sobre los peligros de la oper. del Quiste Derm. Sacroc. Rev. Méd. del Hosp. Italiano.- La Plata.- 1934.-
- MAINETTI J.M. y MERLO E., Cons. sobre el Trat. del Quiste Derm. Sacroc. Soc. Cir. La Plata.- 1941
- MC CUTCHEN, G.T., Pil. Sin. An of Surg. 1943-118-430.-
- MAC NEARLY R.W. Surg. Gynec. and Obst. 1919-29-592.-
- NUTSCHMAN P. and MITCHELL G.A. Jour. Am. Med. Assoc. 1944.- 124-30.-
- PAVLOSKY: Bol Soc. Cir. Bs.As, 1934-pag. 792.-
- QUERWAIN. Derm. y Físt. Dermoideas.-
- RIVAS C.I., Bol. Trab. de la Soc. Arg. de Cirujanos 1943.- t-IV-289.-
- SHUTEN F.C. and SMITH T.E., and BURCH J.C. Pil. Cysts Anales of. Surg. 1943-118-106.-

STONE H.B., Pil. Sinus. An. of Surg. 1924-79-410

TURREL, R. Pil. Sinus. and Cysts, Int. Abst. of Surg.

Vol. 93 n-5.-

YODICE, A. y GARCIA MATA A., Bol. Trab. de la Soc.

Arg. de Cirujanos.-1943-IV-289.-

ZENO H. BODEN A., Físt. y Quistes Sacroc. Semana

Méd. 1920-I-181.-

ZIEMAN S.A. Pil. Sinus. Surg. Jour. and Obst. 1938

66-231.-

-----0-----0-----

*Hans Oates*

*Son 69 folios*  
*[Signature]*



*[Signature]*

**RAFAEL LA FUENTE**  
OFICIAL EN JEFE  
CARGO DE LA PROSECRETARÍA

*155-82*