



XLI CONGRESO SOTOCVAV



COCCIGECTOMÍA. DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

Xativa
16 y 17 de Mayo 2013
Casa de la Cultura



HOSPITAL DE TORREVIEJA
DEPARTAMENTO DE SALUD TORREVIEJA



A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

INTRODUCCIÓN

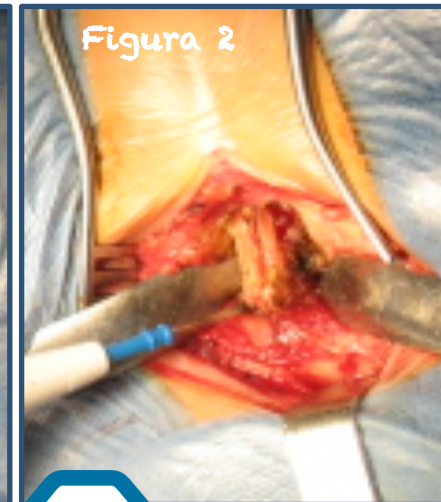
La técnica de la coccigectomía hoy en día está en desuso. Suele realizarse como acto quirúrgico para la inestabilidad coccígea y la coccigodinia.

MATERIAL Y MÉTODOS

A propósito de un caso, describimos la técnica quirúrgica de la Coccigectomía, consistente en un abordaje directo a través de una pequeña incisión en la cara posterior del cóccix, con disección por planos hasta visualizar el segmento móvil. Artrotomía. Electrocauterización. Cierre por planos con sutura Polysorb, y Monofilamento cutáneo. Lavado, buen almohadillado de la zona y apósitos.

PASO A PASO

- I. Abordaje coccígeo directo posterior (*Figura 1*).
- II. Exposición y disección de cóccix (*Figura 2*).
- III. Osteotomía de la porción distal del cóccix (*Figura 3*) y cauterización de vasos sacrales sangrantes (*Figura 4*).



COCCIGECTOMÍA. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

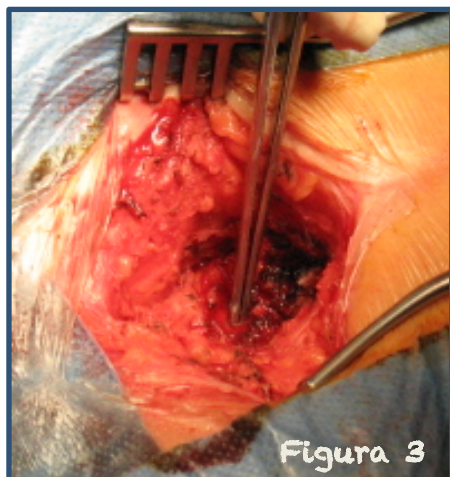


Figura 3



Figura 4

- IV. Cierre por planos con Polysorb profundo y Monofilamento cutáneo para evitar complicaciones en la herida (*Figura 5 y 6*).
- V. Buen almohadillado y vendaje semicompresivo (*Figura 7*).

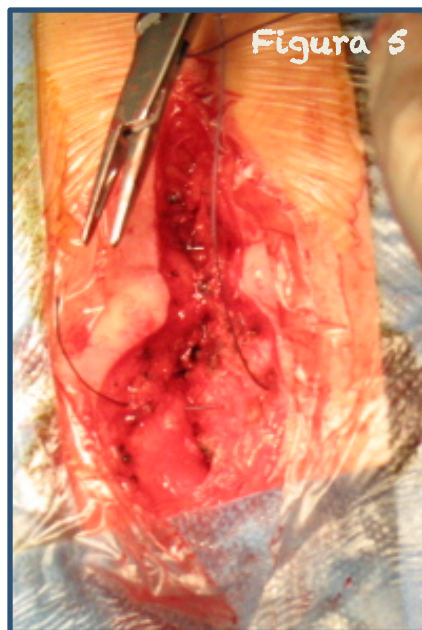


Figura 5

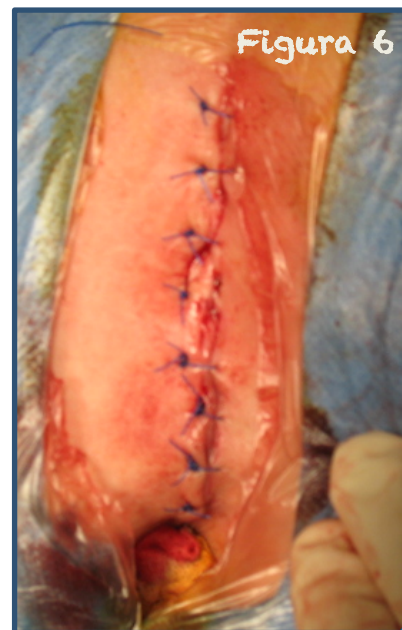


Figura 6



Figura 7

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

RESULTADOS

Tuvo un resultado excelente. No se requirieron ligaduras. La paciente quedó satisfecha. Fue colaboradora y realizó los cuidados higiénicos recomendados al alta.



El resultado definitivo cumplió un patrón de mejoría progresiva en el tiempo hasta la totalidad de un mes (*Figura 8*). No se observó infección postoperatoria.

DISCUSIÓN

La técnica utilizada difiere por la descrita en 1972 por Gardner, que implica la disección del cóccix desde distal a proximal a partir de la punta del cóccix, siendo menos peligrosa.

La inestabilidad coccígea se produce sobretodo en las zonas más distales. La parte más proximal suele estar fusionada o unida firmemente al sacro.

Las tasas de infección postoperatorias citadas en la literatura oscilan entre 6-16%.

A. D. Jover Mendiola¹, J. O. Sous Sánchez¹, C. E. Cobo Cervantes¹, A. Martínez Vázquez², J. A. Velasco Medina³.

¹ Médico Interno Residente C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

² Médico Adjunto Unidad de Hombro Hospital de Torrevieja (Alicante)

³ Jefe del Servicio C.O.T. Hospital de Torrevieja (Alicante)

CONCLUSIONES

- ① Consideramos que el uso de la coccigectomía constituye un método quirúrgico que puede ser empleado en inestabilidades del cóccix así como en la coccigodinia crónica.
- ② No es un proceso que requiera un manejo por parte de una subunidad más especializada, si bien no hay que menospreciar el grado de complicaciones inherente a todo acto quirúrgico.
- ③ Se reserva a casos que perjudiquen las ABVD (dolor crónico a la sedestación).
- ④ Por su localización, las guías recomiendan ATB profiláctico en las primeras 24 horas postoperatorias.