

Presentado en la sesión del 14 de Mayo de 1930

Preside el Dr. Clivio Nario

V. ~~Extirpación~~
Coagulación de un tumor mixto de la región sacrococcigea

Extirpación con el cuchillo de diatermo-coagulación

Por el Dr. CARLOS STAJANO

Esta comunicación no sólo puede interesar por lo que a la formación caudal se refiere, sino que también por la manera de resolver la extirpación, por un medio exangüe, rápido, y que por los medios quirúrgicos corrientes hubiese sido o imposible, o terriblemente cruenta dado la extensión, la profundidad y la enorme vascularización, del tumor. Anunciamos nuestra comunicación, hablando de bisturí eléctrico, denominación que en realidad no le corresponde dado que es con el cuchillo de los aparatos de diatermo-coagulación que hemos operado este y otros casos, en los cuales el bisturí eléctrico verdadero, nos nos hubiese servido, ni bastado para las grandes resecciones: a) porque secciona difícilmente la grasa y espacios conjuntivos. b) porque su sección no es hemostática para los grandes vasos. En cambio con el electrodo del aparato de diatermo-coagulación nos fué permitido operar un enorme aneurisma cirsoideo de la nuca, con una simplicidad notable. Un mixo-sarcome del pliegue genito crural en la mujer — cuya curación persiste aún después de un año, — aparte de otros tumores malignos de pequeño tamaño (cánceres del labio, vulva, cara, etc.) y de cuya simplicidad y beneficios, somos voceros.

En nuestro caso planeamos la extirpación, de acuerdo con lo que vimos practicar a nuestro maestro el Prof. Pouey, en tres casos de cáncer ano-rectal, y cuya extirpación por el cuchillo diatérmico, fué de una sencillez extraordinaria, aparte de lo totalmente exangüe de las superficies de sección. El cuchillo diatérmico secciona coagulando más o menos profundamente; el bisturí eléctrico secciona netamente sin coagular en profundidad; el primero hace hemostasis y cierra bocas sanguíneas y linfáticas; el segundo no lo hace, siendo menester dedicarle un tiempo especial después de la sección. En la cirugía de los tumores, **la sección diatérmica**, permite dilatar sin riesgos los límites de la operabilidad y obtener la reparación por relleno conjuntivo de las enormes brechas, las cuales parecen repararse con más rapidez que las realizadas por medios quirúrgicos corrientes. Acción revulsiva regional (?), reactivante de la función trófica, y por consiguiente de los procesos de reparación? Por último la cicatriz definitiva, no es retractil e incómoda, sino que llama la atención por lo blanda, a pesar de operarse mediante un relleno conjuntivo que repara las brechas dejadas por la extirpación.

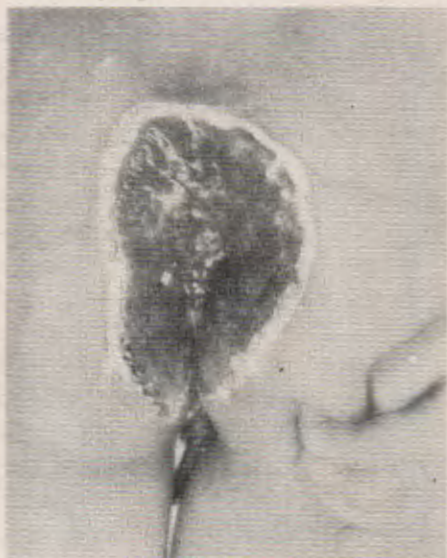
Expediente 11845. — Clínica Ginecológica. — Sala 4. — 13 años de edad. — Virgen. — Tumoración que data, según la enferma, sólo de 8



Fot. 1



Fot. 2



Fot. 3



Fot. 4

meses atrás. Aparecida según ella (?) en un accidente brusco en espacio de pocas horas, creciendo incesantemente hasta el momento actual, en la región sacro-coxígea, en la línea media, y llenando todo el hueco retro-rectal. El recto es empujado convexamente hacia adelante y el dedo permite sentir el desplazamiento de su pared sobre la superficie abollonada y convexa del tumor. La sintomatología inicial, tan brusca no la interpretamos sino a expensas de una hemorragia intersticial, que agrandó esa formación bruscamente; no de otro modo es posible ese aumento inusitado del tumor. Por otra parte, la naturaleza hemorrágica del tumor explica ese episodio, del mismo modo que el accidente hemorrágico final que le lleva al hospital. En sus empujes de crecimiento, éste se hacía doloroso, (Hemorragias intersticiales?) pasados los cuales la enferma no sentía dolor alguno. Sólo manifiesta dificultad en el momento de la defecación en estos últimos tiempos.

Tres días antes de ingresar al hospital, tiene una profusa hemorragia — la fotografía N.º 1, es más explícita que cualquier descripción — adelantando que esa enorme masa es de consistencia irregular. Puntos fluctuantes alternando con masas duras; surcado por gruesas venas, su color es morado en partes, rojo en otras, y hay puntos de piel próximos a ulcerarse. En la masa lateral izquierda se ve la fuente de la hemorragia.

Diagnóstico: Tumor de la línea media, de la región caudal, (Sacro-coxígea y rafé mediano ano-coxígeo) tumor desigualmente consistente, adherente y englobando el coxis; zonas duras y partes fluctuantes; partes intensamente vascularizadas, frente a otras de irrigación no exagerada; crecimiento rápido del tumor; he aquí elementos clínicos y anatómicos que nos permiten formular el diagnóstico de tumor mixto, desarrollado a expensas de restos embrionarios propios a la región caudal. Embrioma Sacrocoxígeo.

10 Enero 1930. — Anestesia general al Eter. — 1.er tiempo. — Circunscribimos con sección diatérmica toda la periferia cutánea y subcutánea del tumor. La gran masa engloba el coxis y las dos últimas vértebras sacras, obligando a seccionar con escoplo y martillo esa columna osea. — **2.º tiempo.** Abordamos el espacio retro-rectal, seccionamos el elevador, abriendo el espacio pelvesrectal superior, que nos permite elevar el tumor de la cara posterior del recto, y terminar la operación en pocos minutos, sin ver una sola gota de sangre. Queda una enorme brecha en cuyo fondo se ve el recto, enteramente respetado, y cuyas paredes laterales son de abundante tejido céluulo-grasoso. Rellenamos con gasa yodoformada, previa pulverización con ambrine. Hasta el último momento de la evolución post-operatoria hicimos la misma cura. La enferma es suspendida los primeros veinte días en una cama especial. No sufre dolores. No ha supurado la herida en ningún momento. La reparación por yemeción conjuntiva se hace activamente. (Fot. N.º 1 a los 10 días de la ope-

ración). No hay trastornos esfinterianos. A fines de Abril la reparación es total y la epidermización completa. (4 meses).

La contextura anatómica de este tumor, revela una gran proporción de tejido conjuntivo denso, y por otra parte islotes epiteliales en formas alargadas y redondeadas con un poder de proliferación intenso. El tejido epitelial abunda en la proporción de 1 a 100. Enorme vascularización de la masa tumoral. El estudio detallado de este tumor mixto de la región caudal, será motivo de otra comunicación, en que se estudiarán en conjunto las distintas formaciones congénitas de la región sacrocoxigea (fistulas, quistes, tumores).

El **Dr. Domínguez** habla sobre la constitución anatomo patológica del tumor. Se trata, dice, en resumen, de un tumor mixto en donde no se puede sorprender evolución maligna.

Avanzada la hora se levanta la sesión a las 20 horas.
