

DOS QUISTES DERMOIDES DE RARA TOPOGRAFIA

Por el Dr. Francisco Reyes

La localización de los quistes dermoides anexiales derechos o del lado izquierdo, se subordinan a su volumen y a las adherencias que pudieran contraer con los órganos vecinos de la cavidad pélvico-abdominal.

Durante mi larga práctica profesional, y de la lectura sobre la literatura de esta modalidad de tumores anexiales no me había tropezado con algo parecido a los dos casos que son motivo de esta comunicación a la Academia; y un tercero que muy recientemente acabo de leer, y que aparece publicado en el número 54 de la "Revista de Medicina Italiana" del mes de marzo de 1933, descrito y operado por Rolland con el epígrafe "Voluminoso quiste dermoide supurado del espacio recto-sacro-coxígeo"; exactamente análogo al primero que habré de describir.

En el mes de febrero del presente año se presenta a mi consulta una vieja señorita como de sesenta años, quejándose de una grandísima dificultad para evacuar su vejiga y el recto, dificultad que con el carácter de molestia había venido sufriendo hacía como un mes; pero que a última fecha se hacía verdaderamente difícil, sufriendo todo el cortejo de molestias consiguientes. Hecho el interrogatorio de cajón, se llega a la conclusión de que había sido de buena salud, y que nada anormal sufrió durante su vida activa ginecológica. Había pues que concentrar mi estudio a los órganos pélvicos y abdominales. De las exploraciones correspondientes llegué a la siguiente conclusión: tumor voluminoso que rellenaba toda la cavidad pélvica, inmóvil, poco doloroso, de consistencia dura en partes y en otras renitente. Como el tacto fue rectal, se comprobó que esta porción del intestino, la matriz y la vejiga, así como la porción alta de la uretra, estaban rechazados contra el pubis, y elevada la vejiga y la matriz con sus anexos, casi a flor de piel arriba del pubis y localizándolos con toda claridad. El desalojamiento y compresión eran notables, lo que explicaba la retención absoluta yésico-rectal, la ineficacia de los purgantes y lavativas y la gran dificultad de pasar una sonda a la vejiga. Y habiendo aceptado la interesada la necesaria

intervención, convino en operarse al tercer día de examinada. La víspera, la paciente me hace saber que había dádose cuenta de una bolita atrás del ano, y que al tocarla sufría de cierto dolor. Practicada la exploración sobre la región ano-coxínea, confirmé el dato importante obtenido, dándome cuenta que sobre los bordes del coxis y periné posterior hacía hernia un tumor, renitente, ligeramente doloroso y reductible. Lo puncioné, saliendo a través del trocar materia sebácea. El diagnóstico anatómo-patológico quedaba definido; y no sólo esto, sino que modifiqué de frente por detrás el plan operatorio. Había decidido una laparotomía, la que cambié por perineotomía posterior con resección del coxis y de dos vértebras sacras. Así procedí mediante analgesia raquídea con doce centigramos de novocaína adrenalina. Se dió salida a litro y medio de materia sebácea; y siendo peligrosa e inconveniente, y casi imposible la extracción de la bolsa, me limité a un lavado con alcohol a 96, y al relleno moderado de la cavidad con gasa yodoforada. La evolución post-operatoria fue buena; la cavidad se ha ido reduciendo, y actualmente el volumen se ha reducido a 6 u 8 centímetros cúbicos.

2a. observación. Gran múltipara; sin antecedentes patológicos que merecieran cuenta de sus aparatos y sistemas, excepción del aparato genital por lo que a su actual padecimiento se refiere, y cuya historia me fue referida por su médico de cabecera, informándome que durante la atención de su penúltimo parto, se dió cuenta de un tumor situado en la región glútea del volumen de una naranja, y que a su cliente no procuraba mayores molestias. Ese parto fue normal. Dos años después, poco más poco menos, atiende de nuevo a su cliente durante su último parto. Distingue que el tumor había crecido notablemente, y se presentan dificultades durante la expulsión fetal, porque la vagina estaba bastante estrechada por el tumor que de la nalga se extendía sobre la pared lateral derecha de la vagina.

Tres o cuatro meses después lo consulta su cliente por las molestias que sufre por lo voluminoso del tumor, durante la marcha y en la posición sentada o acostada, estando dispuesta a la operación. Vienen a mí; y en posesión de los datos informativos que acabo de relatar, hago la exploración: tumor del volumen de una cabeza de feto implantado en la región glútea derecha, redondo, de consistencia renitente, indoloro; que se continúa con el pliegue genito-crural en forma de pedículo muy grueso, como el puño, en relación afuera con la rama ascendente del isquión, y descendente del pubis; adentro con la pared lateral de la vagina que rechaza hasta ponerla en contacto con la del lado opuesto;

que se extiende hasta el fondo de saco lateral derecho, rechazando al cervix para el lado opuesto, y cuyo punto de implantación está en dicho fondo de saco sobre la base del ligamento ancho y verso anterior con cuyos planos se confunde. Practiqué la punción con trocar, dando salida a materia sebácea, infiriendo se trataba de un quiste dermoide del ligamento ancho implantado en su base y borde antero inferior. La operación fue aceptada, llevando por delante la posibilidad de una fuerte hemorragia dependiente del plexus vaginal. Analgesia con 0.15 de novocaína adrenalina intrarraquídea; incisión sobre el pliegue genitorcral hasta la base del tumor despegando los planos sobre la bolsa del quiste, cuya disección fue sencilla siguiendo el plano laxo del tejido celular hasta la base del pedículo. El peligro de la uterina y ureter nulos por estar rechazados con el cuello hacia adentro, y la hemorragia nula. Sutura y canalización con gasa simple embebida de caldo vacuna, que se renovó a las 48 horas, y después substituida por tubo. Marcha favorable. Un mes después cerró la amplia brecha de este tumor.

Consideraciones sobre la topografía de estos tumores, y sobre la técnica quirúrgica establecida.

La topografía de estos dos quistes, especialmente el segundo, es extraordinariamente rara. Incluidos originariamente en el espesor del ligamento ancho, el primero sobre la base y hoja posterior, despegando en su crecimiento ulterior al peritoneo del Douglass, se insinúa en el espacio sacro-coxi-rectal hasta la base del perineo posterior; y en su creciente evolución extraperitoneal rechaza en masa al recto, matriz y anexos, a la vejiga y su canal excretor dando lugar por su íntima compresión contra del pubis a la dificultad expulsiva de ambos emuntorios.

La topografía del segundo relatado es más extraña y curiosa en su evolución creciente fuera de la pelvis y del canal vagino-vulvar. No es la vereda que generalmente siguen los tumores y abscesos primitivamente colocados en la base del ligamento ancho y sobre su cara y verso anterior, despegando el peritoneo de esta cara, el peritoneo cupular de la vejiga si es que están cerca de ella, se colocan sobre la línea media en pleno espacio de Retzius, y se desarrollan camino al ombligo sirviéndoles de guía el uraco en pleno espacio subperitoneal delimitado por la aponeurosis de Denovillier. Si separan de la línea media, se colocarán en este mismo espacio subperitoneal, y el guía lo será la arteria y su cordón: la umbilical. Pero el camino seguido, al parecer extraviado, fue diverso en el caso que me ocupa. En vez de abalanzarse hacia arriba y adelante, se dirigió hacia abajo y adentro al fondo vaginal correspondiente, guiándose por el arteroducto uterino y vaginal; y chocando ha-

cia adentro con la resistencia del cuello, se fragua paso por la cúpula vaginal entre esta y la rama descendente del pubis y ascendente del isquión disociando músculos y aponeurosis en sus tres planos perineales; sale fuera de la vulva y camina a la región glútea alcanzando el volumen y forma de cabeza fetal. Fuera de otras razones de orden anatómico, y de anatomía patológica, se podría invocar para explicarse el camino que siguen en su desarrollo y progresión los tumores sólidos y líquidos ordinariamente situados en el espesor del ligamento ancho, la misma descripción topográfica de derrama que se hace para con los abscesos del ligamento ancho—del parametrio—o vagina hipogástrica: la tunelización de dicha vagina, el desparpajamiento del tejido celular—punto de menor resistencia, que seguirán las colecciones purulentas; y que su primitiva situación, serán guiadas por los vasos hipogástricos correspondientes: para atrás: las sacras laterales e ilio lumbares (la primera observación); uterinas y vaginales para abajo; isquiáticas y glúteas fuera de la pelvis.

Sobre la técnica quirúrgica empleada en uno y otro caso, diré que atacué como debí hacerlo, por su punto más accesible; que las intervenciones fueron fáciles y sin pérdida de sangre. Que fue prudente no intentar extirpar el saco en la primera operada, sino que se procedió a su disgregación con alcohol inmediatamente después de la operación; después con tintura de yodo, nitrato de plata; y que actualmente se cura con bálsamo negro y masaje intrarrectal para reblandecer las paredes de la pequeña cavidad que resta y lograr su aproximación a la piel.

Terminaré, señores académicos, esta comunicación con la lectura del caso que el doctor Domenico Rolland publica en la "Revista de Medicina Italiana", y que confronta con mi primera operación por la analogía topográfica de ambos tumores.

México, D. F., mayo 17 de 1933.

Dr. Francisco Reyes.