

## OPERACION DE BELLIS EN QUISTES SACROCOCCIGEOS

Dr. Artigas M. Escudero

(Nueva Helvecia)

### Cuestiones generales.

Los quistes sacrococcígeos se fistulizan generalmente, molestan a los enfermos y sus recidivas desorientan a veces a los cirujanos. Hay múltiples técnicas operatorias. El Prof. Luis Armando Baglietto, sin querer referirse a todas, describió en 1946 más de veinte técnicas, además de otros tratamientos ya dejados de lado, tales como inyecciones esclerosantes, cáusticos químicos, electroterapia, etc. Destacamos el procedimiento a colgajo de David Brezin y el plástico de Shute y colaboradores, que agregan incisión de la aponeurosis de los glúteos con suturas medianas, buscando relleno de espacios muertos y facilitando aproximación de piel con incisión elíptica. Hace unos dos años practiqué esta operación, comprobé las ventajas que dicen los autores, la enferma marchó bien; pero no la repetí porque se deja mucho material perdido y en caso de infección me parece que sería más serio que lo común.

En 1943 la Sociedad Argentina de Proctólogos discutió un trabajo de M. Herzmann que modifica la incisión en elipsis manteniéndose fiel al cierre por segunda.

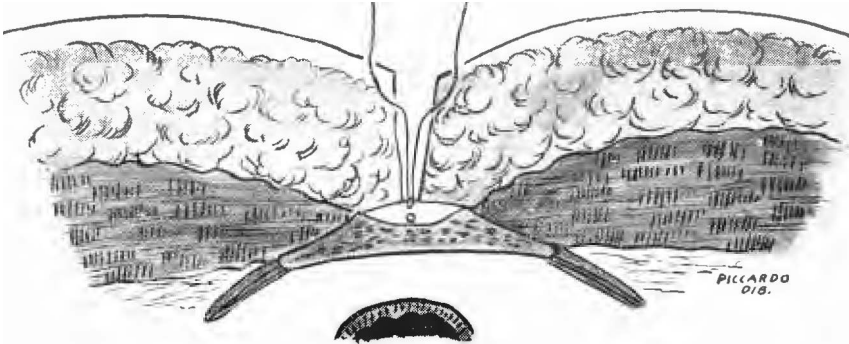
En 1946 la Sociedad de Cirugía del Uruguay se ocupó de las fístulas sacrococcígeas; el Presidente, si bien anunció la nueva tendencia al cierre per primam, apoyó al autor del trabajo presentado que defendía la extirpación amplia y el cierre por segunda.

Igual es la impresión que recibimos de la Sociedad Argentina de Proctología por trabajos de Ciarlo y de García Mata en 1947. Este último, en 1945, en su viaje a EE. UU., observó que en el gran país del norte había tendencia al cierre por segunda.

Desde hace 5 años nosotros tendemos al cierre per primam, según técnica de Leo C. Larkin. La mayoría marcha bien y otros no. A estos últimos le sacábamos los puntos y esperábamos el cierre por segunda.

## Recidivas.

Las recidivas han sido atribuídas a restos epiteliales, osteítis, tensión excesiva de la piel, hemostasia incompleta, espacio muerto, invaginación de los bordes de la herida operatoria. Digno de notar es la opinión de autores americanos que creen



## *Esquema N° 1* *Modo de pasar la seda*

que al pasar la aguja de fuera adentro, arrastra células epiteliales, que por las condiciones de la región (traumatismo, temperatura, pliegue, etc.) da lugar a recidivas, como los quistes epidérmicos de palma de mano de probable filiación traumática, es decir, recidivas por quistes adquiridos, consecutivos a adecuada operación original.

### Técnica de Bellis.

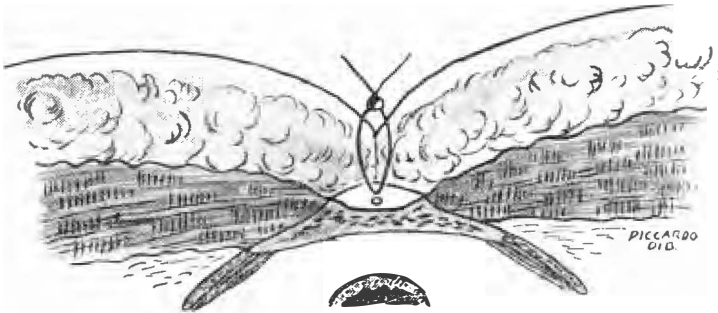
#### Comentario.

Ultimamente hemos operado según técnica de Carroll J. Bellis, de California, interpretada a través de un comentario de Alvin D. Yasuna a su trabajo de "The Journal of the International College of Surgeons". Marzo 1950.

"Este método no es nuevo, pero se presenta por su éxito, sin excepción, en 315 casos de quiste pilodinal, en muchos de los

cuales los pacientes habían sufrido una o más operaciones previas”.

Siguiendo los lineamientos generales establecidos en ese trabajo, procedemos de la siguiente manera: incisión mediana hasta la fascia sacrococcígea. Si hay orificios lejos de la línea media, incisión hacia la línea media, siguiendo el trayecto fistuloso, practicando su ectomía. No ligar vasos, esperar hemostasia es-



## Esquema N° 2 Operación terminada

pontánea. Puntos cada centímetro fijando en la aponeurosis, formando un surco que continúa el interglúteo. A los colgajos laterales fijarlos a la aponeurosis de los glúteos.

### Comentario.

La operación de Bellis es anatómica y lógica. Es anatómica porque la incisión es en la línea media (salvo orificios laterales) no se extirpa tejido en exceso, no se seccionan vasos importantes, conserva la configuración de la región, permite su fácil drenaje.

Es lógica porque extirpa los quistes y los trayectos fistulosos en toda su extensión, controlados por la vista y el tacto.

Tenemos la impresión que la incisión en losange secciona trayectos fistulosos que se retraen, así que posteriormente cuando se examina la herida, no se ve el tejido patológico. Recordar-

mos que cuando hacíamos la incisión en elipsis a veces reconocíamos el trayecto con su color gris sucio, veíamos el tejido de granulación, los tractus esclerosos que obligaban al retoque, o bien el examen de la pieza nos mostraba tractus abiertos. Si el trayecto no está infectado, es posible que escape a la búsqueda, pues el trayecto traccionado y cortado se retrae. En una fístula que operamos el 18 XII 50 y cerramos por primera, recidivó el 17/VIII 51. Como ya teníamos experiencia por la nueva técnica que empleamos ahora, buscamos el trayecto ascendente y lo encontramos. Habíamos hecho incisión sobrepasando aparentemente lejos de lo patológico, y sin embargo más arriba, contra el sacro, quedaban restos epiteliales, a los que atribuimos la gran mayoría de las recidivas.

Bellis hace su operación con gran seguridad, sin quimioterapia, permitiendo a sus pacientes caminar, sentarse y cumplir sus obligaciones normales el mismo día de la operación, curando totalmente dentro de los 15 días.

Nosotros procedimos con más cuidado en el pre y post operatorio, pero los enfermos continuaron levantados desde el primer día como habitualmente, reitegrándose al trabajo a los 10 ó 15 días de operados.

#### HISTORIAS CLINICAS (Resumidas)

Historia N° 2065 de la Policlínica Proctológica del Hospital Pereira Rossell. L. A. A., 21 años, oriental. En junio 4/51 consulta por tumefacción inflamatoria en región glútea izquierda. Al examen se comprueba que además tiene una fístula coccígea con secreción sero purulenta que lo molesta desde hace dos meses. Se incide el proceso glúteo que es independiente de la fístula coccígea. El paciente tiene tendencia a la forunculosis.

VI/6/51. Análisis de práctica, normales, salvo glucosuria de 2 gm. 75 %<sub>c</sub>. El Dr. Julio A. Moretti lo estudia desde el punto de vista glucopático y autoriza su intervención, teniendo glicemia 1 gm. 02 %<sub>c</sub>.

Junio 27/51. Operación. Dr. A. Escudero y Dr. N. Porzencansky, según técnica referida (libro operaciones N° 4, folio 1 de la Policlínica).

A los 6 días se cambia la curación. Llama la atención lo seco que estaba el apósito y el buen aspecto de la herida.

6/Julio/51. Se sacan los puntos. Herida muy bien.

Julio 11/51. Forúnculo al lado de la herida que se trata con antibióticos.

Julio 25/51. Se muestra al enfermo en la reunión de Ateneo semanal del Servicio en perfectas condiciones. Hace más de diez días que trabaja.

Informe anatómo-patológico. L. A. A. Junio 30/51. "Fistulectomía. Se

trata de un proceso inflamatorio crónico con los caracteres de un granuloma por cuerpo extraño, encontrándose en medio del tejido de granulación restos epiteliales y algunos folículos pilosos intensamente degenerados y necróticos". Dr. Boris Scolnik.

Historia N° 2109 de la Policlínica Proctológica del H. Pereira Rossell.

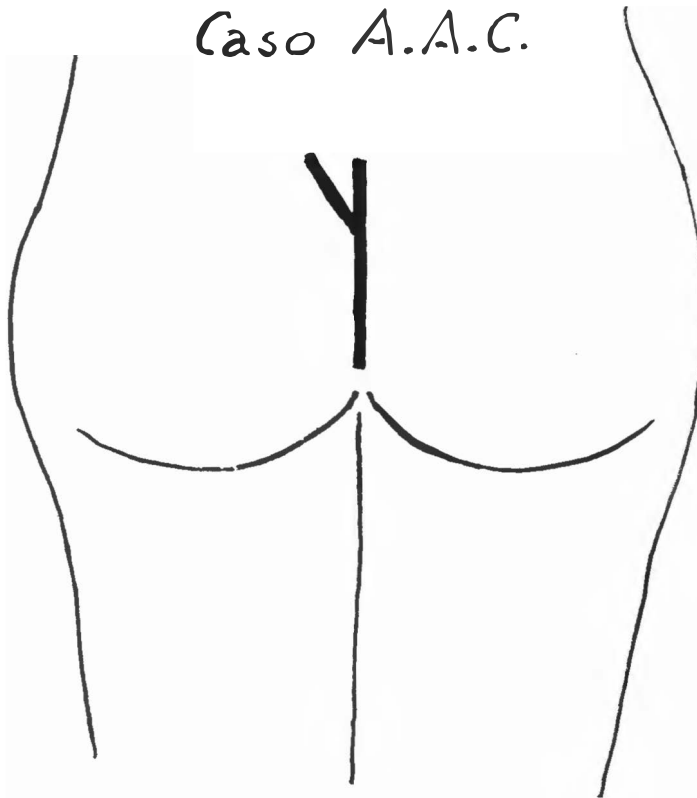


Figura N° 3

A. A. C., 39 años, ruso. Consulta el 25 julio 51. Hace 15 años se abrió una tumefacción a la izquierda en el periné posterior. Cerró a la semana. Hace 1 mes y medio volvió a abrirse. Al examen orificio fistuloso que da salida a pus. Incisión para facilitar drenaje, antibióticos y antiflogísticos. Análisis normales.

Agosto 22/51. Se opera (libro 4, folio 148). Dr. A. Escudero y Dr. N. Porcencansky. Incisión mediana con ramificación lateral izquierda de 5 cm. que permite extirpar totalmente el trayecto fistuloso. Suturas según lo dicho.

Agosto 29/51. Se cambia el apósito que está bastante seco, herida bien.

Setiembre 3/51. Se sacan los puntos y se permite trabajar.

Setiembre 12/51. Se muestra a la reunión de Ateneo semanal del Centro de Gastroenterología del H. Pereira Rossell, completamente curado.

Informe anatómico patológico. Agosto 29-Setiembre 11/51. A. A. C. Pieza O., fístula coccígea. Resultado: "Se trata de un proceso inflamatorio crónico esclerohialino recubierto por un tejido de granulación infectado, purulento y hemorrágico, en medio del cual se encuentran algunas inclusiones epiteliales malpighianas". Dr. Boris Scolnik.

### **Conclusiones:**

La técnica de Bellis es concluyente en su estadística, 100 % curados en 315 intervenidos; anatómica y lógica en su ejecución.

Esta técnica permite operar quistes y fístulas sacrococcígeas extirpando totalmente las formaciones patológicas, con lo que se disminuyen las probabilidades de recidivas. La incisión de la piel sin excisión cutánea, permite fácil sutura, porque no falta paño ni hay tensión de los tejidos facilitando el cierre per primam.

Abrimos un compás de espera en lo que se refiere a los quistes multifistulosos, en los que estaría indicada la incisión en estrella propuesta originalmente por el autor.