

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

QUISTE DERMOIDEO

SACROCOXIGEO

Tesis de doctorado

por

RAUL FEDERICO ECHEVERRY

- 1952 -

Padrino de tesis

Prof. Dr. Inocencio F. Canestri

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

AUTORIDADES:

RECTOR:

Ing. Carlos Pascali

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Carmelo Puciarelli

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don José Muñoz

PROSECRETARIO GENERAL:

Dr. Juan Carlos Nieves

CONTADOR GENERAL:

Prof. Enrique Jorge Mateo Barbier

CONSEJO UNIVERSITARIO:

Prof. Dr. Alberto Gáscón
Prof. Dr. José P. Uslenghi
Prof. Dr. Pedro G. Paternosto
Prof. Dr. José F. Molfino
Prof. Dr. Carlos M. Harispe
Prof. Dr. Nicolás Gelormini
Ing. Manuel Ucha Udabe
Ing. Agripino R. Spampinatto
Ing. José M. Castiglione
Ing. José J. Vidal

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES:

DECANO:

Prof. Dr. Alberto Gáscon

VICE-DECANO:

Prof. Dr. José P. Uslenghi

SECRETARIO:

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

PROSECRETARIO:

Don Rafael G. Rosa

CONSEJO DIRECTIVO:

Prof. Dr. José P. Uslenghi

Prof. Dr. Carlos Floriani

Prof. Dr. Fidel A. Maciel Crespo

Prof. Dr. Enrique C. Baldassare

Prof. Dr. Valentín C. Girardi

Prof. Dr. Ernesto L. Othaz

Prof. Dr. Pedro A. Crocchi

Prof. Dr. Aldo E. Imbriano

Prof. Dr. Francisco Martone

Prof. Dr. Manuel M. del C. Torres

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS:

Dr. Rophillo Francisco
Dr. Greco Nicolás V.-
Dr. Soto Mario L.-

PROFESORES TITULARES:

Dr. Argüello Diego M. - Cl. Oftalmológica.-
Dr. Baldassare Enrique C. - F.F. y T. Terapéutica.-
Dr. Bianchi Andres C. - Anatomía y F. Patologicas.-
Dr. Caeiro José A. - Patología Quirurgica.-
Dr. Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria.-
Dr. Cervini Pascual R. - Cl. Pediatrica y Pueric.-
Dr. Corazzi Eduardo S. - Patología Médica I.-
Dr. Christmann Federico E. - Cl. Quirurgica IIa.-
Dr. D'Ovidio Francisco R.E. - Pat. y Cl. Tuberculosis.-
Dr. Echave Dionisio - Física Biológica.-
Dr. Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica.-
Dr. Floriani Carlos - Parasitología.-
Dr. Gandolfo Herrera Roberto I. - Cl. Ginecológica.-
Dr. Gascón Alberto - Fisiología y Psicol.-
Dr. Girardi Valentín C. - Ortopedia y Traumat.-
Dr. Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal.-
Dr. Lambre Rómulo R. - Anatomía Ia.-
Dr. Lyonnet Julio H. - Anatomía IIa.-
Dr. Maciel Crespo Fidel A. - Semiología y Cl. Prop.-
Dr. Manso Soto Alberto E. - Microbiología.-
Dr. Martínez Diego J.J. - Patología Médica IIa.-
Dr. Mazzei Egidio S. - Cl. Médica IIa.-
~~Dr. Monteverde~~ Monteverde Victorio - Cl. Obstetrica.-
Dr. Obiglio Julio R. A. - Medicina Legal.-
Dr. Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica.-
Dr. Rivas Carlos I. - Cl. Quirurgica.-
Dr. Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia.-
Dr. Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica.-
Dr. Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia.-

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EVA PERON

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS:

- Dr. Acevedo Benigno S. - Química Biológica.-
Dr. Andreu Luciano M. - Cl. Médica Ia.-
Dr. Barani Luis T. - Cl. Dermatosifilográfica.-
Dr. Bach Víctor Eduardo - Cl. Quirúrgica Ia.-
Dr. Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria.-
Dr. Bellinghi José - P. y Cl. Tuberculosis.-
Dr. Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica.-
Dr. Briasco Flavio J. - Cl. Pediatría y Pueric.-
Dr. Calzetta Raul V. - Semiología y Cl. Prop.-
Dr. Carri Enrique L. - Parasitología.-
Dr. Cartelli Natalio - Cl. Genitourológica.-
Dr. Castedo César - Cl. Neurológica.-
Dr. Castillo Odena Isidro - Ortopedia y Traumat.-
Dr. Ciafardo Roberto - Cl. Psiquiátrica.-
Dr. Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica.-
Dr. Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica.-
Dr. Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica.-
Dr. Chescotta Néstor A. - Anatomía Ia.-
Dr. Crocchi Pedro A. - Radiología y Fisioterapia.-
Dr. Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatol.-
Dr. De Lena Rogelio - Higiene y Med. Social.-
Dr. Dragonetti Arturo R. - Higiene y Med. Social.-
Dr. Dussaut Alejandro - Medicina Operatoria.-
Dr. Dobric Beltrán L.L. - P. y Cl. Tuberculosis.-
Dr. Fernández Audicio Julio C. - Cl. Ginecológica.-
Dr. Fuertes Federico - Cl. Enf. Infec. y P.T.-
Dr. Garibotto Román C. - Patología Médica Ila.-
Dr. García Olivera Miguel Angel. - Medicina Legal.-
Dr. Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica.-
Dr. Giroto Rodolfo - Cl. Genitourológica.-
Dr. Gotusso Guillermo O. - Cl. Neurológica.-
Dr. Guixá Héctor Lucio - Cl. Ginecológica.-
Dr. Gorostarzu Carlos María - Anatomía Ila.-
Dr. Ingratta Ricardo N. - Cl. Obstétrica.-
Dr. Imbriano Aldo Enrique. - Fisiología y Psicología.-
Dr. Lascano Eduardo Florencio - Anat. y F. Patológicas.-
Dr. Logascio Juan - Patología Médica Ia.-
Dr. Loza Julio César - Higiene y Med. Social.-
Dr. Lozano Federico S. - Cl. Médica Ia.-
Dr. Mainetti José María - Cl. Quirúrgica Ia.-
Dr. Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica.-
Dr. Manguel Mauricio - Cl. Médica Ila.-

Dr. Marini Luis C. - Microbiología.-
Dr. Martinez Joaquín D.A. - Semiología y Cl. Prop.-
Dr. Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica.-
Dr. Meilij Elias - P. y Cl. Tuberculosis.-
Dr. Michelini Raul T. - Cl. Quirúrgica IIa.-
Dr. Morano Brandi José F. - Cl. Padiátrica y Pueric.-
Dr. Moreda Julio M. - Radiología y Fisiot.-
Dr. Nacif Victorio - Radiología y Fisiot.-
Dr. Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica.-
Dr. Negrete Daniel Hugo - Pat. Médica.-
Dr. Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica.-
Dr. Prieto Elias Herberto - Embriol. e H. Normal.-
Dr. Prini Abel. - Cl. Otorrinolaringología.-
Dr. Penín Raul P. - Cl. Quirúrgica Ia.-
Dr. Polizza Amleto - Medicina Operatoria.-
Dr. Ruera Juan - Patología Médica Ia.-
Dr. Sanchez Héctor J. - Patología Quirúrgica.-
Dr. Torres Manuel M. del C. - Cl. Obstétrica.-
Dr. Trinca Saul E. - Cl. Quirúrgica IIa.-
Dr. Tau Ramón - Semiología y Cl. Prop.-
Dosi Tosi Bruno - Cl. Oftalmológica.-
Dr. Tropano Antonio - Microbiología.-
Dr. Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica.-
Dr. Vanni Edmundo O.F.U. - Semiología y Cl. Prop.-
Dr. Vazquez Pedro C. - Patología Médica IIa.-
Dr. Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica.-
Dr. Zabłudovich Salomón.- Cl. Médica IIa.-
Dr% Zatti Herminio L.M. - Cl. Enf. Infec. y P.T.-
Dr. Roselli Julio - Cl. Padiátrica y Pueric.-
Dr. Schaposnik Fidel A. - Cl. Médica IIa.-
Dr. Caino Héctor Vicente - Cl. Médica Ia.-
Dr. Cabarrou Arturo - Cl. Médica Ia.-
Dr. Arditi Rocha René J.J. - Cl. Psiquiátrica.-
Dr. Martone Francisco - Higiene y Med. Social.-

A mi madre

A la memoria de

mi padre.-

El quiste dermoideo sacrocoxigeo, pilonidal sinuses de los autores de habla inglesa (pilus & pelo, nidus = seno, cavidad) , es una afección congénita caracterizada por trayectos revestidos de epitelio, con o sin formaciones quísticas, que se desarrollan en los tegumentos de la región sacro coxigea.-

En este trabajo me he de ocupar especialmente de su tratamiento quirúrgico.-

Reseña anatómica :

Como es por todos conocido que la localización mas común del quiste dermóideo es en el sacrocóxis, haré someramente un recuerdo anatómico de la región que delimitaré rápidamente.-

Situación y Límites:

Los límites superficiales de la región sacrocoxigea son los del sacrocóxis.-

1°) Por arriba: un plano horizontal que pasa entre la 5ta. vértebra lumbar y la cara superior del sacrocóxis; este plano corresponde superficialmente a una línea paralela que pasa 2 cmts. por debajo de la transversal que une las dos crestas iliacas.-

2°) Por debajo: la punta del cóxis.-

3°) Lateralmente: los bordes del sacrocóxis. En profundidad hasta el espacio retrorectal. De este modo limita la región por arriba con la R.L.: por encima del perineo anal, por detras el recto y a los lados las eminencias gluteas.-

Conocidos ya los límites anatómicos pasemos a los planos integrantes de la región; comenzando de la superficie a la profundidad, tenemos:

1°) Capas superficiales

2°) Capas musculoaponeuróticas

3°) Plano esquelético

1°) CAPAS SUPERFICIALES: aquí encontramos:

a) Piel

b) Tejido celular subcutaneo

a) PIEL:

La piel de la región sacrocoxigea es gruesa y resistente en toda su extensión. Poco movable en la región del pliege entergluteo, pero que se desliza bastante facilmente sobre los planos subyacentes

a nivel del sacro.

La piel de la región sacrocoxigea, presenta con bastante frecuencia, en la línea media, dentro del espacio que separa el ano del borde inferior del sacro una pequeña depresión más o menos acentuada que es la fosita coxigea de ELKER, el infundibulo coxigeo de HUERTAUX; esta fosita coxigea que, según LANELONGUE, se observa sobre todo en el niño, resulta de las modificaciones que sufre la eminencia coxigea del embrión en el curso del desarrollo (ECKER).

Según HERMAN y TOURNEUX, sería debida a la inserción, sobre la cara profunda de la dermis, de vestigios de ligamentos de este aparato atrofiado que es sabido representa en el hombre la cola de los mamíferos. En los niños de raza amarilla y de ahí su nombre, por encima del pliegue intergluteo aparece una mancha de color azulado que desaparece entre los 8 y 10 años, llamada mancha mongólica. En los niños de raza blanca, aunque muy excepcionalmente, suele aparecer según APERT.-

b) TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, VASOS Y NERVIOS SUPERFICIALES.-

Este tejido va disminuyendo en espesor desde la parte superior a la inferior o sea de la base del sacro hacia el coxis y varía según los sujetos.-

MORESTEIN describió meticulosamente dos bandas aponeuróticas que le dió el nombre de aparato suspensorio del pliegue gluteo; estas bandas dan ramificaciones que son las que fijan la piel a la aponeurosis; también limita este aparato, bolsas serosas que son las que sirven para facilitar el deslizamiento de la piel sobre las eminencias óseas.-

c) VASOS:

1) Arterias provienen de la sacra media, rama terminal de la aorta y las sacras laterales que en número de 2 a cada lado, una superior y otra inferior, nacen de la iliaca interna.-

d) VENAS:

Desembocan en las sacras media y sacras laterales en forma plexiforme, que acompañando las arterias desembocan en la iliaca primitiva del lado correspondiente.-

e) LINFATICOS:

Los superficiales terminan en los inguinales y los profundos en los ganglios pélvicos.-

f) NERVIOS:

Tanto los superficiales como los profundos provienen de las ramas posteriores de los nervios sacros y del nervio coxigeo.-

2) CAPAS MUSCULOAPONEUROTICAS:

a) Aponeurosis lumbosacra.

b) Origen de los músculos espinales.

a) APONEUROSIS LUMBOSACRA:

Quitamos la piel y el tejido celular, percibimos a derecha e izquierda de la linea media, insertos en las partes laterales del sacro y coxis, los bordes posteriores de los dos músculos gluteos mayores.-

Estos dos músculos limitan entre si un espacio de forma de V abierta hacia arriba, que se podría llamar espacio intergluteo, espacio ocupado por un plano aponeurótico, que no es otra cosa que la terminación de la aponeurosis lumbar o aponeurosis lumbosacra.-

ESTUDIO EMBRIOLÓGICO DE LA REGIÓN SACROCOXÍGEA

Recordaré que la placa neural también llamada lámina medular sirve para formar el surco neural el cual es un derivado del ectodermo.

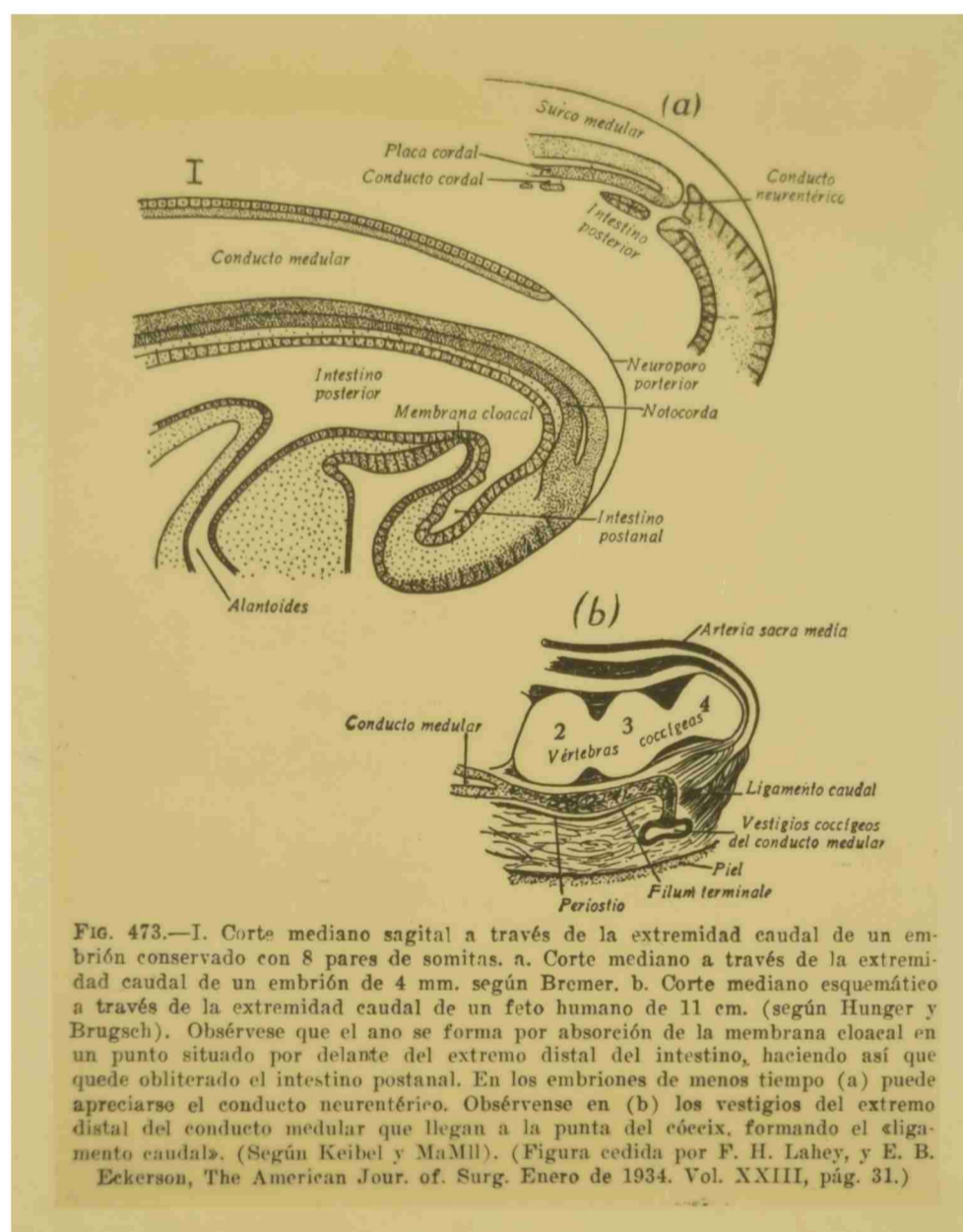


Fig. 1

Las partes laterales de este surco se van modificando lentamente para ir formando merced a sus células constituidas un conducto el cual toma el nombre de tubo medular o neural.—

En esa transformación, la cuerda dorsal o notocorda, permanece incluida parcialmente.—

El conducto notocordal da origen al con-

ducto neurentérico y el surco neural se comunican por la porción posterior del intestino caudal.

El conducto neurentérico normalmente se oblitera antes de los 28 días de vida embrionaria.-

La columna vertebral hacia la duodécima semana, toma un desarrollo más pronunciado que el tubo medular existiendo entre ambos una desigualdad de longitud manifiesta. El tubo medular queda mucho más alto que las últimas vértebras.

Esta ascensión hace que la porción más distal de dicho tubo, todavía adherida a la piel, y que de muy distendida. Esta porción distendida se divide en dos segmentos: uno coxigeo y otro caudal reflejado.-

El coxigeo se atrofia y desaparece al cabo del cuarto mes; el caudal o reflejado sigue su evolución y se convierte en una masa tubular que toma el nombre de "vestigio coxigeo del tubo medular". Estas formaciones o vestigios se encuentran tapizadas por una capa de células columnales o poliédricas las cuales se unen al coxis por un haz de fibras laminares que toman el nombre de "ligamento caudal". El máximo desarrollo de estas formaciones llega a culminar alrededor del quinto mes; desde entonces en adelante estas sufren una atrofia progresiva.-

Los vestigios de las mismas pueden dar lugar a quistes dermoideos, a senos o tumores mixtos, situados en general en la parte posterior del coxis, aunque se lo pueden encontrar en el perineo o en la parte anterior del sacro.-

Las fibras que constituyen el ligamento caudal irradian hacia la piel que tapiza la extremi-

dad del coxis y como el crecimiento de las vertebrae caudales es más ligero que el de las porciones blandas y el de la piel, esta última es llevada y atraída por la tracción del ligamento, adherida a ella quedando invaginada y dando lugar a la formación de una depresión en forma de embuco y que toma el nombre de " divertículo sacro coxigeo o seno piloso ".

Según MALLORY el cierre de este seno o de su abertura al exterior, da lugar a la formación de quiste dermoideo o de seno piloso respectivamente (Fig. 1, tomada de H.E. BACON).-

ETIOLOGIA Y PATOGENIA:

Sobre el origen de esta entidad nosológica se ha escrito mucho. El primero en explicar el origen de los divertículos retrocoxigeos fué WARREN el cual los atribuía a una reversión en la polaridad de crecimiento de los folículos pilosos. HODGES creía en cambio que ello se debía a una soldadura incompleta de las mitades derechas e izquierdas del cuerpo y que formándose así un divertículo este estaba lleno de pelos provenientes de otros sitios del cuerpo. Con ello nace la "teoría de la invaginación estodérmica ". LANNELONGUE aunque sostenía esta hipótesis atribuía los quistes y los senos sacrocoxigeos a un crecimiento hacia adentro de la piel que redobre el coxis (BLAN, SUTON, LECROCE, DULLIGAN, STONE, . STORPE,) ORHBECKER supone que la tracción del ligamento caudal el cual es una prolongación de las vértebras caudales, hasta la piel en forma de tractus de tejido conjuntivo produce la invaginación de la piel desprovista de pelos de la región sacrocoxigea, arrastrando

hasta este divertículo las márgenes del mismo formado por la piel conteniendo folículos pilosos. La invaginación se provoca por la misma columna vertebral que hace que lleve consigo mismo la piel arrastrándola hacia arriba y atras. En el fondo de esta cavidad se encuentran productos del metabolismo de la piel formando así quistes o bien dando lugar a la formación de pus y trayectos fistulosos. A PARTIR DE ESTE MOMENTO UN QUISTE DERMOCIDEO NO CURA POR SI MISMO.

NEWELL de acuerdo con esta manera de ver busca su explicación diciendo que debe llamarse dermoideo por tracción. Esto no asegura que se trata de una mala conformación, sino que sería el equivalente de la glándula esteatopigea de las aves. TOROK atribuye a una invaginación epidérmica de células ectodérmicas en estado potencial y que luego dan lugar al quiste. BRUCK que es un quiste que no tiene relación ni con la piel ni con el canal medular. Hay otras opiniones así como la de MASSON que habla de una sola coalescencia de los tejidos de cubierta. BOOKMAN atribuye a un desplazamiento de células que quedando aisladas al producirse la visión de la línea media y acumulándose la secreción de las glándulas, daría lugar al quiste. Para MUMERY son secuestros dermoideos. DULLIGAN es de opinión que los quistes pilosos son resultado simplemente de una invaginación ectodérmica producto de un traumatismo.

La " TEORIA NEUROGENA ", lo atribuyen a una mal formación del canal neural; fué primeramente propuesta por TOURNEAUX y HERRMANN. Esta opinión tubo gran apoyo con las investigaciones de MALLORY sobre cortes microscópicos en serie atravez del sacro

y del coxis en embriones humanos demostró la existencia constante de una formación tubular, tapizada por células epiteliales, cubicas o culumnarias que unen dichos huesos con la piel: atribuye a la no desaparición de estos vestigios medulares, la formación de divertículos senos y quistes congénitos que aparecen en la linea media de la región sacrocoxigea. Para FERRE, esta teoría es la más digna de crédito. ANDERSON dice: si no se presenta la atrofia de tales formaciones, podría desarrollarse un seno piloso si queda abierto; si el ectodermo así secuestrado queda cerrado por completo, se forma un quiste. TRILLON atribuye a tipos de la espina bífida y TAIT lo acepta considerándolo como cicatrices de una espina bífida oculta. Para WEDEN la mayoría de los senos-quistes dermoideos, o divertículos pilosos que residivan despues de la extirpación en blokk, son resultado de la falta de obliteración del conducto medular y que este conducto no obliterado continua por debajo del último segmento sacro y aun de la articulación sacrocoxigea.

HISTOLOGIA Y ANATOMIA PATOLOGICA:

En un corte histológico de un quiste dermoideo las paredes demuestran la presencia de una capa de epitelio plano poliestratificado, con divertículos glandulares y folículos pilosos. En su parte profunda se encuentra una membrana basal

Una vez inflamado el tejido conjuntivo circundante aparece una infiltración con células del tipo polinuclear con linfocitos y monocitos; la cubierta epitelial se elimina y el proceso infiltratorio sigue su curso hasta llegar a la supuración encontrándonos con zonas en vías de necrosis y que en su interior tienen células gigantes del tipo fagocitario.-

Los dermoides son generalmente tumores quísticos, su interior está constituido por una cavidad única o múltiple tapizada de epitelio es-



Fig. 2

camoso en el cual se perciben a veces, rudimentos de ciertos órganos anexos a la piel, así como pelos y glándulas sebáceas. La pared es dura al corte y la cavidad está llena de substancia sebacea.

A veces estos tumores son más complejos notándose la presencia de dientes, huesos, cartilagos y músculos, órganos nerviosos, tomándose el nombre estos tumores de teratomas, tumores teratomosos o teratoides. Los dermoides lo mismo que los tumores teratoides se encuentran encapsulados y suelen adherirse al periostio del sacro sin tomar parte directa con el hueso.- Su ubicación es en la parte dorsal del sacro como así también en su parte ventral entre el sacro y el recto. El tamaño de estos tumores varía desde el tamaño de una mandarina hasta el de una cabeza de feto; son de forma ovoide y su consistencia varía de acuerdo a su contenido ya sea sólido o líquido, vale decir, consistencia firme o consistencia quística, respectivamente.

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO

Generalmente la historia clínica del enfermo nos revela sensaciones molestas en la región sacrocoxigea desde hace algún tiempo; a veces nos habla de abscesos que fueron abiertos por el médico o bien espontáneamente o a consecuencia de un traumatismo. Notan los enfermos en la generalidad de los casos que sus ropas interiores aparecen manchadas de una secreción serosanguinolenta o seropurulenta, a veces con abundante fetidez. A veces hay dolor exquisito y una sensibilidad exaltada in situ o bien por las partes circunvecinas, a veces la sintomatología es de lo más

efimera, llamando solo la atención del que examina al enfermo el cambio de coloración de la piel al nivel del sacro por arriba del ano, también la presencia de una tumoración puede llamar la atención desde un comienzo. Con frecuencia el enfermo refiere la existencia de un traumatismo anterior, más o menos alejado, cuyo valor como factor etiológico es casi siempre nulo y que en el mejor de los casos puede servir para llamar la atención sobre la existencia de este proceso que responde a otras causas.-

En la mayoría de los casos se perciben en la línea media entre la punta del coccyx y del ano uno o dos orificios que dan salida a una secreción poco o muy abundante y a veces mechones de pelo o sebo, los cuales provienen de una tumoración inmediata; llevan estos orificios una dirección hacia adelante y arriba llegando algunas veces hasta el hueso. El diagnóstico es generalmente sencillo; otras afecciones como ser venereas, bacilares o neoplásicas de los órganos que circundan se distinguen con facilidad. Las Fístulas anales que son las que más podrían confundirnos, acusen en el estilete un cambio de dirección inverso es decir hacia abajo y adelante, yendo hacia el ano y no hacia el recto. Es común que provengan de la inflamación de una cripta de Morgagni.-

TRATAMIENTO PROFILACTICO:

En el año 1859 ECKER describía una fosilla coccigea la cual era constituida por una depresión del rafe ano coccigeo de los niños que

avanzando aun más, constituiría el " embudo de HERTEAUZ " y que evolucionando aun más formaría una especie de tunel. Profilácticamente se podría proceder a su extirpación, ya que inflamándose el embudo sigue luego la obstrucción y enquistamiento lo cual infectándose a posteriori, daría lugar a la formación de una fístula secundaria.-

TRATAMIENTO MEDICO

Dentro del tratamiento médico que se puede hacer aun quiste dermoideo se han probado muchísimas substancias las cuales no han dado resultado.-

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Oportunidad operatoria radical -

Hay una indicación precisa en lo que respecta al tratamiento operatorio, siendo ella la oportunidad de su realización. La extirpación (no se debe efectuar sino se han incidido y aceptizado los absesos). La oportunidad operatoria existe siempre que esté fuera del periodo agudo, siendo preferible dejar pasar un tiempo más o menos prudencial para luego proceder a su exeresis.

A raiz de este concepto MORTER manifestó que: "una operación demasiado precóz después de un proceso inflamatorio agudo, es una de las causas más importantes del fracaso"

Es cierto que es preferible dejar pasar un tiempo prudencial despues del acceso agudo, antes de efectuar la intervención; también diremos que hay que tratar de evitar que este proce

so se repita por demora del acto operatorio, porque traería consigo la extensión de las lesiones y como consecuencia la exeresis tendrá que ser mucho más amplia. Además la posibilidad del cierre por primera intención corre riesgo y aumentan las posibilidades de una recidiva y el post operatorio se prolongue. Así que en la faz aguda nos limitaremos a indicar reposo al enfermo y aplicaremos calor o frío y luego procederemos a efectuar el drenaje y la aplicación local de antibioticos, sin esperar la fluctuación; emplearemos un tubo y no así gasa que ocasionan retención y dolor.

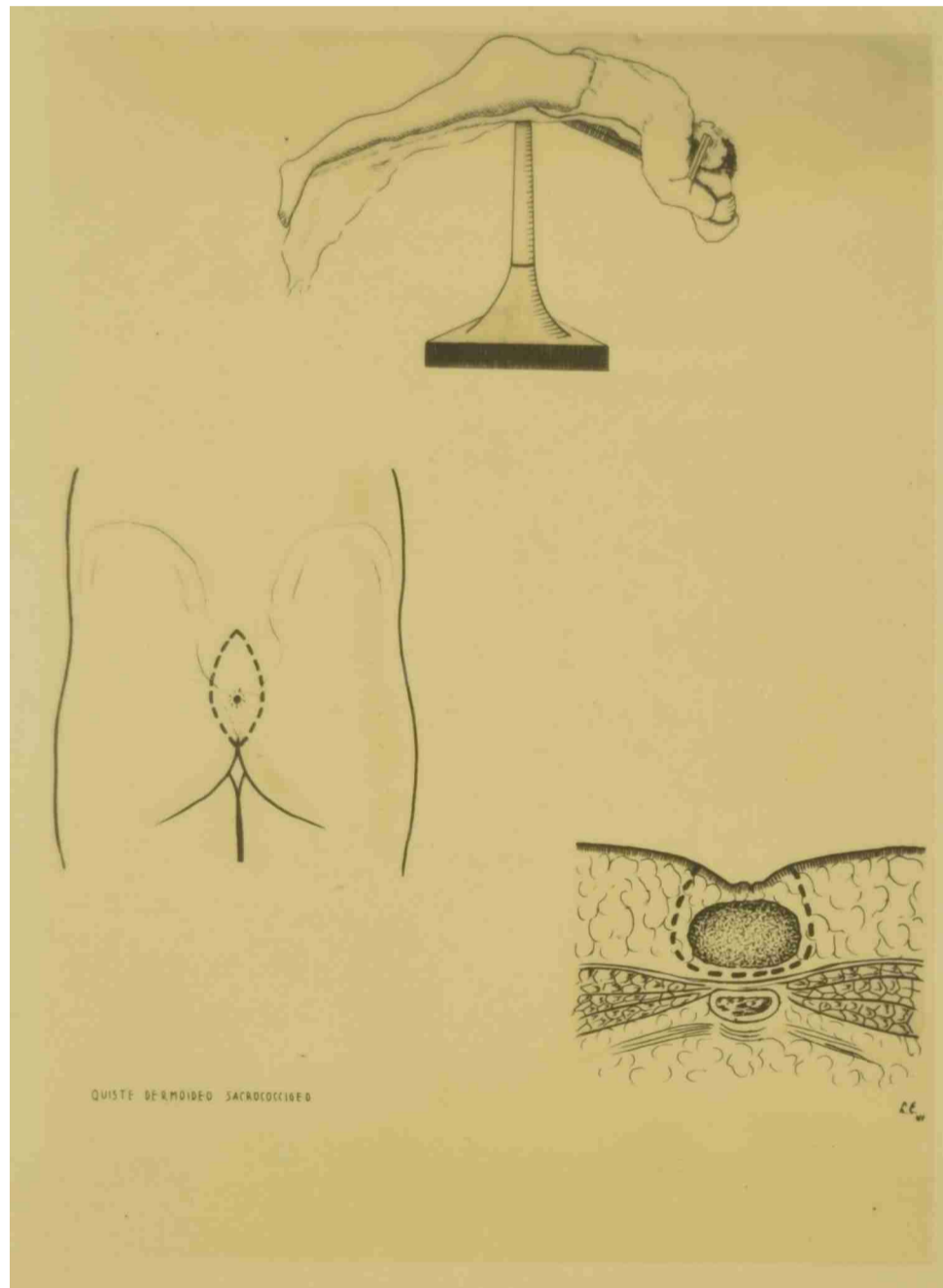
Llegado el momento oportuno de la intervención, esta se realiza. No obstante el peligro de la infección local o general existe porque se opera en tejidos infectados.-

PRE OPERATORIO

Es conveniente afeitar rigurosamente y luego, practicar lavados de la piel con distintos antisépticos. LARROCHELLE usa una solución de Matahen al 1: 5000, luego se cubre con apósitos antiseptico para mantenerla limpia. El enfermo debe ir a la mesa de operaciones con su intestino limpio, Para ello se le administrará un purgante 48 horas antes y como medida de precaución puede hacerse vacunas y administrar sulfamidas o penicilina antes de la operación, premedicación con morfina, atropina, lo que nos proporciona un enfermo tranquilo y dócil durante el acto operatorio.-

POSICION OPERATORIA

El enfermo debe colocarse en decúbito prono y presentar bien expuesta la región sobre la cual se efectuará la intervención.



CAMPO OPERATORIO

Puede usarse cualquiera de los antisépticos comunes; tintura de yodo, merthiolate, etc.-

ANESTESIA

Con respecto a la anestesia, los

critérios difieren. BOCKMAN y PREY prefieren eter o gases y rechazan la infiltración local por considerarla peligrosa de difundir la infección. FINOCHEETTO; DIONISI; MORTER y otros prefieren la local con novocaina. Algunos usan la raquidea y los menos la epidural.-

La anestesia raquidea o epidural debe ser efectuada alta, por encima del sacro entre la cuarta y quinta vértebra lumbar.

Vamos a exponer a continuación la opinión de V. GUTIERREZ y M. BELCHOR, sobre los motivos por el cual no conviene la anestesia local y aconseja la raquidea.-

La local, dicen, es la ideal teóricamente, pero en la práctica tiene inconvenientes: la infiltración del tejido dificulta la disección y el reconocimiento de los tejidos sanos y sobre todo se expone a pinchar con la aguja el foco séptico especialmente cuando se hace infiltración hacia el fondo de la lesión.-

Sobre la cara posterior del sacroccis, si así sucede se propaga la infección a los tejidos vecinos sanos que determinan supuraciones post-operatorias que impiden la cicatrización por primera. La condición indispensable para obtener la curación optima es la asepsia absoluta y si la aguja penetra en el foco séptico la asepsia ya no existe.-

INCISION

Esta debe ser losángica alargada cuando el quiste es central y medio, pero cuando existen fístulas laterales situadas a distancia de la línea

~~mediante~~ este losange es irregular con colas laterales en cuñas. La distancia en que debe caer la incisión debe ser suficiente para no caer en el foco de tejidos infectados: comunmente se dejan dos centímetros de piel sana entre la incisión y los contornos aparentes cutáneos de la lesión. El sacrificio de un poco mas de piel sana es conveniente, en estos casos, antes que correr el riesgo, de caer en el foco séptico, ya que sabemos que si la exeresis se realiza con asepsia absoluta logrando extirpar la fístula en vaso cerrado, el tratamiento del hueco dejado permitirá obtener la cicatrización por primera intención y entonces, en este caso, la economía de un poco de piel no tiene objeto.

EXCERESIS

La disección del bloque a extirpar hay que hacerla con bisturí, lo cual resulta facil. El inconveniente es la vascularización que es abundante y la homostasia se hace larga y trabajosa, sobre todo la raquidea, porque el cirujano se encuentra obligado a poner gran cantidad de ligaduras; esto es un inconveniente debido a que la operación se prolonga y además de deja en la herida abundante cantidad de cuerpo extraño, tales como són los hilos catgut. V. GUTIERREZ usó el radio bisturí para hacer más facil la intervención, haciéndose la hemostasia con la aguja del radio bisturí. Esta es perfecta y el tiempo para terminar la operación es más corto. Al lado de ésta que es una gran ventaja, te

nemos en cambio su inconveniente como ser el retardo de la cicatrización de la herida.

El mismo GUTIERREZ ha observado que despues de varios días, hasta 15 días despues de intervenido el quiste, al retirarse los puntos, la herida se habría totalmente tal como lo estaba inmediatamente despues de la operación, por esto es que conviene que cuando se use el electrobisturí se deje cerrar en seguida.-

La amplitud de la excéresis da una mayor seguridad de sacar todo lo enfermo y de sacarlo en vaso cerrado, es decir sin abrir el foco séptico. De esta manera se evita el riesgo de infectar la herida y dejar in - situ parte del ectodermo invaginado que hace pared del quiste o de los trayectos fistulosos, lo cual puede ser el punto de partida de las recidivas.-

La asepsia absoluta y la extirpación en vaso cerrado del bloque son condiciones indispensables para la cicatrización por primera y para que su curación sea definitiva.-

En profundidad la disección debe ser más meticulosa; en momento en que separa el bloque enfermo de la cara posterior del sobretodo fibroso que cubre el sacrococcis, hay que evitar la apertura de la cavidad dérmica para hacer más visible las adherencias o prolongaciones de la lesión.-

Este plano fibroso que acabamos de mencionar es un buen guía para la parte profunda y debe rasarse con el bisturí. Así como a ambos lados hay que disecar hasta las fibras carnosas de

ambos gluteos mayores, en la parte inferior del bloque a extirpar, estos planos dejan de existir, porque allí son reemplazados por la grasa subcutanea que se continua con la de la fosa izquiorrectal.-

Aqui no interesa excederse en el bloque de grasa que en ese punto se extirpa con la lesión, pero si importa que tenga aspecto normal, porque la depresión grande que resulte de la excesis se borraría con el empleo de las distintas técnicas.-

La extirpación se debe hacer de abajo arriba y el operador debe ubicarse a la izquierda del enfermo. Con ello se consigue comodidad para el cirujano y además la sangre no obstaculiza el campo operatoria.-

El coccis se debe extirpar o no ?. La mayor parte de los autores lo respetan siempre que este no se halle complicado en el proceso.

Voy a transcribir el concepto de V. GUTIERREZ que emite al respecto: " Creemos que la indicación de extirpar sistemáticamente el coccis en las fístulas dermoideas paracoccigeas es un exceso quirurgico y que esto debe reservarse para los casos en que existen lesiones oseas congénitas o íntima conexión de las partes blandas con el plano oseo". (Gutierrez y Belchor). R. Finochietto dice: " que se debe extirpar en aquellos casos en que la prolija disección así lo exija, que el trayecto u otros restos dermoideos penetran en aquel segmento

de la columna y para aquellos casos de recidiva en que revele una clara infiltración del perios-
tio coccigeo ".-

Efectuando la extirpación del bloque y hecha la comprobación de la no existencia de prolongaciones de la lesión, completamos la hemostasia cuidadosamente; En estas condiciones examinando el hueco operatorio resulta que tiene los siguientes límites: hacia ambos lados la piel y el tejido celular sub cutáneo, el cual varía de acuerdo a la constitución de cada sujeto, hacia el fondo de la parte superior y media el ligamento sacrococcigeo en la porción superior y lateral; la aponeurosis de los músculos gluteos hacia la parte inferior, por debajo de los gluteos, aparece el rafe anococcigeo y a sus lados el tejido celular del hueco isquirectal.-

Hecha la extirpación del bloque, tenemos que proceder a tratar el hueco dejado, siendo en esta parte donde existen varios procedimientos a adoptarse;

1º) Excisión y cierre total

2º) Excisión y cierre por movilización de un colgajo.-

3º) Excisión y cierre parcial.-

4º) Excisión y cierre por granulación.-

1º) EXCISIÓN Y CIERRE TOTAL

Lo ideal sería el cierre total de la herida; para GABRIEL esto es posible en un 60 % de los casos.-

Para proceder con este temperamento

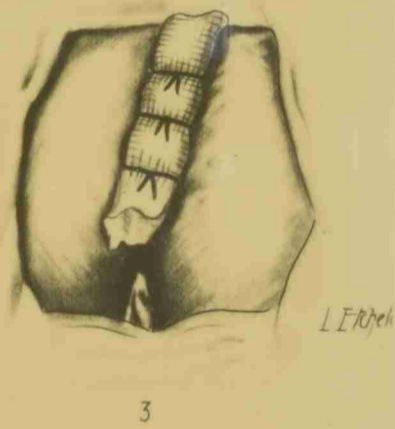
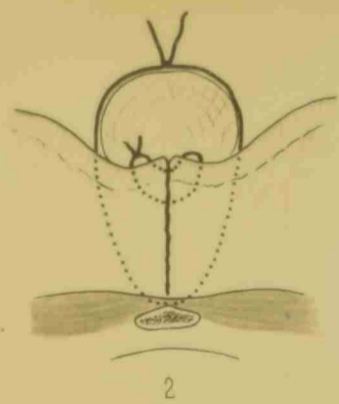
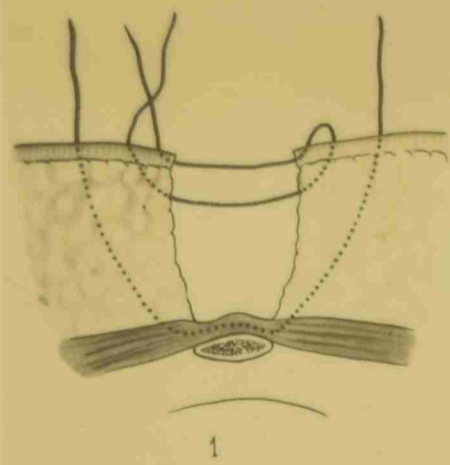
es necesario que los quistes sean pequeños y lim
pios y además cumplir ciertas precauciones de asepsia absoluta.-

La extirpación sin dejar vestigios del dermóideo, hacerlo en vaso cerrado si el caso lo requiere y además tratar el hueco que queda según el caso adecuado.-

Los factores que se oponen a la adop
ción de este procedimiento son tales como: los tejidos infiltrados e infectados; la proximidad al recto y ano y la configuración de la herida.-

A pesar de haber llenado todos estos requisitos a veces todo fracasa, ya sea por no haber evitado la tendencia a invertirse los labios cutáneos; ya sea que la hemostasia no haya sido per
fecta o a veces también el agregado de la infección tardía.-

Hay varias técnicas que tienden a cumplir con los postulados de este primer procedimiento. Podemos mencionar la de R. Finochietto; que trata el espacio muerto de la siguiente forma, fig. 4 (ver 1, 2, 3 4.-



FISTULAS DERMOIDEAS RETROCOXIGEAS
Fig. 1. 2. 3. TÉCNICA DE FINCHIETTO
" 4 " " GUTIERREZ

L. E. López

PUNTOS PERCUTANEOS

Pone puntos de material no reabsorbible, tal como Crin de Florencia con un número tal de acuerdo con la longitud de la herida atravesando de cada lado la piel, el tejido celular graso, la aponeurosis, y los tejidos de las líneas paramedianas y medianas. Estos hilos se pinzan con una Kocher, para seguir el procedimiento más adelante. El punto más inferior se coloca a una distancia relativa de la punta del coccis, el más superior a tres centímetros del extremo superior de la herida y los restantes intermedios a igual distancia entre ellos.

SUTURA DE LA PIEL

Para ello pone puntos en U vertical que impide toda inversión de los bordes. La sutura cutánea debe comenzar por el extremo coccigeo para que el afrontamiento a ese nivel sea más perfecto, y el cierre se obtenga en ese sitio por primera, lo que es uno de los factores más importantes para evitar la recidiva. La mejor aguja para hacer esta sutura es la de Hagedorn por su resistencia y maniabilidad.-

SUPRESION DEL ESPACIO MUERTO

Se prepara un rolló de gasa que sobrepasa en unos 5 ctms. de cada uno de los hilos percutaneos extremos. Su diámetro no debe pasar de cinco centímetros.-

Se va a proceder a la expulsión del aire, entre dos de los puntos cutáneos se introduce una sonda acanalada que penetra en el in-

terior de la cavidad operatoria que esta llena de aire y un poco de sangre. La mano derecha mantiene la sonda, la izquierda aplica el rodillo de gasa, comenzando desde la parte superior y mientras el rodillo desciende haciendo presión, el contenido de la cavidad es expulsado, mientras al mismo tiempo se retira la sonda. El rollo es aplicado contra la piel que se ha deprimido contra los planos profundos. El ayudante, manteniendo el rollo por ambos extremos, lo aplica bien contra las carnes, mientras el cirujano anuda los puntos de crin.

APOSITO Y VENDAJE

El enfermo debe permanecer en cama donde habitualmente reposa en decubito lateroventral o ventral. Alimentación: la de todo enfermo constipado al opio. A las 48 horas de operado, se debe inspeccionar la herida, controlar la temperatura y el pulso; ante cualquier síntoma sospechoso está indicado levantar el rollo de gasa, y si fuera necesario soltar los puntos percutáneos. Si el caso lo requiriese, pueden soltarse los puntos cutáneos menos uno o dos de cada extremo, Abrir ampliamente la herida y taponar debilmente. En este caso cerrará por segunda intención.-

Si la cavidad infectada se demora en abrirla, se hacen colecciones piogaseosas que esfacelan los tejidos. La apertura ampliada, inevitablemente llegaría tarde y la curación definitiva sería larga. Lo mismo pasa si la herida se abre insuficientemente. En casos en que la evolución sea normal, el rollo se retira al quinto día, los puntos cutáneos al octavo, y al décimo día se le sumi-

nistra un purgante (Aceite de ricino).-

La mayoría de los así operados curan por primera intención en ocho días mientras que los que curan por segunda lo hacen en varias semanas. Los enfermos curados por primera no recidivan. La curación por primera es el certificado de la extirpación completa. La curación por segunda dá una movilización precoz al enfermo.-

TECNICA DE VICENTE GUTIERREZ:

Cree que es indispensable el drenaje del hueco operatorio. Aceptamos que en algunos casos especiales, de lesiones muy limpias, poco extensas y sujetos flancos, el drenaje podría evitarse, pero lo consideramos riesgoso y por eso drenamos siempre, dice dicho autor. Un tubo de goma delgado, mantenido durante algunos días, para que permita salir sangre y serosidad, no retarda nada la cicatrización y evita en cambio el desarrollo de infecciones agudas en la herida.

SUTURAS:

El autor cree que es insuficiente el cierre de la herida como simple sutura de la piel, debido a que el hueco dejado por la exceresis es grande y al no ser borrada su cavidad, se acumula la sangre y serosidad, lo cual favorece a las infecciones y retarda la cicatrización. Para hacer desaparecer esta cavidad, dice el autor, "colocamos tres clases de puntadas; profundas, medias y superficiales".

Actualmente se hace también con hilos gruesos de seda y hasta con Catgut para las puntadas medianas.-

PUNTADAS PROFUNDAS DE CAPITONAJE LATERAL

Colocamos dos, tres o mas asas según el tamaño de la brecha. En todas ellas el hilo atraviesa la piel a varios centímetros del borde de la herida y carga todo el espesor del pániculo adiposo subcutáneo, que forma la pared lateral del hueco.-

En la profundidad los hilos de las asas superiores, toman el sobretodo aponeurotico retrosacroccigeo y los hilos de las asas inferiores cargan las fibras carnosas de los músculos gluteos mayores, la grasa del hueco isquirectal y el rafe ahococcigeo. La entrada y salida por la piel se hace en ambos lados, para cada asa con puntos equidistantes.-

Hechas estas asas para el capitonaje se toman con pinzas y se dejan sin anudar hasta el tiempo final.-

Procedemos en estos momentos a colocar el tubo de drenaje delgado y largo sobresaliendo por los extremos del eje mayor de la herida. (fig. 1).-

PUNTOS MEDIANOS EN U PARA EL ACERCAMIENTO DE LAS PAREDES

Los hilos de estas puntadas atraviesan la piel a mitad de distancia entre los puntos de perforación cutánea de los hilos de capitonaje y el borde de la herida. Se colocan dos o mas asas según el tamaño de la brecha. En la profundidad los hilos de estas puntadas en U pasan por encima del dre-

naje y lateralmente toman todos el espesor de la pared del hueco.-

Despues de colocadas las asas se anudan y al hacerlo se ve que se acercan las paredes laterales del hueco y producen inversión de los bordes de la herida.-

Ni estas puntadas ni las del capitonaje comprimen el tubo como puede comprobarse por tracción de sus extremos por lo cual este cumple su cometido.

PUNTADAS SIMPLES PARA COAPTACION DE PIEL

Son simples puntadas aisladas para el afrontamiento perfecto del borde de la herida.

Toman solamente la piel y las colocamos cada dos centímetros cuidando de no apretar demasiado los hilos para evitar que corten la piel o se necrosen.-

Terminadas las puntadas superficiales cutaneas, se ajustan las asas de capitonaje sobre rollitos de gasas, puestos uno bajo cada asa y a los lados de la herida. Al apretar los hilos se vé que la piel se deprime hacia el fondo, al mismo tiempo que presionan hacia la línea media. Es facil comprender por eso el efecto de esas puntadas.

Cuando la herida tienen colas laterales en cuña, hacemos la sutura de cada cuña con puntada en U de acercamiento de las paredes como las antes descriptas y puntadas simples de la piel.

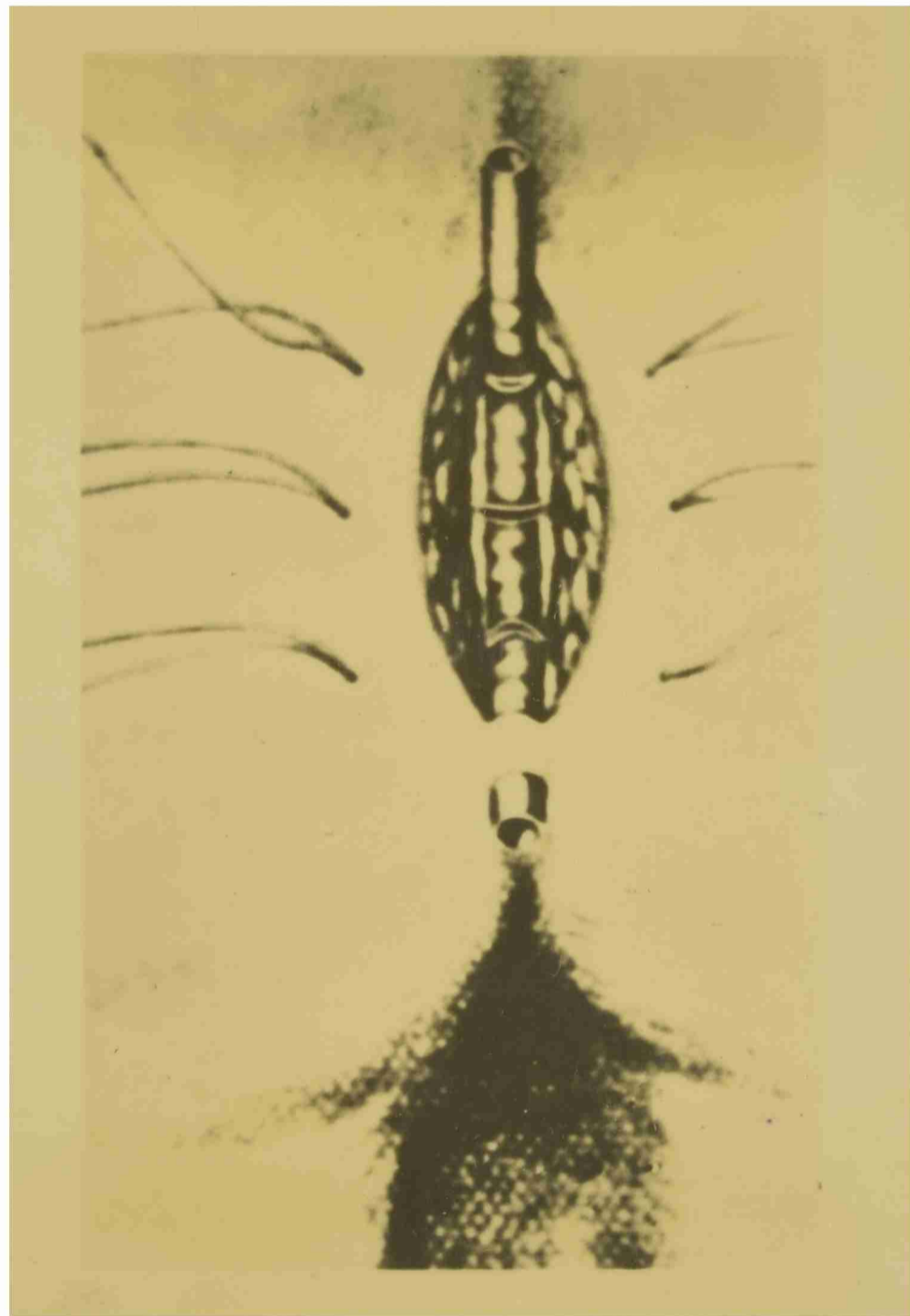
En el apósito colocamos un rollo de gasas sobre la herida para que separe los rodillos del capitonaje de un lado de los opuestos.-

Constipado el enfermo por ocho días despues de ~~la operación~~, al cabo de ese tiempo

alimentación liviana y purgante.-

Entre el tercero y cuarto día se levanta el apósito y comunmente la herida está sin novedad; se quita el drenaje grande y se sustituye por dos tubitos finos uno para cada extremo de la herida. Estos tubos se acórtan en los días sucesivos y salvo en los casos en que haya mucha serosidad se retiran definitivamente a los 10 o 12 días. Hacemos siempre curaciones secas.

Entre ocho y diez días se retiran los puntos simples de la piel. Dos o tres días despues las puntadas en U de ~~acercamiento~~ lateral y por último las asas de capitonaje lateral Estas pueden permanecer todo el tiempo necesario para que se haga la cicatrización de la herida porque como sus puntos de apoyo son fibrosos y musculares y los de la piel se hacen sobre gasa no cortan los tejidos. (V. Gutierrez).-



TECNICA DE ALLENDE Y MESSUTI

Usan la raqui pantocaina o la anestesia local con novocaina, segun los casos.-

Dicen los autores " siempre cerramos la pared de acuerdo con la siguiente técnica aún en casos de asepsia dudosa. Previa hemostasia colocamos en el lecho de la brecha un tubo de goma de pequeño calibre sobre el plano sacrococcigeo cuyo extremo superior se exterioriza por el polo superior de la misma y hacemos salir el extremo inferior del tubo, no por el extremo inferior de la brecha, sino que aún más abajo, efectuamos una contraabertura, a un centímetro aproximadamente, del orificio anal, sobre el resto del rafe, con cuidado de no comprometer las fibras del esfinter y realizamos esta maniobra para el mejor drenaje de la herida, evitando dejar recesos y que, en el caso que supurara, permite el lavado de la misma a travez del tubo, con líquido de Carrrel, guiando en esta emergencia el cuadro térmico o el aspecto flegmonoso de los bordes.

Luego colocamos puntos de crin, tomando todos los planos, incluyendo la piel superficialmente y la aponeurosis en la profundidad y los anudamos sobre un rollo de gasas. Haciendo el capitonaje de la herida, con el fin de evitar dejar espacios muertos y hacer buena hemostasia.-

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 cica

trizan .-

En el caso de supuración dejamos el tubo hasta que ella se haya suprimido.-

Como síntesis de nuestra experiencia, no dudamos que en principio toda brecha de extirpación de quiste dermoideo sacrococcigeo, fistulizado o no, pero fuera del periodo álgido de inflamación, se puede cerrar sobre drenaje que recorra en toda la extensión la profundidad o lecho de proceso.-

La vigilancia inmediata en el peor de los casos, permite abrir, parcial o totalmente la herida y es excepcional que a ello haya de recurrirse. Hace mucho, dicen los autores, que tal caso no se nos presenta y en cambio, hemos logrado muchas curaciones rápidas completas, definitivas, sin riesgo para el enfermo y ahorrándole muchos días de incapacidad para el trabajo ".-

En el resumen que hacen dicen: " practi-
camos esta técnica, para cerrar la brecha remanentes
de los quistes dermoideos sacrococcigeos dado que
existen autores que preconizan dejarla siempre abier-
ta".-

Con los resultados obtenidos, hemos comprobado que siempre se puede cerrar aun en estado de dudosa asepsia, que la herida no cerrada por com
pleto, cicatriza en su mayor parte, abreviando un
tiempo menorme en su curación, evitando al enfermo
curaciones dolorosas y perdida de tiempo en sus
tareas.-

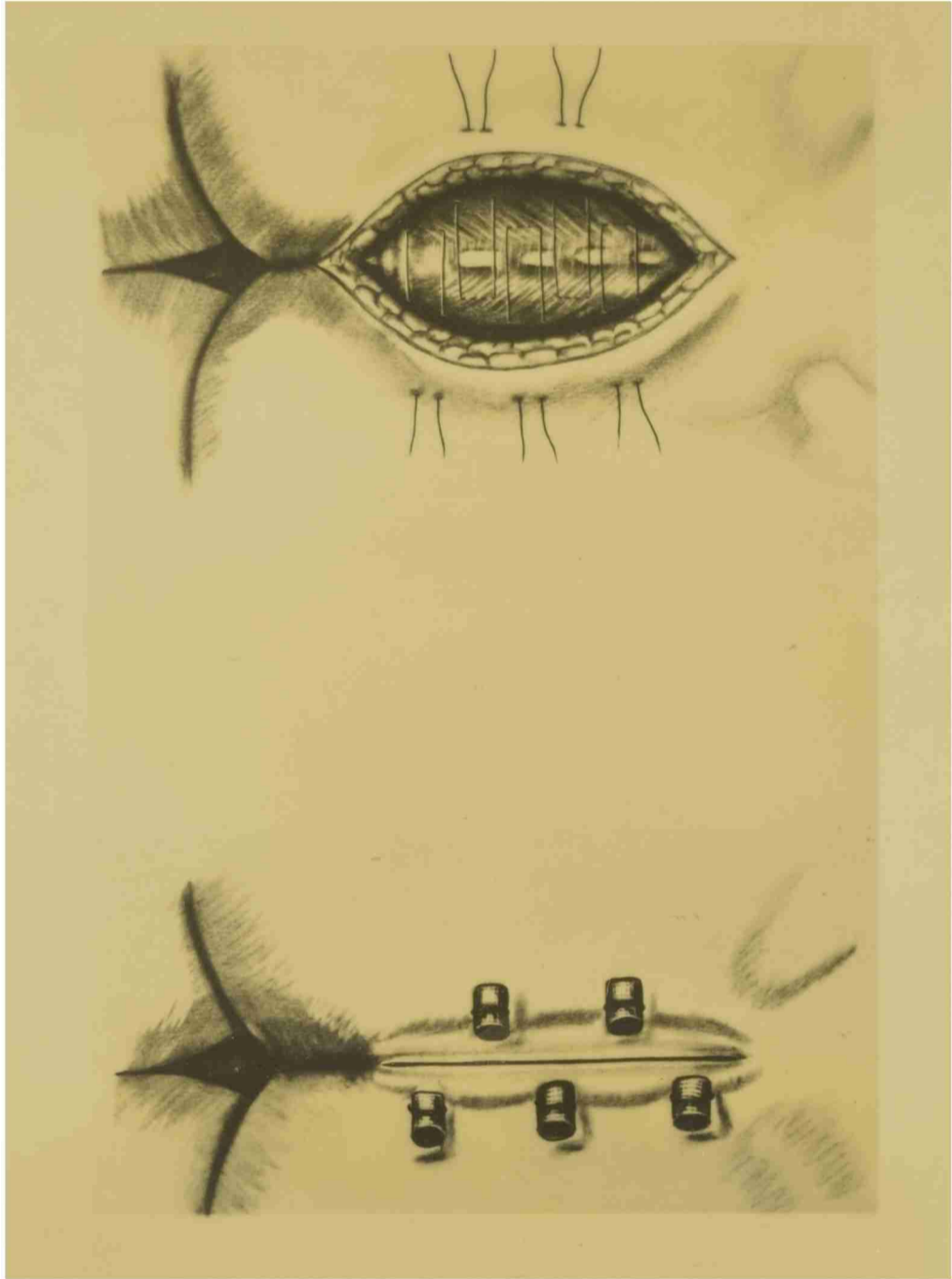
En la forma en que procedemos, regis-

tramos un término medio de cicatrización en veinte días, eliminado para el enfermo, los trastornos antes mencionados y en cuanto a las curaciones, después de operado, ellas son más reducidas e indolorosas.-

"Los casos que hasta ahora hemos intervenido, nunca han supurado completamente como para obligarnos a reabrir la herida. En algunos hemos conseguido cierre perfecto de toda la herida por primera y en otros la supuración ha sido parcial dejando alguno de sus extremos abiertos, pero en un término de veinte a veinticinco días han curado completamente, estando fundada esta observación por la experiencia de uno de nosotros que desde el año mil novecientos veinte y tres emplea este procedimiento"

TECNICA DE COLP

Esta técnica, a nuestra manera de ver, es la que mejores resultados dá.-



La experiencia en el Servicio del Dr. Mainetti lo ha podido afirmar. En este servicio se procede así: Una vez que se ha efectuado la extirpación del quiste con sus ramificaciones, siempre que las tenga, efectúan el cierre del hueco operatorio mediante puntos en U profundos con capitonaje lateral se colocan dos de un lado y tres del lado opuesto (el número de puntos depende del tamaño de la incisión); generalmente el número no pasa del antes mencionado. A varios centímetros de borde de la herida se inicia la perforación de la piel, tomando el tejido celular subcutáneo; en la profundidad de los hilos que las asas toman la aponeurosis del sacrococcis del lado opuesto, saliendo a unos pocos centímetros en sentido longitudinal para salir a la superficie atravesando el tejido celular subcutáneo y la piel del mismo lado de la entrada y a pocos centímetros de esta (ver figura nº 6, técnica de Colp) Ambos cabos del hilo se pinzan con una Kocher.-

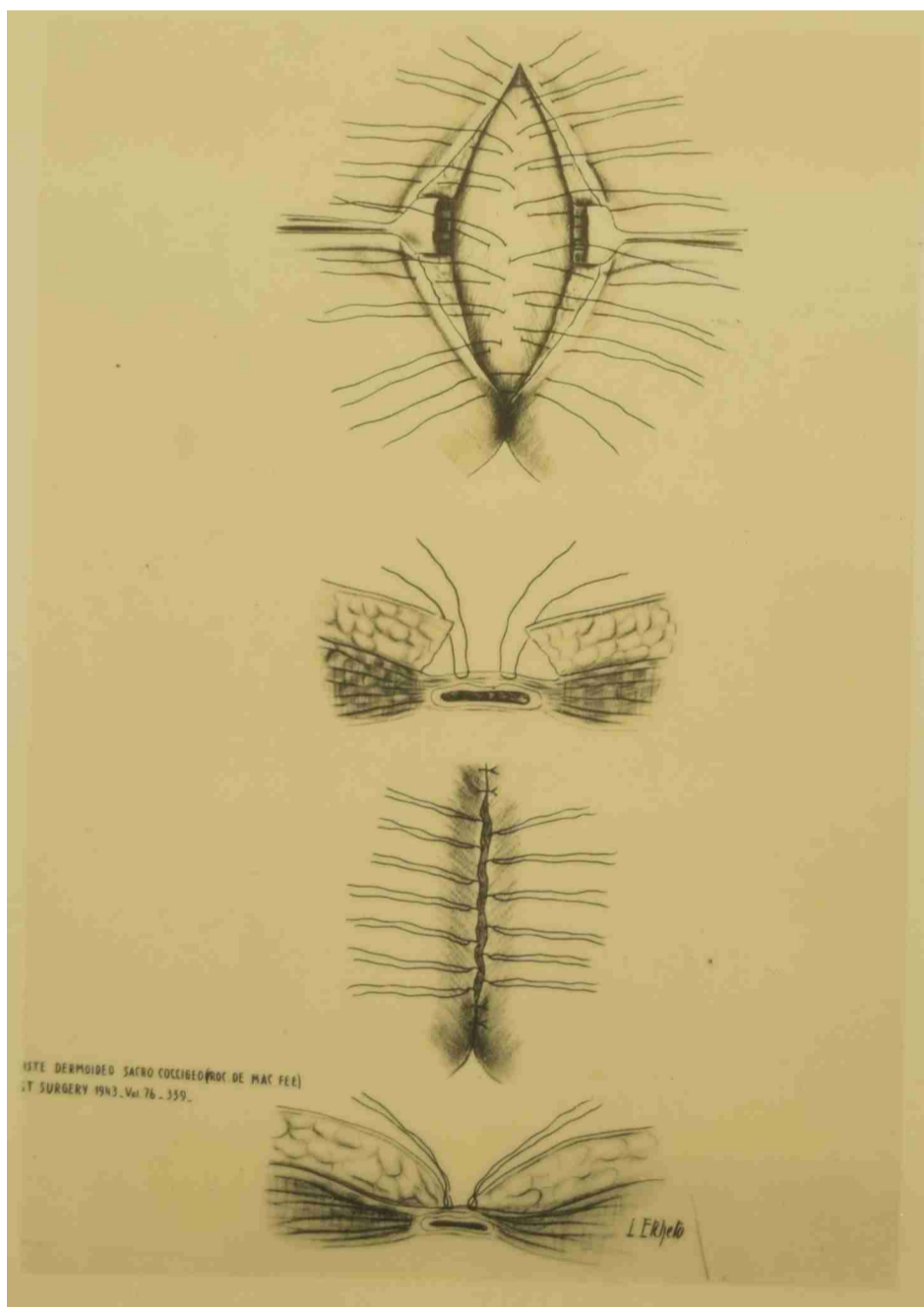
En igual forma se procede con los puntos restantes; una vez hecho todo se traccionan y se anudan almohadillándose sobre un pequeño capitoón de gasa. El hueco operatorio en esta forma se borra casi totalmente.-

En muchas oportunidades ha hecho el procedimiento descrito, y en algunos otros, además del capitonaje, agrega unos puntos de Donati en la piel para impedir la enversión de los bordes de la herida.-

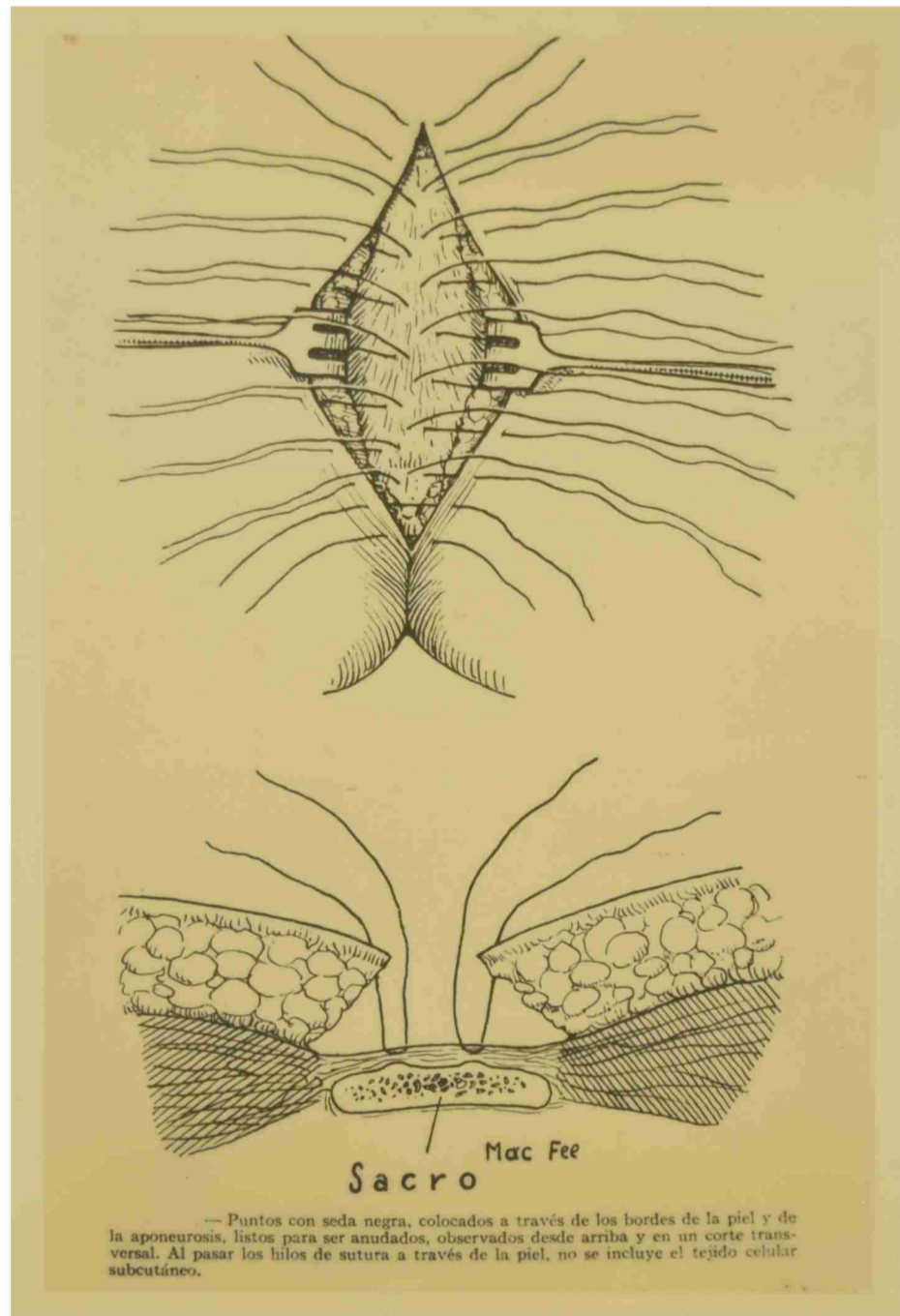
TECNICA DE WILLIAM F. MAC FEE

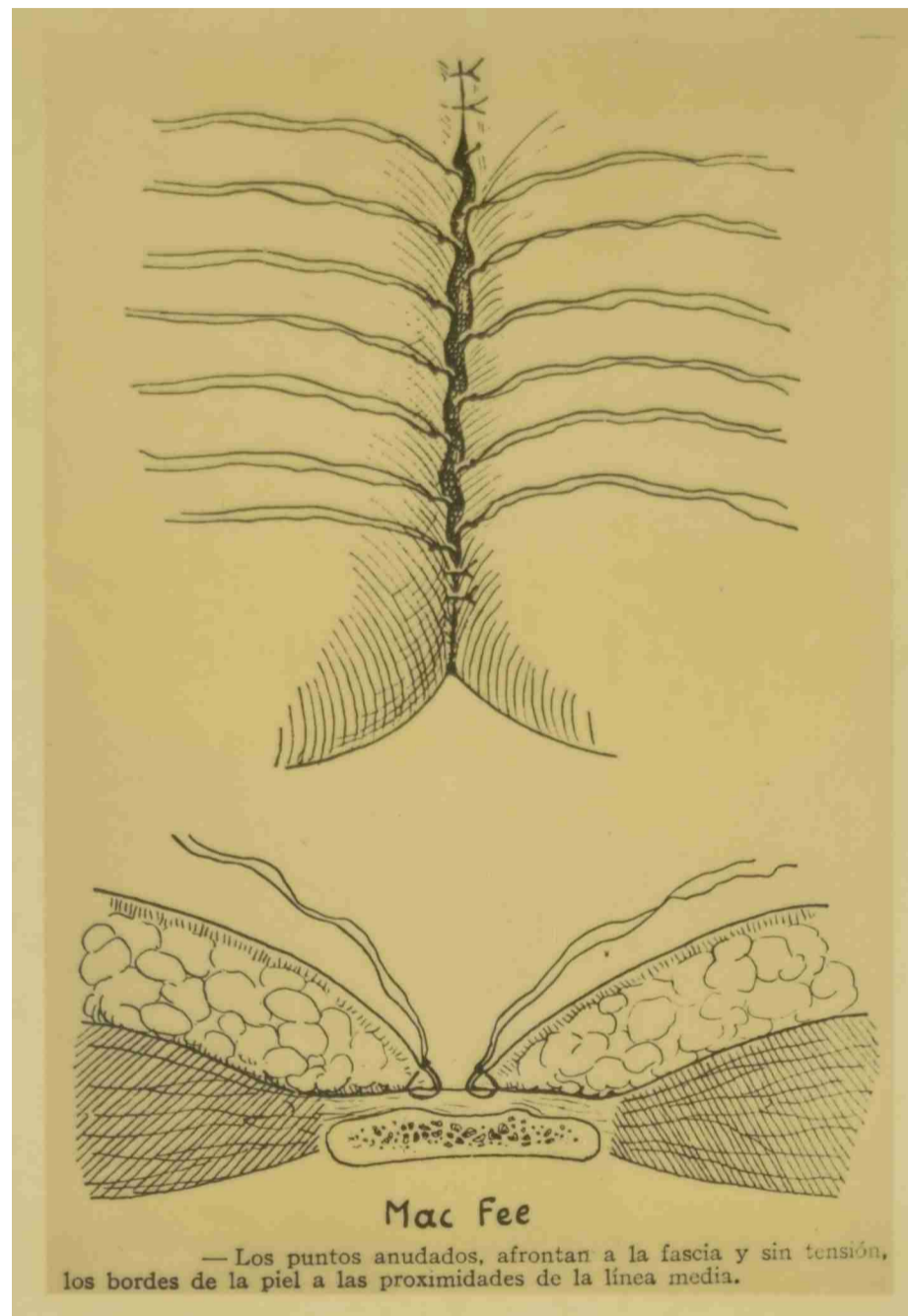
Ultimamente, en noviembre de 1942 aparece en los anales de Cirugía, el procedimiento del autor citado. En el servicio del Dr. Mainetti han empleado pocas veces (dos veces. El procedimiento tiende como los otros a eliminar la herida abierta en la medida de lo, posible, sin crear espacio muerto.-

El tejido afectado por el quiste se extirpa en la forma habitual, en block y se



cierra parcialmente la herida, suturando los bor
des de la piel a la aponeurosis y a los elementos
ligamentosos subyacentes.-





A cada lado se acerca sin tracción, el borde de la piel a la línea media y se sutura con puntos separados de seda negra mediana, dejando descubierta entre ambos bordes una angosta brecha aponeurótica.— A esta superficie, si es suficientemente grande, se le puede aplicar un injerto de piel para así acortar el tiempo de cicatrización en lo posible.—

Luego se aplica sobre la herida un rodillo de gasa o algodón, humedeciendo con solu-

ción fisiológica y que puede fijarse con los cabos de los hilos de sutura que se dejan largos, para facilitar su extracción. Si la herida se mantiene limpia el apósito, no se toca por varios días, pero en caso contrario se le puede renovar las veces que se crea necesario.

Los puntos no deben ser retirados hasta que la piel se adhiera firmemente a la aponeurosis. Este proceso dura generalmente de 10 a 12 días. En realidad no es un cierre total de la herida, Sería una técnica entre el cierre total y los demás procedimientos.-

PROCEDIMIENTO DE JOSE CALZARETTO

Es una modificación del de Mac Fee trata de armonizar las ventajas del método anterior con las que se derivan del agregado de una plástica simple.-

La técnica es la siguiente: hecha la resección del lonsage cutaneo-fístulo-grasoso, según lo descripto, se efectua a una distancia de 8 a 12 ctms. del extremo superior del losange, una incisión perpendicular a la tangente al labio operatorio (forma arco) a esa altura. Por consiguiente la dirección de la incisión es oblicua y no transversal, tal como son las trayectorias de las líneas de losange. El largo de la incisión nunca excede de los 4 o 5 cms. y en profundidad llega a la aponeurosis glutea. En este plano se hace la movilización del colgajo inferior hasta que su tracción hacia arriba, hecha fuertemente por el ayudante, permita efectuar la segunda incisión. Para este

tiempo conviene traccionar hacia abajo el colgajo superior para compensar la retracción elástica de la piel.-

Hecha la resección triangular oscila entre 8,5 a 9,5, queda reducida a 4 ó 4,5 cms. Hecha la resección queda una gran V, uno de cuyos labios, el inferior, siempre resulta de una mayor longitud. Esto obliga en el momento de la sutura para evitar el "fruncido" del extremo externo, efectuar sobre el mismo una resección triangular, que nunca pasa de cms.. La sutura se hace a puntos en U vertical de Blair - Donatti como único plano, comenzando por el extremo interno, se procede a efectuar lo mismo en el lado opuesto.-

Se pasa luego a la colocación de puntos dérmicos-aponeurótico-ligamento. Estos puntos toman la dermis y no la totalidad de la piel del labio y la fijan al aponeurosis ligamentos. A un poco más allá de la línea media, se coloca a distancia de un cm. generalmente bastan 2 o 3 puntos que se dejan largos.

En el extremo desigual del losange conviene colocar un punto similar por encima de la punta del coxis, Se procede a efectuar lo mismo con el otro labio.-

El punto dérmico-manto-ligamentoso más superior, deberá tomar ambos extremos de la resección triangular. Esta manera de proceder deja un mínimo de reparación de los labios, que a veces resulta virtual, pero no lo es a los pocos días cuando la piel, solicitada por la tensión elástica de

las partes circunvecinas, lo hacer real.-

Se rellena el surco intergluteo con algodón humedecido en suero e inmovilización de las nalgas con anchas telas adhesivas. Contispar por 6 días, curas planas cada 48 horas. Retirar los puntos de las incisiones laterales a las 48 o 72 h.-

Los puntos dérmicos caen espontáneamente entre el 7° y 10° día, o se los elimina a bisturí al 5° día.-

CONSIDERACIONES DE LA TECNICA

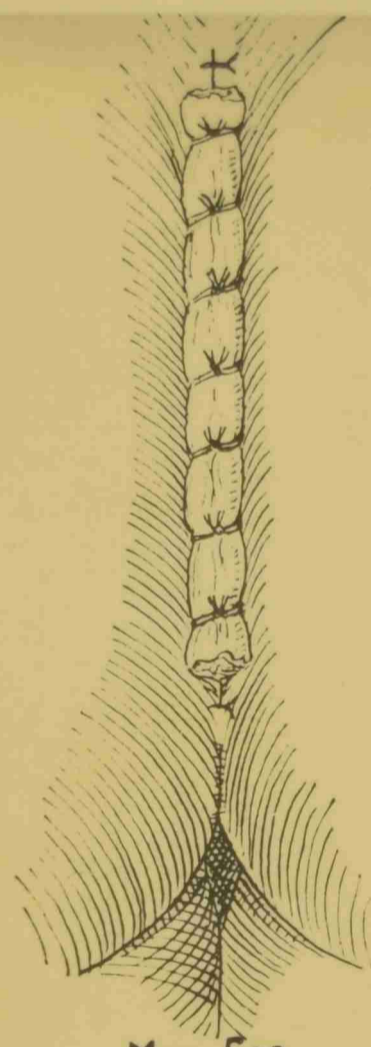
1°) La sencilla resección triangular de la piel y celular; que se agrega a la clásica incisión cutanea-fístulo-grasosa es suficiente para llevar en forma natural los labios del losange residual a la profundidad y conferir a los mismos un cierto grado de tensión. Lo primero permite colocar con toda facilidad puntos sin tensión que toman el dermis y manto ligamentoso, en el cual se preserva al máximo la vitalidad de la piel.- Tiene además la ventaja de suprimir la exuberancia de los bordes, pues siempre resulta vana pretensión amoldar exactamente un arco a su propia cuerda. El hacerlo en forma bilateral y sobre el extremo proximal del losange permite elevar su extremo distal consiguiendo suprimir el espacio muerto por debajo del coccis, punto neurálgico de todas las técnicas, asiento de recidivas, infecciones y secreciones.-

En cuanto a la tensión adquirida por los bordes, sirve para eliminar su movilidad, con lo que se favorece su fijación profunda.

2º) Permite extender su aplicación a los casos infectados, tanto centrales como laterales, cuando no excedan de cierto límite.

3º) Corta estadía en cama (4 o 5) días y aun, dice el autor, realizado en consultorio externo y hacer el reposo en sus casas, reanudación del trabajo dentro de 2 semanas de operado. Exige unas curas mínimas y planas, realizadas cada 2 o 3 días por lo escaso de las secreciones; obtiene la curación total del enfermo en un plazo prudencial (3 a 5 semanas) y ausencia absoluta de molestias locales.

4º) Deja a las nalgas sus primitivas formas pues la cicatrización de las incisiones laterales son siempre lineales y disimuladas, pues siguen las líneas de LANGE y la cicatrización en la línea media mas reducida y siempre uniforme, casi imperceptible en el fondo del surco intergluteo.



Mac Fee

— Los cabos de los hilos de sutura se anudan para fijarlo, sobre un rollo de algodón o de gasa humedecida. El apósito húmedo favorece la absorción capilar del exudado seroso.

II PROCEDIMIENTO DE EXCISION Y CIERRE POR MOVILIZACION DE UN COLGAJO CUTANEO GRASOSO O METODO DE LAHEY.-

El tipo de exceresis es igual al anterior ; una vez extirpado el block y controlada nuevamente la hemostasia a un lado correspondiente al hueco dejado, a unos pocos centímetros, (5, o 6) se hace una nueva incisión de forma circular a concavidad interna y si fuera posible paralela al borde de la incisión primitiva y de la misma longitud.-

En profundidad debe llegar hasta la aponeurosis glútea levantándose luego a raz de dicha aponeurosis el colgajo cutáneo grasoso que media entre ambas incisiones, quedando este a manera de puente en el borde externo de la nueva incisión se va despegando el celular de la parte aponeurótica para hacer deslizamiento y luego cubrir la falta de sustancia más adelante.-

El cirujano procede al cierre de la abertura dejada por el block extirpado. Se hacen puntos con catgut cromado, que atraviesan la piel, el celular sub cutáneo y la fascia sacrococcigea en su profundidad y finalmente y finalmente pasan atravesando los mismos planos del colgajo movilizado pero en dirección inversa.

El cierre de estos nudos hacen que coaptan perfectamente el colgajo cutaneo grasoso y ambos bordes correspondientes a la elipse dejada por la extirpación del block.

Luego se practica una serie de puntos en U para mejor afrontamiento y cierre cutaneo. Queda por cerrar el hueco dejado por la segunda incisión debido al desligamiento del colgajo y para poder realizar esto se pasan puntos que tomen por un lado una parte del músculo glúteo y su aponeurosis y por otro el borde exterior de dicha incisión. Luego se procede al cierre de la piel con puntos en U.-

A veces es conveniente dejar por la segunda herida un pequeño dren. El cierre por primera intención se produce en la mitad de los casos; en el resto de los casos se produce una exudación serosa y que a veces suele ser purulenta; el drenaje hace por lo general que se evite estas últimas eventualidades.-

III PROCEDIMIENTO EXCISION Y CIERRE PARCIAL

Este procedimiento es poco aconsejable para la operación de quiste dermoideo sacrococcigeo; consiste en el cierre parcial de la brecha y el resto puesto un taponaje a la cavidad.-

Se le objeta a este procedimiento en que se deja una cavidad en comunicación con el exterior por un cuello largo y estrecho y que hace un drenaje imperfecto. Muchos cirujanos le atribuyen a este procedimiento gran número de pseudorecidivas.-

IV PROCEDIMIENTO EXCISION Y CIERRE POR GRANULACION

Consiste este procedimiento en dejar ampliamente abierta la brecha dejada por el block extirpado, se procede a su taponaje con gasa simple, ya sea

esta seca o envase linada o bien con gasa yodoformada y que cicatriza la herida por granulación. Este procedimiento tiene sus ventajas, en pro y en contra. Las primeras son en aquellos quistes grandes con ramificaciones; en que la superficie extirpada es grande y de ahí la dificultad para hacer el deslizamiento de ambos bordes de la herida corriendo el riesgo que este sea imperfecto o bien que la tensión provocada por la sutura provoque la necrosis de los bordes; pero donde este procedimiento tiene especial indicación a más de los anteriores es en los casos de recidiva. En cuanto a los factores en contra tenemos la prolongación del número de curaciones y la del post operatio.-

El taponaje debe extraerse despues del 4to. o 5to. día de la operación, no antes, para evitar un dolor innecesario y la hemorragia en napa que traería inconvenientes en la cicatrización, siguiendo con curación plana, usando como coadyuvantes de la granulación los baños solares; los rayos ultravioletas y con toques de nitrato de plata ya sea esto fundido o en solución. A veces usamos la fusina fenicada al 1 % con gran resultado.-

POST OPERATORIO

El sujeto no debe evacuar el vientre por seis u ocho días, por lo menos para evitar contaminación por su proximidad con el ano. Ello se evita con la dieta apropiada y con los opiaceos los que se deben administrar en los cuatro o cinco días que siguen

a la operación . Es necesario que el enfermo se inmovilice en cama. La vigilancia del apósito es de gran importancia. Si hay hemorragia, si la superficie está infiltrada o no en este último caso, si hay infección manifiesta es aconsejable soltar todos los puntos inmediatamente. En la actualidad se emplea con gran éxito la medicación antibiótica post - operatoria (penicilina, estreptomycinina) con muy buenos resultados.-

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

El enfermo sometido a la operación de quiste dermoideo sacrococcigeo no está exento de complicaciones. Estas a veces son de suma gravedad y que ponen en peligro la vida del enfermo. La bibliografía cita casos de muerte.-

Estas complicaciones pueden ser inmediatas a la intervención o tardías. En la primera se pueden mencionar, el shock post anestésico y post operatorio. Tenemos también el hematoma y la infección de la herida. Por eso al hablar del post operatorio hemos mencionado la vigilancia atenta de la herida y que a la menor sospecha de infección hay que eliminar los puntos de sutura y dejarla ampliamente abierta colocando un taponamiento suave.

En estos casos la cicatrización se hace por segunda intención. En el supuesto caso de que el temperamento mencionado se omitiera o demorará en adaptarlo se producirían colecciones purulentas que llevan al esfacelo los tejidos y como consecuencia una herida de interminable curación.

Cuando la apertura de la misma herida no se hace con la amplitud debida, ocurre la misma eventualidad.-

Entre estas complicaciones tenemos la septicemia, tan grave que pone en serio peligro la vida del enfermo.-

Los signos de infección muchas veces no son evidentes en el foco, pero sus síntomas clínicos son bastantes ruidosos, debiendo sospecharse el comienzo de esta complicación grave, puesto que la infección está siempre en latencia y esperando un descenso de las defensas para manifestarse. Es suficiente para que esto ocurra el simple desplazamiento quirúrgico.

Por eso, el post operatorio de estos enfermos, debe hacerse en la mejor manera posible. Instalada la septicemia hay que tratarla con todo el arsenal terapéutico indicado en estos casos; el éxito más cercano lo trae la apertura de la herida, aunque esta no presente ningun signo evidente de infección. A continuación relato un caso extraído como los anteriores del archivo del servicio del Dr. Mainetti del H. Italiano; E.D. , argentino 24 años de edad, soltero, agente de policía. Ingresa el 14 de mayo de 1940, con diagnóstico de "quistes dermoideo sacrococcigeo ". El examen clínico general no revela nada digno de mención, siendo un sujeto de buena contextura ósea y muscular y con pániculo adiposo abundante.

Presión arterial Mx. 12 Mn. 6; sus análisis clínicos son normales con pre operatorio

habitual, antisepsia nasobronco pulmonar, vacuna ción natipiógena, etc. El día 15 por la tarde se opera con previa inyección de Panthopon y aceite alcanforado una hora antes de la operación. Anes-
tesia local, infiltrativa con novocaina al 0,50 % con adrenalina. Incisión en logange, cierre total (técnica de Colp). A las 24 horas de operado el enfermo empieza a sentir malestar general, inque tud, dolor en epigastrio reflejado hacia la región precordial, disnea intensa, vómitos amarillos, temperatura: 38°, 100 pulsaciones y se hace medi-
cación tónico cardíaca.-

A las 36 horas de comenzar este esta-
do infeccioso se hace más intenso con repunte tér-
mico a 39,2° y que más tarde llega a 41°, 140 pul-
saciones apareciendo un rash del tipo escarlatini-
forme en torax, abdomen y extremidades inferiores;
ante este cuadro infeccioso deciden cortar todos
los puntos de la herida, comprobándose que estas
se halla limpia y seca, no obstante se hace el la-
vado antiséptico con antibacter dejando in situ
un apósito embebido en este medicamento. Se hace
tratamiento general antiinfeccioso con prontosil,
leucotropina, suero antiestreptocócico, medicación
tónica cardíaca y altas dosis de estriknina/-

A las 48 horas continua en el mismo
estado, empeorando paulatinamente y cayendo el
enfermo en estado de inconciencia, la cual es re-
cobrada al 5to. día de operado.-

Permanece 24 horas en anuria, la cual

se le combate a base de sueros isotónicos glucosado y fisiológico en forma subcutánea e hipertónicos en forma endovenosa e insulina.-

A los seis días de operado, se practica análisis de orina y sangre, revelando la primera albúmina en cantidad y la segunda una tasa de urea de 2,29 % y una reserva alcalina de 58,6 ‰ se vislumbra una reacción favorable del enfermo. A los nueve días de operado su mejoría se acentúa, la orina se hace normal y el dosage de urea revela que este es 1,25 ‰. Su cloremia es normal y la relación cloro, - globular y cloro plasmático es igual a 0,63 ‰.

Es evidente que la uremia no ha sido provocada por la cloremia, puesto que esta se encuentra normal; en cambio si podemos inculparle a un proceso de hepatonefritis, según la concepción de VARELA FUENTES a pesar de no acusar anomalías en la orina, pero es insuficiente ~~para~~ pensar que esos riñones no trabajaron por espacio de 24 horas, y que antes de ello lo hacían deficientemente.-

Conclusiones: 1º) Se ~~explica~~ explica el estado toxiinfeccioso del enfermo por una sensibilidad a estreptococo (aunque no hubo comprobación de laboratorio), pero bien explicada desde el punto de vista clínico, por la temperatura, colapso cardiovascular y el rash escarlatiniforme, gérmenes que han tenido su punto de partida en la herida operatoria y que existen en la piel y en la cavidad del sinus y que han visto exaltada su virulencia por el

acto quirurgico. 2º) es innegable que las medidas tomadas rápidamente y en especial la abertura de la herida, la administración de suero antiestrep-tococico y demas medicación han contribuido a evitar la muerte del enfermo. 3º) de todas las medidas tomadas fue la abertura amplia de la herida la que más eficacia ha dado.-

COMPLICACIONES TARDIAS

Entre estas se encuentran las recidivas, debiéndose distinguir las verdaderas y falsas recidivas.-

Las primeras son debido siempre a la extirpación imperfecta del quiste. La inflamación ya sea mas o menos atenuada, tiene una acción conmovedora sobre los epitelios que han quedado rezagadas y olvidados en el seno de los tejidos por su extirpación incompleta.-

Al lado de estas recidivas tenemos las falsas recidivas que en los trayectos fistulosos estan solo constituidos por tejido de granulación y que no han curado por su mal drenaje. Estas pseudorecidivas son el tributo de operaciones que han sido mal seguidas y vigiladas.-

Entre las causas de recidivas, podemos mencionar las mismas que cita OTTERHEIMER, extirpación incompleta, falta de obliteración del espacio muerto durante la operaci=on, la formación del hematoma y la supuración, la falta de extirpación de la fascia sacrococcigea infectada.-

El autor dice además, lo que consideramos una recidiva. No es frecuencia una recidiva

del quiste mismo sino un espacio muerto infectado de la fascia o de la grasa.-

El profesor CHRISTMANN en una comunicación dice: " es posible que la mayoría deban la recidiva a rastros ~~de~~ ectodérmicos que permanecen en divertículos, pero creo que no pocos recidivan por defectos de cicatrización".-

MAZA atribuye a que el cierre por segunda intención ha sido defectuoso. Asi que la verdadera recidiva es debido a la extirpación incompleta del quiste y sus famificaciones y las falsas recidivas a la formación de un absceso y su fistulización crónica, no obstante esta última causa puede provocar la producción de las verdaderas recidivas.-

Sean como fueren este tipo de recidivas, hay que evitarlas en lo posible; una vez producido su tratamiento implica un nuevo acto quirurgico y por lo tanto un fracaso del primitivo acto operatorio.-

CONCLUSIONES

1º) El origen del quiste dermóideo sacrococcigeo, parece ser ectodérmico, debido a una invaginación de la piel y todos sus anexos a nivel de la región sacrococcigea, esto ocurre en el tercero o cuarto mes de la vida fetal.-

2º) No se pueder rechazar en absoluto la teoría neurógena. Sabido es que existen vestigios medulares coccigeos que dan lugar a la formación de tumores de la misma región que para muchos no tienen relación alguna con el quiste pilonidal.

3º) La anestesia local, no es la más

aconsejable, se debe preferir la anestesia raquídea, o las anestésicas generales, salvo que haya contraindicaciones especiales.-

4°) No se debe operar en pleno periodo de infección aguda del quiste, en el supuesto caso en que se haga se debe dejar ampliamente abierta.

5°) El cierre total o parcial se debe intentar siempre en los casos en que no haya supuración.-

6°) La hemostasia debe ser meticulosamente realizada.-

7°) Las curaciones se harán todos los días, renovando la parte superficial del apósito; si estos no están manchados con secreciones, las curas se pueden espaciar días por medio o bien cada dos días.-

8°) La posición que se aconseja después de operado al enfermo es la de decubito dorsal en las primeras 48 horas, así la hemostasia se encuentra favorecida. Después de este tiempo se recomienda cualquier posición menos de que descripta.-

9°) La extirpación del coccis se debe reservar en los casos en que existan lesiones óseas congénitas o conexión de las partes blandas íntimamente con el plano óseo; como lo recuerda GUTIERREZ y BELCHOR.-

10°) Se le observa en una proporción mucho mayor en hombres que en mujeres y la edad de su presentación es frecuentemente en el segundo y tercer decenio de la vida y por lo general con indivi-

duos hipretricoticos.-

11°) Las recidivas con cualquiera de las técnicas empleadas es de un 20 % y en general son pseudo recidivas, verdaderos granulomas, por trayectos infectados o espacios muertos.-

CASUISTICA

- 1° - Historia 7 B.H. - 27 años sexo masculino Argentino. Ingresó el día 2/7/937 con un quiste dermoideo sacrococcigeo, local, ex tirpación en block, técnica de Colp; alta: 8 de julio de 1937, curado.-
- 2° - Historia 58 I.B. - sexo masculino, argentino 38 años. Ingresó el 31 de julio de 1937 con un quiste dermoideo con dos fístulas; local, extirpación en block, técnica de Colp, alta 6 de agosto de 1937, curado.
- 3° - Historia 63 V.D. - sexo masculino, argentino, 37 años. Ingresa por estar afectado de un quiste dermoideo fistulizado, el día 2 de agosto se opera con anestesia local; extirpación en block, método de Colp, se produce un hematoma en la herida operatoria que requiere la sección de los puntos poniendosele un taponamiento. Se efectua el cierre por segunda intención. El enfermo reingresa el 27 de mayo de 1940 con una recidiva.-
- 4° - Historia 152 A.B. - 22 años sexo masculino argentino, es operado el 26 de setiembre de 1937 de un quiste dermoideo sacrococcigeo, anestesia local, extirpación en block; técnica de Colp; alta 1 de octubre de 1937, curado.-
- 5° - Historia 261 E.P. - sexo masculino, argentino 26 años, fué operado por quiste dermoideo

el 17 de octubre de 1937 con anestesia local; extirpación en block y cierre contécnica de Colp; es dado de alta el 25 de octubre de 1937.-

- 6° - Historia 10 - E.C. - 22 años sexo femenino, argentino, ingresa al servicio con un quiste dermoideo supurado, el cual se intervino el 11 de abril de 1938, con anestesia local haciéndose el drenaje; gran colección fétida. Sale del servicio el 17 de abril de 1938.-
- 7° - Historia 19 - J.M. 38 años de edad, sexo masculino, argentino, diagnóstico quiste dermoideo supurado y fistulizado. Operado el 19 de abril de 1938 con anestesia local incisión en losange con cuña lateral, extirpación en block, se sutura parcialmente la herida; alta 4 de mayo de 1938.
- 8° - Historia 127 B.B. - 34 años, sexo masculino, argentino, quiste dermoideo operado el 13 de junio de 1938, con anestesia local, extirpación técnica de Colp; sale el día 20 de junio de 1938.-
- 9° - Historia 421 R.F. 29 años sexo masculino, argentino, quiste dermoideo, Operado el 26 de octubre, local, técnica de Colp, se retira del servicio el día 6 de noviembre de 1938.-
- 10° - Historia 1287 - C.A. 28 años. Ingresa el 27 de marzo de 1939, argentino, sexo masculino quiste dermoideo supurado y fistulizado, local

- c cierre con drenaje. Alta 11 de abril de 1939.-
- 11° - Historia 1403 - H.M. 25 años, sexo masculino, argentino, ingresa a nuestro servicio para ser intervenido de quiste dermoideo sacrococcigeo operado con anestesia local, y técnica de Colp Alta, curado a los 10 días de operado.-
- 12° - Historia 1459 - L.C. - 34 años, sexo femenino, argentina, el día 2 de julio de 1939 es intervenida, previa anestesia raquidea, extirpación en block y cierre con drenaje, alta el día 15 de junio de 1939.-
- 13° - Historia 1480 - A.P. sexo masculino, argentino de 19 años de edad, ingresa para ser operado de un quiste dermoideo, la cual se realiza el 14 de junio de 1939, anestesia local, incisión en losange y extirpación en block, técnica de Colp, alta 5 de julio de 1939
- 14° - Historia 1491 - D.F. de sexo masculino, argentino de 28 años, padece de quiste dermoideo supurado; previa anestesia local el día 19 de julio de 1939, se drena dicha colección retirándose del servicio a los 37 días.
- 15° - Historia 1946 - A.J. de 28 años de edad, sexo masculino, argentino, padece de quiste dermoideo interviniéndose el 29 de diciembre de 1939 con local, extirpación del quiste dermoideo conjuntamente con el vértice del coccis cierre total, con técnica de Colp, alta 8 de enero de 1940.-
- 16° - Historia 2029 - F.C. sexo masculino, argentino, 24 años, se interna para ser operado de quiste dermoideo; se opera el 25 de enero de

1940 con anestesia local, técnica de Colp
Alta 6 de febrero de 1940.-

- 17° - Historia 2033 - J.R. 25 años de sexo masculino, argentino, diagnóstico: quiste dermoideo. Se interviene el 23 de enero de 1940 con anestesia local. Extirpación en block. Técnica de Colp. Alta el día 3 de febrero de 1940.-
- 18° - Historia 2072 - A.C. sexo masculino, argentino, de 26 años de edad, es operado el día 9 de febrero de 1940, de un quiste dermoideo supurado, con anestesia raquidea, extirpación en block y cierre parcial de la herida. Alta provisoria el 28 de febrero de 1940.-
- 19° - Historia 2098 - M.J. de sexo femenino, argentina, de 27 años, se interviene de quiste dermoideo con anestesia local, extirpación en block, técnica de Colp, siendo la fecha de su intervención el 17 de febrero de 1940, sale del hospital a los siete días.-
- 20° - Historia 2105 - J.C. sexo masculino, argentino, 28 años, es operado el 20 de febrero de 1940 de quiste dermoideo con raquianestesia. Extirpación en block del quiste el que tiene prolongaciones laterales y extirpación del coxis. Se deja la herida abierta cicatriza-
ción por segunda, el día 10 de julio del mismo año, ingresa como una recidiva; con anestesia local, se le practica un curetaje.
- 21° - Historia 2114 - F.A. 19 años, sexo masculino, se interna por un quiste dermoideo, siendo

- operado el 3 de marzo de 1940, con local y técnica de Colp. Alta el día 4 de abril de 1940. Reingresa el día 15 de mayo del mismo año por tener un trayecto fistuloso el cual se reseca con anestesia local.-
- 22° - Historia 2216 - S.P. de sexo masculino, argentino, de 30 años, afectado de quiste dermoideo, recidivado, es operado el 2 de abril de 1940 con anestesia local, extirpación en block, cierre parcial de la herida. Alta 16 de abril.-
- 23° - Historia 2307 - J.G. de sexo femenino, argentina de 21 años, operada el 3 de mayo de 1940 de un quiste dermoideo con anestesia local, extirpación en block, técnica de Colp, alta el 18 de mayo. El 24 de Junio del mismo año, reingresa por tener un trayecto fistulosos con anestesia local se procede a su extirpación, dejando la herida abierta, cicatrización por segunda.-
- 24° - Historia 2341 - H.B. - de 23 años, sexo masculino, argentino, con diagnostico de quiste dermoideo recidivado se opera el 15 de mayo de 1940, con anestesia local extirpación local, técnica de Colp, alta 20 de mayo de 1940.-
- 25° - Historia 2362 - G.T. de 27 años, sexo masculino, español, afectado de quiste dermoideo, es operado el 15 de mayo de 1940, con anestesia local, extirpación total, técnica de Colp,

es dado de alta el día 5 de junio.-

- 26° - Historia 2348 - E.D. - de sexo masculino, argentino de 24 años, afectado de quiste dermoideo, el día 14 de mayo de 1940 es operado con anestesia local, extirpación en Block según técnica de Colp. Enfermo que más tarde presentó un cuadro septicémico, el cual se hace mención en complicaciones post operatorias, habiéndose sido necesario contar los puntos y abrir ampliamente la herida, cicatrización por segunda, alta el 22 de junio de 1940
- 27° - Historia 3550 - G.P. de sexo femenino, argentina de 21 años de edad, afectada de quiste dermoideo es operada el 16 de mayo de 1940 con anestesia local, extirpación en block y cierre con la técnica habitual. alta 23 de mayo de 1940.-
- 28° - Historia 2365 - V.D. de sexo masculino, argentino, 39 años se presenta al servicio con un quiste dermoideo recidivado, ingresando el 26 de mayo de 1940 y habiéndose realizado su primera intervención el 4 de agosto de 1937 con anestesia local se procede a la extirpación en block del quiste con resección del coxis, cierre de la herida con drenaje, alta 23 de junio 1939.-
- 29° - Historia 2382 - P.R. sexo masculino, italiano de 29 años, afectado de quiste dermoideo supurado, se opera el 30 de mayo de 1940, con anestesia local, incisión en losange, extirpación

en block, técnica de Colp, alta 10 de junio de 1940, reingresa el 3 de setiembre con una recidiva, que mediante anestesia local se practica la resección de un trayecto fistuloso. Se deja la herida ampliamente abierta.-

- 30° - Historia 2390 - M.F. de sexo masculino, argentino, de 27 años, con diagnóstico de quiste dermoideo, se opera el 3 de junio de 1940, con anestesia local, extirpación en block, técnica de Colp, alta el 13 de junio.-
- 31° - Historia 2428 - A.C. sexo masculino, español, de 26 años de edad, con diagnóstico de quiste dermoideo, se opera el 20 de junio de 1940, con anestesia local, incisión en losange, extirpación en block técnica de Colp, alta el 30 de junio de 1940.-
- 32° - Historia 2398 - C.P.M. de sexo masculino, argentino de 36 años, ingresa el 14 de julio de 1940, por un quiste dermoideo, se opera con anestesia local, Se deja la herida ampliamente abierta; alta al mes de operado.-
- 33° - Historia 2678 - B.C. de sexo masculino, argentino 25 años de edad, es operado de quiste dermoideo supurado el día 16 de octubre de 1940. Anestesia local, con electro bisturí. Se deja ampliamente abierto y taponaje con gasa; el enfermo se retira a los 40 días de la operación, de alta definitiva.
- 34° - Historia 2920 - de sexo masculino, argentino de 20 años, con diagnóstico de quiste dermoideo. Se opera el día 3 de diciembre de 1940 con anestesia local, extirpación en block, se deja la herida am-

pliamente abierta taponando con gasa yodoformada, abandona el servicio a los 19 días de la operación, aparentemente curado. El 26 de abril de 1941, reingresa con una recidiva fistulosa, la cual con anestesia local se desbrida ampliamente.-

- 35° - Historia 3014 - L.P. sexo masculino, argentino de 38 años de edad, el día 6 de enero de 1941 es intervenido de un quiste dermoideo con anestesia local, incisión en losange, extirpación en block, dejandose la herida ampliamente abierta; alta curado a los 45 días de la operación.
- 36° - Historia 3135 - A.C. - de sexo masculino, español, de 23 años de edad. Es operado el día 10 de febrero de 1941, de un quiste dermoideo sacrococcigeo con anestesia local, extirpación en block con resección de la última vértebra coccigea, técnica para el cierre según la técnica de Colp, alta a los 20 días de la operación.
- 37° - Historia 3177 - C.Q. de sexo femenino. Polaca de 37 años. Ingresas al servicio por accidente, comprobándose la fractura del coccis; además la presencia de fístulas congénitas ubicadas en la línea media, el día 6 de marzo de 1941, se opera con anestesia local, incisión en losange, extirpación en block con resección de coccis, cierre de la herida según técnica de Colp.-

- 38° - Historia 3230 - F.C. de sexo masculino argentino de 16 años de edad. Ingresa para ser operado de quiste dermoideo supurado el día 18 de marzo de 1941. Es intervenido previa anestesia local, extirpación en block y cierre parcial de la herida. Es dado de alta curado el día 5 de abril de 1941.-
- 39° - Historia 3255 - H.O. de sexo masculino, argentino de 27 años de edad con diagnóstico de quiste dermoideo, el día 28 de marzo de 1941 es operado con anestesia local, extirpación en block y cierre de la herida según la técnica de Colp, abandona el servicio, despues de 18 días.-
- 40° - Historia 3324 - A.N. de sexo masculino, argentino, de 19 años de edad, internado con diagnóstico de quiste dermoideo el día 22 de abril de 1941. Es intervenido con anestesia local. Se practica extirpación en block, con cierre de la herida según la técnica de Colp, abandona el servicio despues de 18 días.-
- 41° - Historia 3429 - F.G. de sexo masculino, argentino de 26 años de edad, ingresa el día 4 de junio de 1941 con diagnóstico de quiste dermoideo, operado el día 5 de junio de 1941 con anestesia local, extirpación en block y cierre con la técnica de Colp. Es dado de alta el día 16 de junio de 1941. Al mes de su operación reingresa con una recidiva operandose con local, dejándose la herida abierta. De alta curado al mes de su intervención.-

- 42° - Historia 2528 - C.H. de sexo masculino, ingresa con diagnóstico de quiste dermoideo recidivado por segunda vez. Se opera el día 11 de julio de 1941 con anestesia local; incisión en losange; extirpación total, cierre de la herida con técnica de Colp. Alta curado a los 30 días de su operación.
- 43° - Historia 3561 - A.J. de sexo femenino, argentina, 19 años de edad. Ingresa el 17 de julio de 1941 por quiste dermoideo y se opera el 18 de julio de 1941 con anestesia raquidea, extirpación en block. Cierre total con drenaje lateral. Alta 2/8/941.-
- 44° - Historia 3638 - S.S. de sexo masculino, argentino 36 años de edad. Se interna el 12/8/941 con diagnóstico de fístula anal, el examen clínico revela que se trata de un trayecto fistuloso que corresponde a un quiste dermoideo sacrococcigeo. Se opera el día 13/8/941 con anestesia raquidea, extirpación total; dejandose ampliamente abierto. Alta curado. Día 10/10/941.-
- 45° - Historia 3772 - C.J. de sexo masculino, argentino, de 26 años de edad, 29/9/941 con diagnóstico de fístula anal, el examen clínico nos revela que se trata de una fístula dermoidea. Es operado el 2/10/941 con raquidea. Resección en block, dejando la herida abierta y acercando los bordes de la misma con unos puntos en capitón, es dado de alta el día 13/11/941, curado.-

- 46° - Historia 3806 - R.V. de sexo masculino, argentino de 32 años de edad. Ingresó el día 13/10/941 por quiste dermoideo. Se opera el 14/10/941 con anestesia local. Extirpación en block, cierre con técnica de Colp stopton en la herida es dada de alta curado el 26/10/1941. El día 13/5/942 es operado de una pseudorecidiva, desbridamiento del trayecto, curetaje, se deja la herida abierta.-
- 47° - Historia 3949 - G.E. sexo masculino, argentino de 25 años de edad, ingresa el día 1/12/941, por un quiste dermoideo, siendo operado con anestesia raquídea, el día 2/12/941, extirpación en block, dejándose la herida abierta. Alta, curado 13/1/1942.-
- 48° - Historia 4141 - F.R. de sexo masculino, argentino de 25 años de edad, ingresando el día 22/1/942, por un quiste dermoideo, se opera el 23/10/942 con anestesia local, extirpación en block, stopton 4 gramos: cierre de la herida con técnica de Finochietto, alta día 1/II/942. Vuelve a internar con una pseudo recidiva, la cual se opera el mismo día con anestesia local 12/6/42, desbridamiento y curetaje. No se deja herida abierta.-
- 49° - Historia 4193 - de sexo masculino, argentino, ingresa el 9/11/942, por un quiste dermoideo operándose el mismo día con

anestesia local, extirpación en block, stopton 4 gramos en la herida, cierre con técnica de Finochietto, alta curado el 18/11/942.-

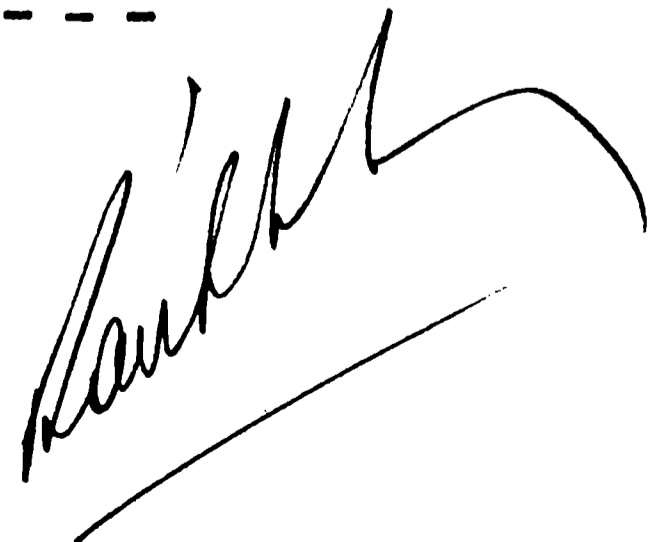
- 50° - Historia 5388 C.F. - de sexo masculino, argentino, 18 años, Ingresa el 5/3/943 con un quiste dermoideo. Se opera el mismo día con anestesia local. Extirpación en block dejándose la herida abierta. Alta día 27/3/943.-
- 51° - Historia 5702 - P.P. sexo masculino, argentino. Ingresa el día 21/6/943 se opera con anestesia raquídea. Extirpación y cierre total. Alta día 1/7/943.-
- 52° - Historia 5664 - C.H. de sexo masculino, argentino de 37 años ingresa el día 15/6/943 por un quiste dermoideo, se opera el día 18/6/943 con raquídea. Extirpación y cierre total. Alta 28/6/943.-
- 53° - Historia 5849 - de sexo masculino, argentino de 33 años. Ingresa el día 25/8/943 para operarse de quiste dermoideo. El día 26/8/943 se interviene con anestesia raquídea; extirpación y sutura de los bordes de la herida a la aponeurosis sacro iliaca. (Técnica de MAC FEE).-
- 54° - Historia Serv. O.M.Enf.A.B. Sexo masculino argentino, 20 años de edad. Resección en losange con técnica de Finochietto, anestesia raquídea. Cierre por primera.-
- 55° - Historia Serv. O. M. Enf. J, de S. argenti-

- na, 30 años, casada. Resección en losange técnica de Finochietto, anestesia raquídea cierre por segunda.-
- 56° - Historia Serv. O. M. Enf. P.M. argentina 30 años, soltera, resección en losange, técnica de Finochietto, anestesia raquídea. Cierre por segunda.-
- 57° - Historia Serv. O. M. Enf. J. A. - Argentino 35 años casado resección en losange, técnica de Finochietto, a los 2 días se forma hematoma que obliga a quitar los puntos. Cierre por segunda. En este caso como en todos los que se sospeche compromiso del coxis, aunque no se vea la lesión se debe hacer su éxeresis. Anestesia local.-
- 58° - Historia Serv. O.M.Enf.R.E. argentino, 25 años. Quiste recidivado. Resección en losange técnica de Finochietto, anestesia local, resección de coxis, cierre por segunda.-
- 59° - Historia Serv. O.M. Enf. M.M. argentino, 39 años, casado. Extirpación en losange hasta aponeurosis. Técnica de Mac Fee. Anestesia raquídea.-
- 60° - Historia Serv. O.M.Enf. J.S. argentino, 25 años, soltero, técnica de Finochietto cierre por segunda.-
- 61° - Historia Serv. O.M. Enf. A.S. argentino 57 años casado Técnica de Finochietto, anestesia raquídea, cierre por segunda.-
- 62° - Historia Serv. O.M. Enf. I.V. argentino 39 años casado. Técnica de Finochietto,

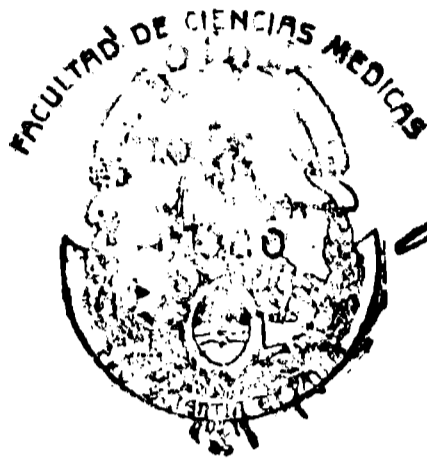
- Cierre por segunda, anestesia raquidea.-
- 63° - Historia Serv. O.M. Enf. E. O. de M. argentina, 26 años casada, procedimiento de Mac Fee, anestesia local.-
- 64° - Historia Serv. O.M. Enf. I. M. argentino 43 años soltero, raquidea, técnica de Finochietto, cierre por primera.-
- 65° - Historia Serv. O.M. Enf. M.E. argentino, 20 años soltero, técnica de Finochietto, anestesia raquidea, cierre por segunda.-
- 66° - Historia Serv. O.M. Enf. J.P. argentino, 24 años, soltero, técnica de Finochietto, anestesia raquidea, cierre por segunda.-
- 67° - Historia Serv. O.M. Enf. J.M. argentina 22 años casada, técnica de Finochietto, anestesia raquidea, cierre por segunda.-
- 68° - Historia Serv. O.M. Enf. D.B. argentina 34 años casada, técnica de Mac Fee, cierre por primera. Pentotal.-
- 69° - Historia Serv. O.M. Enf. J.S. argentino, 20 años, casado, técnica de Finochietto, anestesia raquidea, cierre por primera.-
- 70° - Historia Serv. O.M. Enf. J.C. argentino, 20 años, casado, técnica de Finochietto, cierre por segunda.-

BIBLIOGRAFIA

- 1 - TESTUT - LATARET . Anatomía Descriptiva
Tomo I.-
- 2 - TESTUT - LATARET . Anatomía Topográfica
Tomo I.-
- 3 - AREY - Embriología
- 4 - CUCULICHIO Carlos - Trabajo de doctorado
- 5 - CALZARETTO José - Trabajo de doctorado
- 6 - BEGOIM - Patología Quirúrgica Tomo I.
- 7 - BULFARO José A. - Semana Médica. 1940-
Pag. 479.-
- 8 - CHRISTMANN Federico - OTOLINGHI. Técnica
Quirúrgica. Tomo IIa Pag. 136.-
- 9 - FERRARI Roberto - Quistes y fístulas
dermoides, coccigeas. Sexa sesión
22- VIII - 934.-
- 10 - FINOCHIETTO E.- Revista de cirugía de Bs.
As. - 1922.-
- 11 - RIVAS - Boletines y trabajos de la Socied
dad Argentina de Cirujanos. 1943
- 12 - SOLIMANO Alberto A. - Quiste dermoideo sa-
croccigeo. Tratamiento 1942.-
- 13 - MAINETTI José María - Arch. del Hosp. Italiano
- 14 - MAMMONI Osvaldo - Archivo del Hosp. Italiano
- 15 - CANESTRI Inocencio - Archivo del Hosp. Italiano

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Rau' or similar, with a long horizontal stroke underneath.

son 78 folios.
Compendio



[Handwritten signature]
FACULTAD G. ROSA
SECRETARIO