

ESCLEROELEFANTIASIS TOTAL DE PENE

Por el Dr. ALBERTO J. CLARET

La rareza de la evolución de un proceso crónico de las cubiertas peneanas, motivan la presentación de este trabajo.

Año y medio atrás, llegó, proveniente del interior, al consultorio externo del Policlínico Presidente Perón, un enfermo con una elefantiasis peneana.

Habíasele ya efectuado en su ciudad de origen una talla hipogástrica como solución a una retención de orina.

Historia clínica N° 708, correspondiente a E. E., español, de 57 años, casado, comerciante, domiciliado en Tres Arroyos, Pcia. de Bs. As.

Ingresó el 10/5/52. Entre sus antecedentes pueden mencionarse una gonorrea a los 20 años, una apendicectomía, y un proceso hepático, de orden médico, por el cual hizo tratamiento.

La enfermedad actual, según el enfermo, se inicia 8 años atrás con una postitis, que descuidó, haciéndose más tarde una fimosis. Ante la evolución seguida, concurre a un consultorio médico, donde se le indican diversos tratamientos: lavajes locales, pomadas, polvos, que no modifican el estado de las cosas. Con el tiempo, el pene aumenta de tamaño, incurvándose y acortándose por el engrosamiento y el edema de la piel.

Hace 3 meses después de varios episodios de disuria y dilataciones, hace una retención completa de orina. Siendo imposible cateterizar la uretra, se efectúa una cistostomía de urgencia. Es entonces enviado a esta capital para ser tratado.

Estado actual: Enfermo intoxicado, de facies terrosa, afebril, mucosas discretamente pálidas. El examen clínico general no revela nada de particular.

Aparato genitourinario: Micción no voluntaria. Enfermo cistostomizado. Orinas turbias, con grumos. Uretra: no se puede efectuar su exploración, a pesar de haberse intentado colocar bujías por el orificio prepucial.

Tacto rectal: Esfínter tónico, ampolla libre; próstata irregular, del tamaño de una ciruela.

Riñones: no se palpan.

Genitales externos: Pene en trompa de elefante (*Fig. 1 y 2*) engrosado a expensas de sus planos superficiales. Bien pigmentado. Su rafe se encuentra bien marcado, extendiéndose hasta la parte anterior del escroto, que es asiento de estas manifestaciones, pero sin encontrarse aumentado de tamaño. Pliegues dartoicos, acentuados. El contenido es de caracteres normales, en los dos lados. La palpación del pene demuestra cuerpos cavernosos aparentemente normales. En la parte distal del mismo da la impresión de palparse el glande recubierto por un prepucio irregular, cuyo orificio no permite el descapullamiento. Al efectuar este examen sale discreto exudado seropurulento por este orificio.

Abdomen: escaso panículo adiposo, excursiona bien con la respiración. A nivel del hipogastrio, en la línea media, sale una sonda correspondiente a la talla hipogástrica. A la palpación no hay zonas dolorosas ni defendidas.

Bazo e hígado: no se palpan.

Sistema nervioso: reflejos y sensibilidad conservadas.

Exámenes complementarios: Análisis completo de orina densidad 1.015, alcalina, aspecto turbia. Albúmina: vestigios, urobilina, contiene. Sedimentos regular cantidad de hematíes picitos abundante. Glucemia: 096, Urea en suero: 038. Wasserman y Kahn: negativas. Tiempo de coagulación y sangría: 7 y 3 respectivamente. Reacción de Frei: negativa. Recuento globular: Glóbulos rojos: 4.240.000. Glóbulos blancos: 9.600. Fórmula leucocitaria Neutrófilos: 66 %. Basófilos: 3 %. Eosinófilos: 2 %. Monocitos: 8 %. Linfocitos 21 %.

Estudio radiográfico: Radiografía simple de árbol urinario: Sin particularidades. Urograma: 5' 15' y 25' de exposición. Contornos renales: normales en forma y situación. Morfología pielocalicial, irregular, no es buena la eliminación del medio de contraste. El cistograma también es irregular. Se efectúa el cambio de sonda hipogástrica, lavajes vesicales diarios. Antibióticos. Después de cierto tiempo se intentan sondajes y dilataciones sin resul-

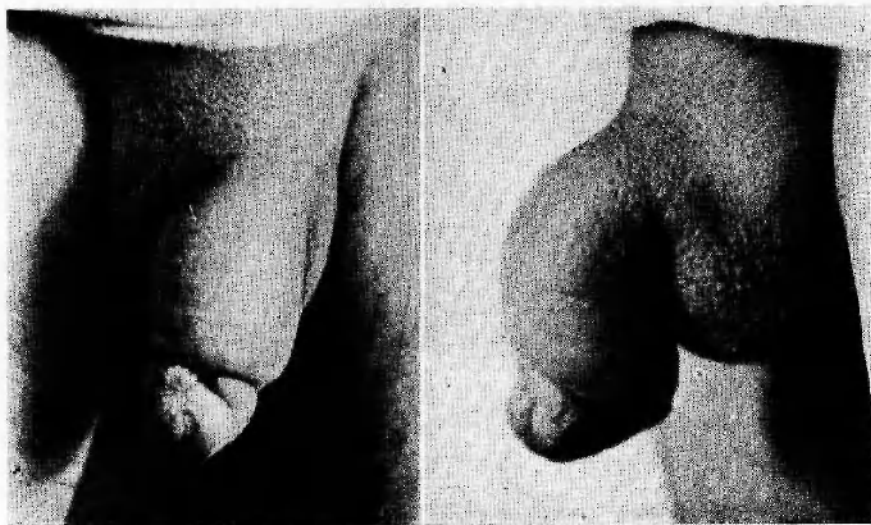


Figura 1

Figura 2

tado, por lo cual se decide efectuar una *intervención* resecano el prepucio exuberante para poder exteriorizar el glande.

4/7/52: Con anestesia local, se efectúa una incisión circundando lo que por palpación parece ser el glande. Existe una paquidermitis intensa y a medida que se va ganando en profundidad con la incisión los tejidos son uniformemente blanquecinos, no diferenciándose facias y elementos nobles. En el acto quirúrgico se busca cateterizar la uretra, siendo imposible individualizarla en este magma cica tricial.

El post-operatorio: con antibióticos, transcurre sin inconvenientes. Fracasadas otras búsquedas del meato uretral se efectúa el 8/8/52 una cistouretrografía retrógrada con iodolipol. En ésta se visualiza bien la vejiga, y la uretra aumentada en su calibre y longitud, no evidenciando la radiografía anillos de estrechez a $\frac{1}{2}$ cm., por encima de donde se efectuó la amputación. La uretra se continúa con un pequeño desfiladero a través del cual pasa la substancia opaca. (Fig. Nº 3).

No pudiéndose efectuar un tratamiento conservador, se le propone al enfermo una nueva intervención, sumamente económica, que éste acepta.

El 12/8/52 con anestesia local, se efectúa la amputación y $1\frac{1}{2}$ cm. de pene observándose entonces un orificio uretral amplio por donde se puede introducir fácilmente una sonda Nelaton Nº 20 Cn.

Post operatorio: Sin incidentes. Se coloca sonda por uretra. Al 8º día se retira sonda hipogástrica: se cierra fístula hipogástrica. El 10 de octubre el enfermo es dado de alta con buen estado general. Ha aumentado de peso. mucosas rosadas y húmedas. buen apetito. orinando



Figura 3

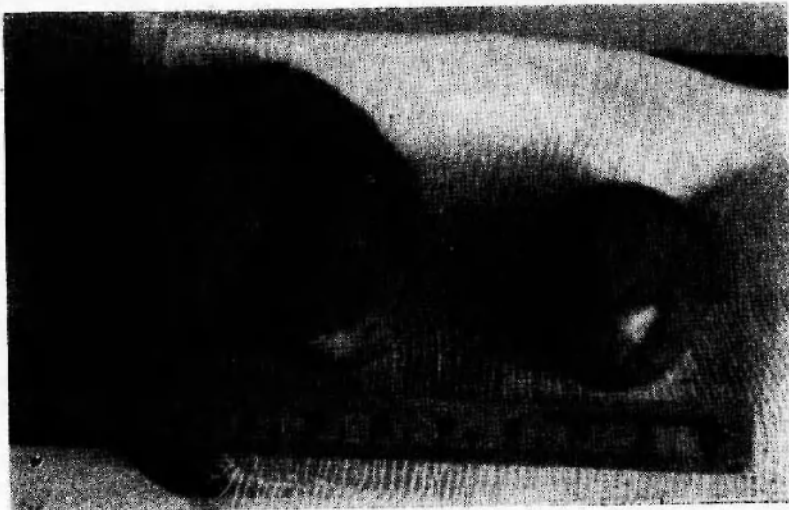


Figura 4

voluntariamente. Ha quedado con un pene no desinfiltrado totalmente, de unos 6 cms. de longitud, con buen meato uretral y sin signos locales de infección. Se pide al enfermo que concorra a los 6 meses para su control, cosa que no hace.

El examen anatomopatológico efectuado por el Dr. Mauricio Rappaport, bajo el protocolo Nº 15.839 (3/11/52) dice así: Material enviado: Pene (*Fig. Nº 4*). Macroscopia: masa de 6 x 5 x 3 cm. al corte, consistencia dura, de aspecto homogéneo. Microscopia: (*Fig. Nº 5*) el material constituido por piel (glande) la cual presenta un intensísimo y difuso proceso inflamatorio crónico, fibroso constituido por haces entrelazados fibrocolágenos con infiltrado linfocitario con proliferación capiloarterial. No se vieron cuerpos cavernosos ni uretra posiblemente estrangulados por la proliferación inflamatoria.



Figura 5

Comentarios: El hallazgo raro de un proceso inflamatorio del pene que abarcara a este en toda su extensión, sin respetar absolutamente ninguno de los elementos nobles que lo forman y la solución a que me vi abocado, me obligaron a una búsqueda bibliográfica de casos similares. La literatura nacional no registra casos de esta índole.

A pesar del relato minucioso del enfermo sobre el origen y la forma en que evolucionó su lesión, hacen dudar de estos y pensar si la iniciación del proceso no tuvo lugar en la uretra como una periuretritis crónica peneana de larga evolución o una balanitis de Stühmer, a partir de la cual fueron tomados e invadidos los cuerpos cavernosos por fibras colágenas hasta hacerlos desaparecer, lo mismo que a la uretra. Aún en estas eventualidades, no es frecuente que un proceso inflamatorio, ya sea a punto de partida uretral, o cutáneo llegue a una esclerosis total, como la aquí presentada.

Su rareza lo demuestra la búsqueda también de la bibliografía extranjera en la cual existen numerosas formas de periuretritis, diversos tipos de enfermedades cutáneas, elefantiasis de distintas etiologías dando lesiones groseras en tamaño y forma, pero siempre conservando los elementos nobles que aquí no fueron respetados.

Las lesiones halladas indujeron a denominar este proceso de etiología inespecífica y de patogenia dudosa como *escleroelefantiasis total de pene*.

RESUMEN

Se presenta un caso de *escleroelefantiasis total de pene*, provocado por un proceso inflamatorio crónico, de etiología inespecífica y de patogenia dudosa, tratado quirúrgicamente.