

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

COCCIGODINIA DE CAUSA TUMORAL

Por:

Dr. Eneldo Arcas Nápoles¹ y Dra. Gretsya Arcas Ermeso²

1. Especialista de I Grado en Coloproctología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Genética. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

COXIS
DOLOR
OSTEOMA OSTEOIDE

Subject headings:

COCCYX
PAIN
OSTEOMA, OSTEOID

El cóccix es un pequeño hueso triangular que está formado por cuatro o cinco vértebras atrofiadas y soldadas entre sí, que continúan la dirección del sacro. Está situado al final de la columna vertebral y esta posición lo hace susceptible a luxaciones o fracturas hacia la cavidad pelviana, que se producen como consecuencia de traumatismos accidentales (caídas o traumatismo intrapartos, deformidades congénitas y procesos degenerativos, como artrosis y lesiones tumorales)¹.

En los pacientes con fracturas o luxación del cóccix, el dolor persistente referido en la zona perianal constituye el principal síntoma del cuadro clínico, y el motivo por el cual los pacientes comienzan a sospechar que existe algún trastorno relacionado con el recto o canal anal, por lo que acuden a la consulta de Coloproctología. Al realizar el examen físico, mediante el tacto rectal el médico logra descubrir un punto muy doloroso en la proyección del cóccix; el diagnóstico se confirma con una radiografía, donde se evidencia la alteración. Este fenómeno se conoce como coccigodinia².

La coccigodinia se trata con medidas farmacológicas: se prescriben analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, fisioterapia, acupuntura e inyecciones en la zona con esteroides de depósito, como el kenalong -40^{2,3}.

Estas medidas eliminan los síntomas definitivamente en algunos pacientes, mientras que otros continúan padeciendo la enfermedad y acuden a varios especialistas en busca de un tratamiento efectivo; cuando no se logra resolver el problema, sufren trastornos depresivos y se afectan psicológicamente⁴⁻⁷.

En la bibliografía referente a la anatomía humana, de L. Testut-O Jacob, ya desde el año 1934 se mencionaba la práctica de la exéresis del cóccix, en ocasiones utilizadas por los coloproctólogos para acceder al recto, y en otras, para eliminar sus afecciones.

Presentación del paciente

A nuestra consulta de Coloproctología del Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”, acudió una paciente del sexo femenino, de piel blanca, y 47 años de edad, que refirió dolor en la

región sacrococcígea, de varios meses de evolución, que ha sido valorada y tratada por otras especialidades sin encontrar alivio a los síntomas que padecía. Se le realizó un interrogatorio pormenorizado, con el fin de obtener una caracterización lógica de síntomas y signos del cuadro clínico expuesto por la paciente, que además se mostró deprimida y ansiosa. El dolor se manifestaba al sentarse y aumentaba su intensidad proporcionalmente al tiempo que permanecía en esa posición. Al principio se caracterizó como una molestia sin importancia, ya que desaparecía al cambiar de postura. Con el tiempo, la intensidad, duración, y frecuencia del dolor aumentaron, lo que motivó que la paciente acudiera a la consulta.

Al realizar el interrogatorio, no encontramos antecedentes traumáticos y existía poca precisión en el inicio de los síntomas. Se procedió a realizar el examen físico general y se observó a nivel sacrococcígeo una masa tumoral prominente que impresionaba estar relacionada con el cóccix (Fig 1); luego se realizó el tacto rectal y la paciente manifestó dolor al ser movilizado este; además, hacia la porción distal y media se palpó un aumento de volumen fijo, de consistencia dura, de bordes definidos y superficie regular, de 1cm de diámetro.



Fig 1 Aspecto externo de la tumoración

Se realizó una rectosigmoidoscopia que exploró hasta 30 cm desde el borde anal; la mucosa observada presentó características normales.

En la radiografía lateral del cóccix se visualizó una masa radioopaca en el extremo distal del hueso, de aspecto homogéneo y bordes bien definidos (Fig 2).



Fig 2 Imagen radiográfica del osteoblastoma

Teniendo en cuenta el diagnóstico clínico, la ausencia de antecedentes patológicos personales y el resultado normal de los complementarios de rigor que se realizaron, se procedió al tratamiento quirúrgico de dicha lesión (Fig 3). Mediante el examen anatomopatológico se diagnosticó un osteoblastoma (Fig 4).



Fig 3 Área quirúrgica



Fig 4 Pieza tumoral

Comentario

Se analizaron las causas de coccigodinia y se encontraron, en primer lugar, los traumatismos del cóccix; en la bibliografía consultada no se hallaron referencias tumorales, lo que concuerda con nuestra experiencia personal, pues en una serie de 58 pacientes no se observó esta causa⁵.

Respecto al cuadro clínico de la coccigodinia, se refiere que cuando se sufre un traumatismo el dolor es brusco en un inicio, luego se experimenta un período de calma en el 90 % de los casos, y posteriormente sigue una evolución que concuerda con un incremento de la intensidad dolorosa cuando el paciente se sienta, se pone de pie o realiza una marcha moderada.

La intensidad del dolor es proporcional al tiempo que el paciente permanece sentado. En nuestro caso, no se observó un momento preciso que permitiera señalar el comienzo del cuadro clínico, porque su instauración fue paulatina y tomó un período de tiempo para definirse. Su evolución no puso en evidencia ninguna etapa del mismo, donde se combinaran las tres variantes que sigue el dolor en los casos de origen traumático; esto no permitió establecer una relación entre el tiempo en que actuó el factor causal y el momento en que se desencadenaron los síntomas y signos referidos⁶.

Cuando se realiza el tacto rectal en pacientes con coccigodinia de causa traumática, se percibe un movimiento evidente del cóccix asociado a dolor intenso. El tacto rectal en nuestra paciente produjo dolor, pero la estructura ósea se mantuvo firme, sin desplazamiento; este signo nos hizo dudar de la presencia de una luxación, la cual fue descartada definitivamente con la radiografía que, además, permitió eliminar la fractura como posible diagnóstico causal.

El osteoblastoma es el tumor benigno más frecuente en la infancia; puede aparecer en niños o jóvenes, y su crecimiento cesa cuando deja de crecer el hueso donde se asienta, crecimiento que

es considerado anormal por muchos autores. Las tres teorías patogénicas más conocidas son: el origen del pequeño foco de cartílago que se ha separado de la placa epifisaria de crecimiento, el origen de nicho de cartílago nacido del periostio, y el crecimiento defectuoso en el anillo que rodea la placa de crecimiento^{8,9}.

Cuando se realiza el examen macroscópico, el osteoblastoma es una masa redondeada u ovalada de tejido hemorrágico granujiento de color opaco. Al análisis histológico, se observan lesiones bien circunscritas, formadas por un laberinto de trabéculas de hueso no laminar entrelazadas al azar, con un nítido reborde de osteoblasto¹⁰.

El tamaño relativamente pequeño y los bordes bien delimitados de estos tumores, junto a los rasgos citológicos de benignidad que ofrecen los osteoblastomas neoplásicos, ayudan a distinguirlos del osteosarcoma. Este tumor se distingue del osteoma osteoide por afectar más la columna, causar dolor sordo y profundo –que no mejora con los salicilatos– y no asociarse a reacción ósea intensa.

La posibilidad de sufrir transformación maligna es remota; esto solo sucedería si se administrara radioterapia que favoreciera esta temible complicación⁹.

El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica, que consiste en la exéresis total del cóccix; en la paciente que presentamos se realizó una descapsulación del mismo con desarticulación de la unión sacrococcígea, y reparación por plano del espacio cruento dejado por la exéresis del cóccix¹⁰.

Hemos seguido la evolución de esta paciente durante tres años, y ha estado libre de complicaciones, como inflamaciones, sepsis y rechazo a la sutura, en lo referente al área quirúrgica; asimismo, ha evolucionado de forma satisfactoria respecto a las funciones fisiológicas, como la continencia de gases y heces fecales, así como con el proceso de defecación; posee plena coordinación del llenado, expulsión y vaciamiento de la ampolla rectal y, por último, siente la satisfacción de haber eliminado este molesto padecimiento.

Referencias bibliográficas

1. Keith LM, Arthur FD. La columna vertebral. En: Anatomía con orientación clínica. 4^{ta} ed. España: Panamericana; 2005. p. 440-74.
2. Vidal A, Rico B, Ayuso M, Angulo J, Ruiz M, Muguerza J. Dolor pélvico crónico: enfoque multidisciplinario. Rev Soc Esp Dolor. 2000;7:375-89.
3. Maigne JY, Chatellier G. The comparison of three treatments of the manual coccydynia: a model study. Dis Colon Rectum. 2000 Apr;43(4):535-9.
4. Christiansen J, Bruun E, Skjoldbye B, Hagen KK. The syndrome of chronic idiopathic anal pain. Dis Colon Rectum. 2002 Feb;45(2):286.
5. Pescatori M. The aspects of Psychologic in the proctalgia. Dis Colon Rectum. 2002 Feb;45(2):286.
6. Christiansen J, Bruun E, Skjolsbye B. Chronic idiopathic anal pain: Analysis of ultrasonography, pathology and treatment. Dis Colon Rectum. 2001;44:661-5.
7. Christiansen J. Chronic idiopathic anal pain. Eur J Surg. 1998;164:83-8.
8. Lithwick NH. Coxigodinia: valoración y tratamiento. JAAOS. 2004 Sept;3(5);99.
9. Organización Mundial de la Salud. Clasificación histológica internacional de tumores. Ginebra: OMS; 1972.
10. García Pesquere JM, Rojo Aragües J, Arteché de Llano J, Fustu AR, Jiménez G, Blanco Pozo A. Gran masa de consistencia dura en la cara posterior de la mitad proximal del muslo. Rev Clin Esp. 2000;200(7):45-6.