

Sesión del día 12 de marzo de 1963

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES SACROCOXÍGEOS

A. CARDONER PLANAS

Los quistes sacrocoxígeos, son unas formaciones diverticulares que se hallan en la línea media de las partes blandas que cubren la articulación sacrocoxígea y — que si no están inflamados —, tan sólo se acusan al exterior por un orificio por el que asoman algunos pelos.

Suelen presentarse en individuos jóvenes, robustos, morenos, hirsutos, con mayor frecuencia — sin que se sepa por qué razón —, en los de sexo masculino.

ETIOPATOGENIA. — Tres clases de teorías pretenden explicar el proceso de su aparición.

1.º *El origen congénito.* — Hacia 1890 LANNELONGUE formuló concretamente por primera vez esta teoría, según la cual estos quistes se originarían por invaginación (o *secuestación*) de restos del anillo ectodérmico que normalmente da lugar a las partes blandas de esta región. Otros — como TOURNEAUX y HERMANN — que también defendían el origen congénito de dichos quistes, los atribuían a la persistencia de restos del surco ectodérmico que da lugar al “filum terminale” de la médula espinal. Para otros autores — como BENJAMÍN, WAGNER, FULTON y HANKOHL (1) —, la referida causa radicaría en una *tracción* ejercida desde el punto de implantación del “filum terminale” en la piel. Se puede emparejar con todas estas teorías la sostenida por STONE quien afirmaba que estas malformaciones son la representación en la ontogenia, de unas glándulas anejas al aparato sexual de algunas aves, glándulas encargadas de segregar una sustancia odorífera afrodisíaca.

2.º *El origen inflamatorio.* — Para PATEY y SCARFF (2), estos quistes serían comparables a unos granulomas que a veces se producen en los surcos interdigitales de los barberos, a consecuencia de la penetración de algún fragmento de pelo dentro de un folículo pilosebáceo, donde determina una reacción inflamatoria. A este respecto cabe decir que WEALE (3) — que ha estudiado este problema por el crecimiento del pelo —, no cree en la viabilidad de la hipótesis de los dos autores antes mencionados.

3.º *El origen hormonal.* — En opinión de ROSSER las malformaciones cuya etiología examinamos resultarían de un trastorno de la secreción hipo-

fsaria, lo cual parece ser aplicable únicamente a aquellos casos en que — con el quiste sacrocoxígeo —, coexisten otras anomalías del desarrollo.

SINTOMATOLOGÍA. — Ya hemos dicho que — si no han sufrido ninguna inflamación —, se presentan a la inspección como un orificio fistuloso situado en la línea media por el que — y esto es lo más característico —, asoman algunos pelos.

Si está inflamado reúne los cuatro síntomas clásicos de la inflamación: tumor, color, dolor y enrojecimiento; generalmente la inflamación es debida a que — por una causa u otra —, el orificio fistuloso primitivo se ha obturado, pues el contenido del quiste nunca es aséptico.

Este proceso agudo puede remitir espontáneamente dejando — o no —, una supuración por el orificio primitivo; en otros casos, al obturarse este orificio, el pus se fragua un nuevo trayecto que desemboca al exterior por una abertura nueva. La repetición de inflamaciones y formación de nuevos trayectos fistulosos puede convertir las partes blandas de la región sacrocoxígea en una criba, en una extensión de 15 ó 20 cm.

DIAGNÓSTICO. — Si se tiene presente la sintomatología descrita en el apartado anterior, el diagnóstico es fácil.

Siempre es conveniente intentar averiguar si existe alguna comunicación entre el quiste y el recto o el ano, lo cual — por otra parte —, no es frecuente. Por otra parte, un estilete introducido en el trayecto fistuloso, se dirige francamente hacia el sacro, pero sin hallar ninguna superficie ósea denudada.

La evolución de la enfermedad impedirá confundir un quiste sacrocoxígeo inespecífico, con un absceso tuberculoso.

Tampoco pueden confundirse estos quistes con teratomas infantiles como la espina bífida y los meningoceles, situados en la región humbo-sacra.

Las otras malformaciones que deben diferenciarse de los quistes dermoides sacrocoxígeos son: *a*) las que resultan de la persistencia de restos del conducto neuroentérico que en el embrión humano de cuatro milímetros y en algunos vertebrados inferiores pone en comunicación el tubo medular con el intestino primitivo y con el exterior; *b*) las formadas a expensas de residuos del tapón cloacal — cuya reabsorción da lugar a la formación del ano —; en ambos casos *a*) y *b*) se halla histológicamente tejido epitelial cilíndrico (de origen endodérmico) al lado de tejidos de origen ectodérmico (epitelio pavimentoso, folículos pilosebáceos, pelos, dientes, uñas) característicos de los quistes dermoides sacrocoxígeos. Por último deben distinguirse estos quistes de *c*) los quistes presacros desarrollados a expensas de la pared posterior del recto y de estructura epitelial cilíndrica exclusivamente (origen endodérmico), que por otra parte son muy raros (51 casos

en 10 años en toda la literatura recogida por GERVISH) (4), estudiados concienzudamente por DUCOUDRAY, PADEANU y GARBAY (5).

TRATAMIENTO. — El tratamiento de los quistes sacrocoxigeos depende de su causa y de la etapa de su evolución en que se encuentren. Así uno de estos quistes de naturaleza inflamatoria por introducción de un pelo puede curar con una depilación cuidadosa, limpieza esmerada y administración de antibióticos y si supura, mediante una simple incisión y drenaje como todavía sostienen DWIGHT y MALOY (6).

No sucede lo mismo cuando son de origen congénito, pero aún en este caso hay que distinguir entre dos eventualidades, pues no será lo mismo tratar un quiste dermoide en la práctica civil, en un muchacho joven, que no lo ha visto inflamarse nunca, que enfrentarse con un quiste dermoide infectado (en período de absceso) en un soldado que ha sido portador de su dolencia durante varios días hasta su evacuación a un hospital, transportado frecuentemente en condiciones incómodas que aumentan su inflamación. Así se comprende que — como consecuencia de la experiencia alcanzada durante la última guerra mundial —, los cirujanos militares norteamericanos abogasen por la curación por segunda intención de estos quistes, después de operados, frente a la opinión de los proctólogos dedicados a la práctica civil, defensores de los métodos cerrados y cura por primera intención, siguiendo las pautas trazadas por primera vez por GABRIEL (7), que vamos a describir con brevedad.

Exéresis con sutura y cura por primera intención. — Se prepara al enfermo administrándole antibióticos durante dos días y un enema de limpieza la víspera de la intervención. Para ésta se le coloca en posición de Sims, se aplica una gasa empapada en una solución antiséptica en el ano y — después de anestesia general —, se practica una incisión de forma elíptica que en su máxima anchura tenga unos seis centímetros por unos diez de longitud; algunos como ANFRES han desviado hacia la izquierda el extremo inferior de la incisión para eludir una fosa que en esta región se halla, fosa que dificultaría la cicatrización; otros aplican sobre la piel ya incindida del quiste — y la suturan a sus bordes —, una gasa empapada en una solución antiséptica con el objeto de evitar la contaminación de la herida operatoria por el contenido del quiste.

A continuación se profundiza la incisión a través del tejido celular subcutáneo hasta llegar a la lámina aponeuráutica perióstica que cubre el coxis. Entonces — tirando hacia arriba del fragmento comprendido entre las dos superficies de incisión —, se van separando de la profundidad las partes blandas que rodean y encierran el quiste, el cual — de esta suerte —, no es abierto nunca.

Una vez retirado el quiste envuelto por la masa de tejido celular, se liberan lateralmente las partes blandas profundas del periostio en ambos

lados, para que el fondo de la herida operatoria no esté sujeto a tracciones laterales y no forme espacios muertos que podrían alojar hematomas.

La hemostasia se consigue casi totalmente mediante la aplicación de compresas empapadas de suero fisiológico caliente y escasas — cuantas menos mejor — ligaduras de pequeños vasos.

Para cerrar la herida operatoria se pasan profundamente — pero sin coger la aponeurosis —, cuatro hilos de crin y — entre ellos y en la piel — cuatro puntos de sutura interrumpida con seda que se anudarán los primeros, evertiendo el tegumento. Seguidamente, se aplica un rodete de gasa sobre la herida y los puntos de sutura cutáneos y — sobre este rodete — se anudan los puntos de crin. Se colocan compresas de gasa encima y se sujeta todo el apósito mediante tiras transversales de esparadrapo.

Los cuidados postoperatorios son: permanencia en cama durante cuatro días, en decúbito lateral, con la mayor inmovilidad posible. Alimentación semilíquida y que deje escasos residuos con el objeto de que el enfermo no deponga durante estos cuatro días. Limpieza — a diario —, de los alrededores de la herida, con una tornuda de gasa mojada en alcohol. Administración de 600.000 u.O. de penicilina cada dos días y de vitamina B₁₂ diariamente. A los cuatro días pueden ser retirados los puntos de la sutura cutánea y el enfermo puede levantarse y andar; se le administra un laxante salino para facilitar la primera defecación, después de la cual — y de todas las que sigan —, se aseptizarán los márgenes anales con agua oxigenada. Se retiran los puntos profundos — de crin —, a los ocho días.

Casi todos los cirujanos tienen pequeñas variaciones de esta técnica para resolver los fallos que con frecuencia impiden la cicatrización por primera intención; a veces todos van bien y en otras ocasiones todos fracasan. Limitándonos a cirujanos barceloneses con los que hemos comentado el caso, encontramos que RIBAS ISERN inyecta en la herida operatoria, una solución de antibióticos; otros como PI FIGUERAS y su escuela depilan cuidadosamente con radioterapia la piel de la región para evitar la inclusión de algún pelo en la herida operatoria; otros como JUAN MAS OLIVER y sus colaboradores, dan la mayor importancia a la tensión lateral en los márgenes de la herida, por lo cual hacen los puntos de crin en ocho y — en lugar de anudar los extremos del crin sobre el rollo de gasa descrito —, los anudan en fadores contruidos expofeso; por creer que la formación de espacios muertos y la acumulación de hematomas en el fondo de la herida es la causa de los fracasos; QUINTANA VINTRÓ y MUNDET apelan a la aspiración continua con lo cual convierten el procedimiento "cerrado" de Gabriel en "semicerrado". Para obviar los inconvenientes de la tracción lateral, LAHEY practicaba unas incisiones paramedianas — paralelas al eje mayor del quiste —, que alcanzaban hasta la aponeurosis; otros han empleado injertos de músculo glúteo para rellenar en parte la cavidad resultante de la extirpación del quiste, lo cual nos parece peligroso.

Resumiendo todas las eventualidades, cuando se retiran los puntos profundos pueden ocurrir tres cosas:

1.º Que las partes blandas se hayan unido y se haya obtenido la cicatrización por primera intención.

2.º Que por haberse movido el enfermo, dicha cicatrización no se haya obtenido. En este caso nos ha dado buen resultado tratar la cavidad resultante como si fuera la que se produce en el tratamiento quirúrgico de las osteomielitis por cuero extraño, es decir, rellenándola con gasa empapada en Bálsamo del Perú y retardando las curas a cada cuatro o cinco días.

3.º Finalmente es posible que al retirar los puntos de sutura y el apósito que cubre la herida, se muestre alguna supuración, en cuyo caso es preciso abrir ampliamente la herida operatoria, desbridar algún trayecto fistuloso que había pasado desapercibido durante la intervención y dejar curar por segunda intención como en el procedimiento de:

Exéresis sin sutura. — Este modo de tratar los quistes sacrocoxigeos es recomendable cuando han sufrido procesos infecciosos y supuraciones que han provocado la formación de tejido fibroso periquístico y — en muchos casos — la formación de nuevos trayectos fistulosos.

La forma de la incisión será también elíptica, pero — forzosamente — de mayores dimensiones que en el caso de que el quiste no se hubiera inflamado nunca. Se profundizan las incisiones cutáneas pero no se despegan lateralmente las partes blandas profundas de las aponeurosis subyacente, ni se aplican puntos de sutura, quedando la herida operatoria ampliamente abierta. En los días sucesivos se cura como toda herida infectada, procurando que no quede ningún trayecto fistuloso sin poner a cielo abierto. La cicatrización es lenta, tardándose dos o tres meses en conseguir la curación total. Si ha desaparecido toda supuración puede aplicarse el procedimiento del Bálsamo del Perú antes descrito. Para abreviar la larga duración del proceso cicatricial, BUITE ideó la:

Marsupialización. — Procedimiento poco brillante pero que en manos de su autor ha dado buenos resultados y que todavía era recomendado en 1960 por ABRAMSON (8). Consiste en resecar la piel que cubre el quiste y sus paredes laterales, suturando el fondo a los bordes de la incisión cutánea, con lo cual se logra: un buen drenaje y una economía en la resección de partes blandas, lo cual lleva como consecuencia que la cavidad resultante sea menor.

BIBLIOGRAFÍA

1. BENJAMÍN, WAGNER, FULTON y HANKOHL: "Medical Times" 1954, 82, 903.
2. PATEY y SCARFF: "Lancet", 1946, 2, 484.
3. WEALE: "Lancet", 1955, 230.
4. GERWISH: "Annals of Surgery", 1954, 140, 81.
5. DUCOUDRAY, PADLANU y GARBAY: "Journal de Chirurgie", 1962, p. 201.
6. DWIGHT y MALOY: "New England Journ of Med.", 1953, pp. 249
7. GABRIEL: "The Principles and Practice of Rectal Surgery", Londres, Lewis, 1932, p. 104.
8. ABRAMSON: "Annals of Surgery", 1960, p. 260.