

el enfermo volviera a presentar nuevos accidentes hemorrágicos, la intervención quirúrgica estaría indicada.

El estudio anatomohistológico muestra, en estos casos una exuberante mucosa, especialmente del collar prepilórico y sujeción laxa de la misma, que la permite un amplio deslizamiento; existe en la mayoría de los casos una gastritis, y como en el nuestro en los tres operados por REES, se observa un estrechamiento del píloro; en los casos de REES, el músculo presentaba un color blanquecino y estaba muy adelgazado, lo que sugirió al autor la existencia de una degeneración fibrosa del músculo; para REES<sup>10</sup> el estrechamiento del canal pilórico precede a los cambios en la mucosa y es seguido de un hiperperistaltismo gástrico para forzar el paso del píloro, que relajarían la sujeción de la mucosa a la muscularis. Para ELLIASON y WRIGHT, lo primero sería una antritis con hipertrofia de la mucosa; con los movimientos peristálticos los pliegues se elongan y más tarde se prolapsan al duodeno por la acción peristáltica y por la presión del contenido gástrico; SCOTT señala, fundado en la revisión hecha de los casos publicados y de sus observaciones personales, que lo fundamental es, aparte de la existencia de un collar prepilórico exuberante, un trastorno del peristaltismo gástrico, cuya iniciación se debe a estímulos neurogénicos o químicos o a una combinación de ambos.

En cuanto al tratamiento en los casos recientes con sintomatología escasa debe ser médico, similar al que se emplea en el tratamiento de las gastritis. Cuando exista un cuadro, aunque sea intermitente, de estenosis pilórica, en el que hallemos un estrechamiento de antro o imagen sospechosa de infiltración neoplásica y tengamos duda sobre la existencia de tumores junto al prolapsos de la mucosa, persistencia de hemorragias, etc., el tratamiento debe ser quirúrgico, practicándose una resección o gastrostomía antral con resección de los pliegues y piloroplastia. Debe tenerse en cuenta que, por palpación externa, no puede hacerse, en la mayoría de los casos, el diagnóstico, por lo que la abertura del estómago es indispensable.

#### RESUMEN.

Se presentan dos casos de prolapso de mucosa gástrica exuberante en el bulbo duodenal; uno de ellos leve, con sintomatología hemorrágica; el otro con un cuadro de estenosis pilórica, por lo que es intervenido. Se analiza el cuadro clínico y radiológico, haciéndose el diagnóstico diferencial frente a los tumores del antro y duodeno, y de la duodenitis, afecciones con las cuales se puede confundir. Se señala la importancia del estudio radiológico, caracterizada por la presencia de una falta de replección en el bulbo, como único medio de hacer el diagnóstico, ya que la sintomatología clínica de estas afecciones es muy variable, dando bien un cuadro

de molestias vagas, una sintomatología atípica de úlcera que debe hacer sospechar esta afección o un cuadro de estenosis pilórica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ELLIASON, WRIGHT y MURRAY.—Surg. Gyn. a. Obst., 41, 461, 1925.
2. MELAMED y HILLIEL.—Amer. J. Dig. Dis., 10, 93, 1943.
3. SCOTT.—Radiology, 46, 547, 1946.
4. ELLIASON, PENDERGRASS y WRIGHT.—Amer. J. Röntg., 15, 295, 1926.
5. MARINA FIOL.—Rev. Clin. Esp., 7, 379, 1942.
6. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones Clínicas, tomo 5, 1947.
7. PENDERGRASS y ANDREW.—Amer. J. Röntg., 34, 337, 1935.
8. PENDERGRASS.—Journ. Am. Med. Ass., 94, 317, 1930.
9. ALLEN.—Journ. Am. Med. Ass., 94, 320, 1930.
10. REES.—Surg. Gyn. a. Obst., 64, 689, 1937.

#### DOS CASOS DE EPITELIOMAS DE LA REGIÓN SACRO-COXÍGEA CONSECUTIVOS A UN QUISTE PILONIDAL Y A UN TERATOMA PRESACRO

R. VARA-LÓPEZ

Clinica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Valladolid.  
Jefe: Prof. VARA-LÓPEZ.

En estos últimos años he tenido ocasión de observar y tratar dos enfermos que presentaban un epitelioma en la región sacro-coxígea, uno de ellos consecutivo a un sinus pilonidal y el otro desarrollado en la cicatriz operatoria residual a la extirpación de un tumor teratoideo presacro.

La rara localización de epiteliomas a este ni-

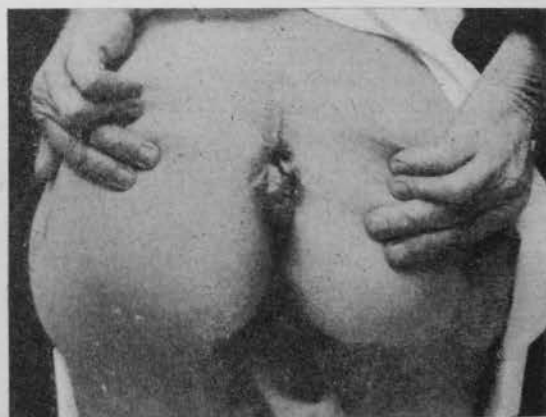


Fig. 1.

vel nos ha movido a publicar tan interesantes hallazgos, ya que después de una revisión cuidadosa de la literatura no encontré más que dos casos semejantes de epiteliomas desarrollados en restos de sinus pilonidales, y no he podido leer ninguna observación sobre el desarrollo de epiteliomas en cicatrices operatorias de la re-

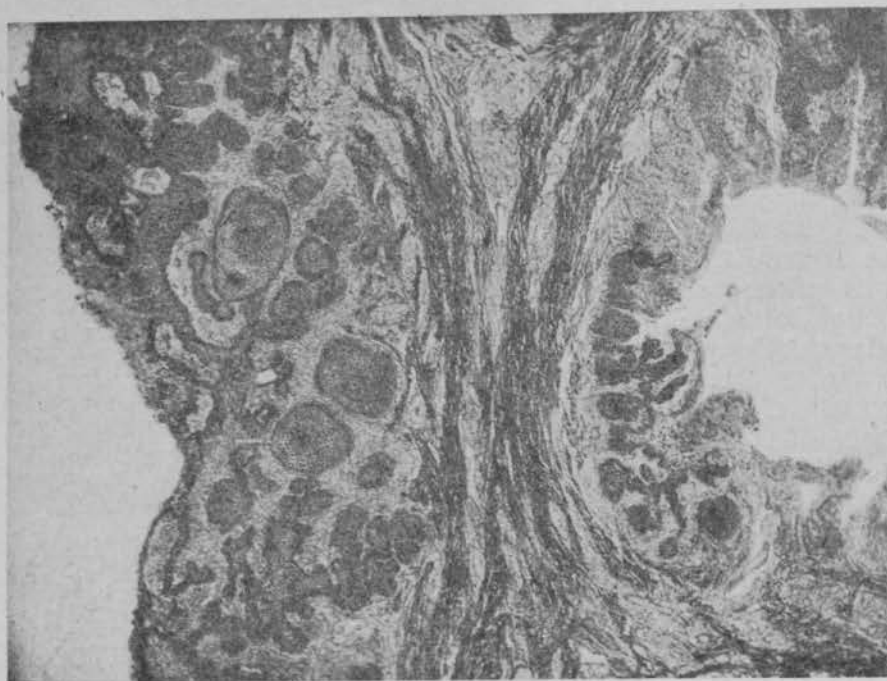


Fig. 2.

gión sacro-coxígea, consecutivos a la extirpación de teratomas presacros.

Los tumores que asientan en la región sacro-coxígea tienen los más variados caracteres histológicos, pues su origen puede ser el más diverso, ya que a este nivel existe una serie de formaciones que regresan normalmente, y la ausencia de esta regresión, acompañada de una proliferación celular de dichas estructuras, da lugar a diversos tipos de tumores que se diferencian por su procedencia, por su histopatología, por su localización y desarrollo, así como por su evolución y cuadro clínico.

Fox, en 1935, propuso una clasificación de los tumores de la región sacro-coxígena, basada en sus caracteres histológicos; dividiéndolos en sinus pilonidales, tumores procedentes de restos del neuroectodermo, quistes entéricos, cordomas, teratomas y tumores de la glándula de Luscka.

Los sinus pilonidales o quistes dermoides proceden del ectodermo, y tienen una estructura epidérmica.

Los neuroblastomas, epitelomas quísticos, adenocistomas, proceden del neuroectodermo, y en su estructura se aprecian vestigios medulares.

Los meningoceles que pueden presentarse en esta región tienen también una procedencia ectodérmica, y

su constitución histológica es la de las meninges.

Los quistes entéricos, ciertos dermoides, los quistes neuroentéricos y los carcinomas, proceden del endodermo y del conducto neuroentérico, y tienen una estructura que recuerda la del intestino post-anal.

Los cordomas, ya sean benignos o malignos, proceden del mesenquima, y en ellos se aprecian restos de la notocorda.

Los teratomas, debidos a inclusiones fetales, tienen en su constitución histológica vestigios de las tres hojas blastodérmicas.

Por fin, tenemos los tumores de la glándula de Luscka, con sus caracteres histológicos específicos.

De esta clasificación, los quistes pilonidales, también llamados dermoides sacro-coxígeos, fistula sacro-coxígea congénita, dimple, etc., han sido objeto recientemente de una gran atención por parte de los cirujanos norteamericanos por dos motivos: uno, por la frecuencia de su observación en estos últimos tiempos, y otro, por el sinnúmero de procedimientos operatorios propuestos para conseguir una curación rápida y evitar las numerosas recidivas de estas fistulas.

Sin embargo, sólo se han descrito dos casos de degeneración carcinomatosa de sinus pilonidal. En el primero, estudiado por WOLFF y

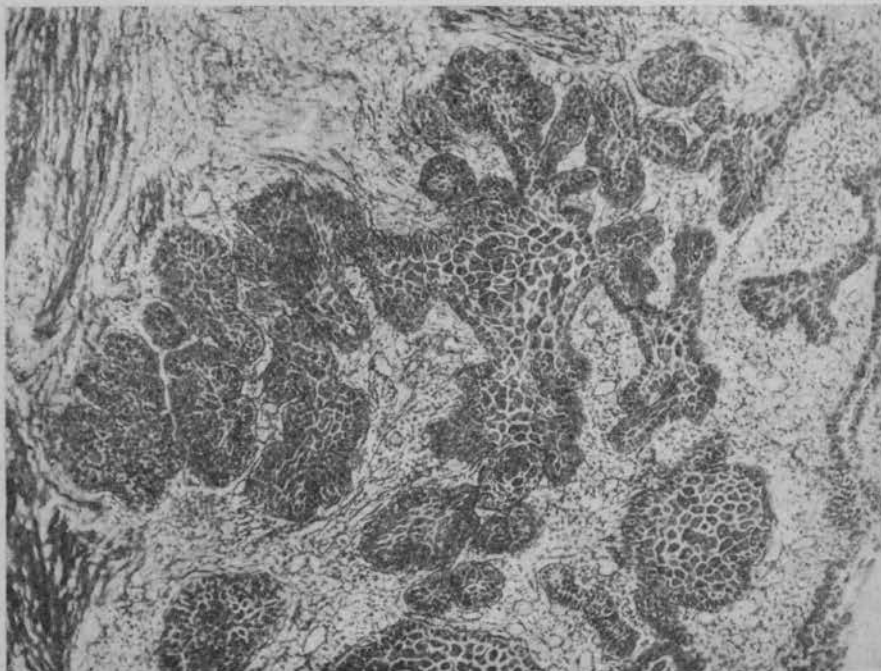


Fig. 3.



LAEGNER, se trataba de un paciente de veintiún años, con un tumor de tamaño de un huevo, localizado en el coxis, y cuyo examen histológico después de su total extirpación demostró ser un quiste dermoide. Un año más tarde presenta el enfermo un nuevo aumento de volumen a nivel de la antigua cicatriz, y la incisión practicada da salida a un pus espeso que llenaba la cavidad; el raspado de las paredes de ésta, realizado unas semanas después, demuestra la existencia de un carcinoma de células epiteliales planas cornificadas.

El segundo caso, publicado por SCHUBERT en 1939, es el de un enfermo de cuarenta y seis años, que tres años antes, y a consecuencia de un esfuerzo, tuvo un desgarró en la piel que cubre el coxis, apareciendo un pequeño tumor a este nivel, que, incindido por el médico de cabecera, da lugar a una salida de pus; la herida no cicatriza y continúa supurando. Pasados algunos meses, en esta fístula se presentan unas granulaciones, que se extirpan, y que vuelven a reproducirse a los cuatro meses, en cuyo estado ingresa en la clínica que dirige el Prof. GOETZE, apreciándose entonces un tumor papilomatoso, plano, ulcerado y cubierto de un exudado puru-

extirpación total del tumor precisa sacrificar el sacro hasta la línea de Bardenheuer, obteniendo una curación por segunda intención después de algunas semanas. Las investigaciones histológicas practicadas muestran un carcinoma de cé-

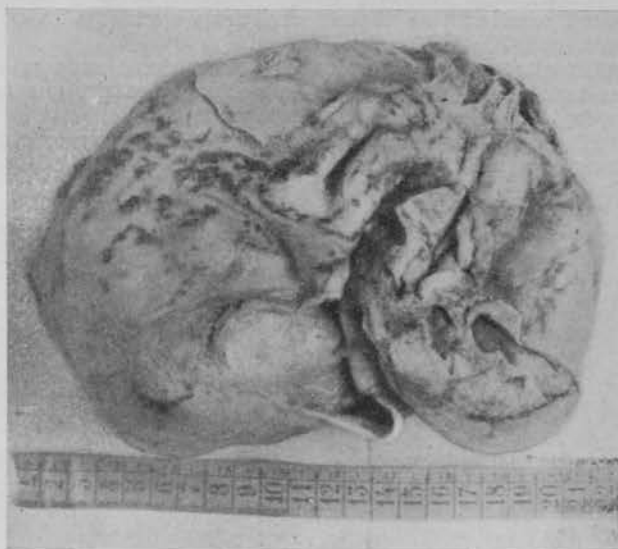


Fig. 5.

lulas epiteliales cornificadas con gran reacción inflamatoria, caracterizada ésta por grandes acúmulos de leucocitos, linfocitos y masas necrosadas. Todas las cavidades quísticas están cubiertas de epitelio plano con papilas extraordinariamente bajas. La procedencia del carcinoma, según el autor, es secundaria a un quiste dermoide congénito sacro, que por la irritación constante de la supuración ha originado excrescencias papilomatosas que posteriormente han degenerado en cáncer.

La historia de nuestro caso, el tercero hasta ahora publicado, de degeneración carcinomatosa de un quiste pilonidal, es la siguiente:

M. M. M., de sesenta y siete años de edad. Natural de Tamarón (Burgos).

Ingresa en el Servicio el 22-VII-1939.

*Historia anterior.*—Casada, seis hijos, un aborto. No recuerda haber padecido ninguna enfermedad.

*Historia actual.*—A los veintisiete años notó una pequeña tumoración a nivel de coxis, que a los treinta y cuatro comenzó a crecer, abriéndose espontáneamente y saliendo un pus ligeramente espeso. Este brote inflamatorio cedió, pero se reproducía cada cuatro o cinco años. Hace once años fué operada en un hospital, efectuándole, probablemente, una simple incisión. Desde hace cinco años la enferma observa un crecimiento de la tumoración, que se acompaña de abundantes hemorragias a consecuencia de los más ligeros traumatismos.

*Exploración.*—Mujer con regular estado general, que presenta a nivel del coxis una tumoración del tamaño de una mandarina, que está ulcerada y que sangra abundantemente.

*Operación.*—El 26-VII-1939. Anestesia: Raqui-Percaína. Se extirpa con bisturí eléctrico el tumor, que alcanza hasta el coxis, y se reseca éste. Taponamiento. Se consigue la curación y se da de alta en 25-IX-1939.

Vuelve a la consulta el 25-VI-40, presentando a nivel

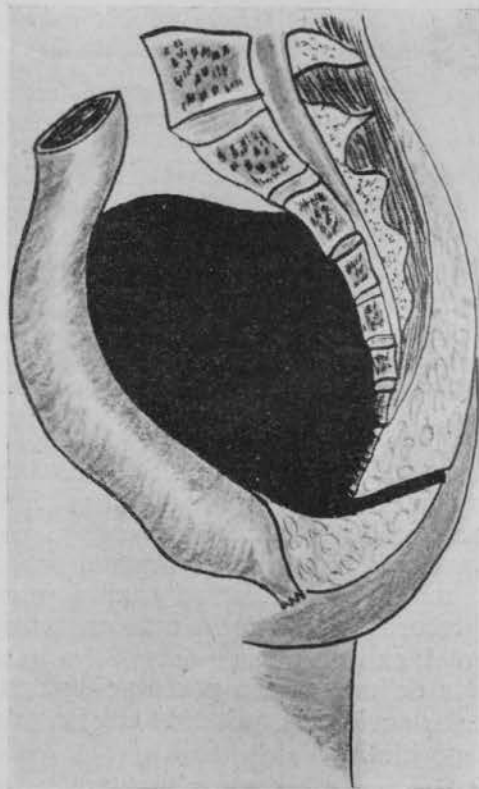


Fig. 4.

lento, del tamaño de un plato pequeño, situado a nivel de la región sacro-coxígea. El tumor es extirpado con bisturí eléctrico, pudiéndose comprobar la destrucción casi total del coxis, y que, por su carácter infiltrante, ha alcanzado el tejido conjuntivo periproctal y la última vértebra sacra. Las masas tumorales con formaciones quísticas se extienden hasta el canal anal. La

de la cicatriz un tumor del tamaño de una avellana, que sangra al menor contacto (fig. 1). En el mes de julio se somete a un tratamiento radioterápico, con el que no obtiene ninguna mejoría.

**Operación.**—El 1-VIII-1940. Anestesia cloroformo-éter. Se extirpa con bisturí eléctrico la tumoración y la antigua cicatriz operatoria, extendiéndose hasta el ano, reseccándose la cuarta y quinta vértebra sacra y la cavidad resultante se tapona con tira de gasa. Alta curada el 9-XII-1940.

Un año más tarde reingresa, presentando una nueva reproducción a nivel de la antigua cicatriz, que se extirpa de nuevo con bisturí eléctrico.

El estudio histológico de la pieza extirpada en la primera operación nos muestra un epiteloma de células

en algunas ocasiones de aspecto purulento. Tiene algunas molestias a nivel del coxis, no presenta trastornos ninguno al defecar ni al orinar, no ha tenido fiebre, y en los últimos días el líquido que expulsa por la fistula coxígea tiene mal olor.

**Exploración.**—Hombre bien constituido, que presenta a nivel de coxis un trayecto fistuloso que se dirige por delante de este hueso. No se aprecia ninguna tumoración ostensible a nivel de la región sacro-coxígea y, por tacto rectal, puede apreciarse un tumor presacro, que rechaza la pared posterior del recto hacia adelante.

**Operación.**—El 6-III-1945. Anestesia Raquí-Percaína 2,2. Incisión oval longitudinal a nivel del coxis, que se reseca, descubriéndose una voluminosa tumoración quística que invade el espacio retrorectal, separando

los elevadores del ano y que alcanza hasta la segunda vértebra sacra. La tumoración es fácilmente enucleable, teniendo adherencias laxas de la cara posterior del recto y de la cara anterior del sacro. Se punciona y aspira su contenido, constituido por líquido seroso, pudiéndose extirpar totalmente con gran facilidad. No se ha abierto el peritoneo, no se lesionó recto ni esfínter anal. La cavidad resultante, después de extirpada la tumoración, se tapona con tira de gasa.

La situación de la tumoración puede apreciarse en el esquema (figura 4).

La tumoración extirpada tiene el tamaño de una granada grande, es esférica, con algunos lóbulos, y al corte pueden apreciarse numerosas cavidades quísticas, cuyo tamaño oscila entre el de ciruelas y avellanas, algunas de las cuales tienen contenido oleaginoso (fig. 5).

El informe histopatológico nos confirma el diagnóstico de un teratoma con formaciones celulares de madurez muy avanzada, pero sin esbozo de órganos. Algunas de las paredes de los quistes está constituida por epitelio cilíndrico, existiendo en el estroma una reacción inflamatoria muy marcada en algunos puntos (figura 6).



Fig. 6.

planas poliestratificadas con formación de globos córneos. Aspecto de conjunto, figura 2. Detalle de un nido epitelial, figura 3.

El segundo caso de carcinoma de la región sacro-coxígea, observado por nosotros, tiene la siguiente historia:

A. G., sesenta y tres años, Natural de Boecillo (Valladolid).

**Antecedentes hereditarios.**—Sin interés.

**Antecedentes personales.**—Gripe en 1918. Varicela a los treinta años.

Dice que al nacer presentaba una tumoración en la región sacra, y que oyó decir a sus padres que de pequeño le abrieron la tumoración, saliendo un líquido como agua. Recuerda haber tenido siempre un tumor pequeño, del tamaño de una nuez aplanada, a nivel de coxis, que no le producía molestias. A los veinticinco años esta tumoración creció de tamaño y alcanzó el volumen de una naranja grande, aumento que se efectuó en unos seis meses, y que le ocasionaba molestias al sentarse y no le impedía andar. Al cabo de unas semanas se abre espontáneamente, dando salida a un líquido espeso grasiento. Con esto desaparecieron las molestias y cicatrizó espontáneamente. Quince años más tarde empezó a formarse de nuevo la tumoración, al mismo nivel, con un crecimiento paulatino hasta alcanzar el tamaño de una naranja a los cincuenta años. Se lo incide el médico de cabecera, dando salida a un líquido menos espeso que el de la vez anterior, y desde entonces continúa saliendo líquido todos los días,

Corresponde, pues, este caso, a un teratoma, tumor por inclusión, en el que están representadas las tres hojas blastodérmicas, y que, junto a formaciones quísticas cuya pared está tapizada por un epitelio cilíndrico y una sola capa celular, recordando el de la mucosa intestinal o bronquial, existen otros quistes cuya pared está formada de un epitelio plano poliestratificado. Entre las cavidades quísticas existen islotes de cartílago hialino.

Los teratomas sacro-coxígeos pueden ser voluminosos, como el caso descrito por ROTHER, que alcanzó el tamaño de la cabeza de un hombre en un niño de ocho meses. La radiografía de este caso demostró que en el tumor existía casi todo el esqueleto de un embrión, junto a formaciones quísticas de diferentes tamaños. Los teratomas sacro-coxígeos pueden estar situados detrás del coxis, por debajo o por delante del mismo, y en este caso, alcanzando la cara anterior del sacro rechazan hacia adelante el recto.



Se deslindan bien de los planos limítrofes, estando únicamente adheridos al coxis, como en los casos de BANGE y NIEWISCH.

Al año siguiente, en mayo de 1946, el enfermo se presenta de nuevo en la consulta, aquejando la presencia de una pequeña tumoración a nivel de la cicatriz operatoria, y que le ocasiona alguna molestia.

Por la exploración puede apreciarse una tumoración del tamaño de una nuez, papilomatosa, que sangra al menor contacto, y que asienta a nivel de la cicatriz operatoria (fig. 7).

Operación.—El 21-V-46. Anestesia Raquí-Percaína 2,2.



Fig. 7.

Se extirpa la tumoración "in toto" con bisturí eléctrico, reseccándose la quinta vértebra sacra. Taponamiento con tira de gasa.

Las preparaciones histológicas de la pieza operatoria demuestran que el tumor está constituido por un epiteloma de globos córneos, con imágenes idénticas a las microfotografías correspondientes al caso anterior descrito.

Los teratomas de la región coxígea, al degenerar, adquieren con preferencia el carácter sarcomatoso, si bien CZERNY observó un carcinoma de células epiteliales planas en uno de ellos y WILMS, a finales del siglo pasado, ya citó una serie de los llamados dermoides ováricos con degeneración cancerosa. También WOLFF describe un quiste dermoide congénito de ángulo interno de ojo, que histológicamente tenía los caracteres de un cáncer de células cilíndricas, y SCHUBERT recopila cinco casos de transformación carcinomatosa de dermoides localizados en otras regiones distintas a la sacro-coxígea.

La supuración prolongada durante algún tiempo puede favorecer la degeneración carcinomatosa. Hace más de cien años se observó el desarrollo de carcinomas en antiguas úlceras y fístulas; es la afección que MARJOLÍN designó con el nombre de úlcera verrucosa, y que dió motivo a que HAWKINS, cirujano de St. Georges, de Londres, publicara en 1833 "Cases of warty tumors in cicatrices", refiriendo siete casos. Los cánceres desarrollados en las cicatrices de fístulas, tienen, en general, un bajo grado de malignidad.

La existencia de cánceres en la región sacro-coxígea, como complicación de sinus pilonidales

o de teratomas, nos induce a efectuar una operación radical de los mismos, para luchar, previamente, contra la posible degeneración cancerosa.

#### RESUMEN.

Se estudian dos casos de cánceres desarrollados en la región sacro-coxígea, uno consecutivo a un sinus pilonidal, el tercero aparecido en la literatura médica, y otro desarrollado a nivel de una cicatriz operatoria después de la extirpación de un teratoma presacro.

El estudio del cuadro histológico de ambas tumoraciones corresponde al de dos epitelomas espinocelulares con globos córneos.

#### BIBLIOGRAFIA

- BANGE.—Ztbl. f. Chir., 1552, 1935.  
CZERNY.—Arch. Klin. Chir., 10, 864, 1868.  
FOX.—Surg. Gyn. and Obst., 137, 1935.  
HAWKINS.—Med. Chir. Trans., 19, 1835.  
MARJOLIN.—Cit. por BENEDICT. Srg. Gyn. and Obst., 2, 1, 1931.  
NIEWISCH.—Dtsch. Z. Chir., 239, 481.  
LÄGNER.—Inaug. Diss. Berlin, 1902.  
SCHUBERT.—Ztbl. f. Chir., 2098, 1939.  
WILMS.—Dtsch. Arch. Klin. Med., 53, 1935.  
WOLFF.—Arch. Klin. Chir., 62, 731, 1900.

#### EL CUADRO LEUCOCITARIO EN EL PERÍODO TERMINAL DE LA RABIA

(Con ocasión de tres observaciones.)

A. SANTELICES DE LA MORA

Jaén.

La casualidad de haber coincidido con las horas de nuestra estancia en el hospital el ingreso de tres enfermos afectados de hidrofobia, nos ha permitido estudiar su hematología, lo que da lugar a esta nota.

Los exámenes fueron practicados pocas horas antes de sobrevenir el "exitus", encontrándose los pacientes en período convulsivo, excepto el caso núm. 1, en quien las investigaciones tuvieron lugar un par de horas antes de llegar las crisis de agitación.

Perfectamente se comprende que esta comunicación no tiene la menor trascendencia práctica aplicable en provecho del diagnóstico, pronóstico o tratamiento de la enfermedad. Es, por tanto, una simple curiosidad especulativa que damos a la publicidad por tratarse de enfermedad poco frecuente, afortunadamente, lo que nos hace suponer que ha de transcurrir demasiado tiempo antes de poder reunir otras tantas observaciones.

Caso núm. 1.—Fecha de la observación: 8-VII-43. P. M. O., de cincuenta y seis años, natural y vecino de Ibro (Jaén). Fué mordido por un perro en ambas ma-