

ELEFANTIASIS GENITAL MASCULINA. TRATAMIENTO QUIRURGICO

Por los Dres. MAURICIO FIRSTATER, J. M. GOMEZ y H. J. BECHIS

Ocasionalmente, en la práctica médica diaria, somos atraídos por enfermos que se nos presentan padeciendo procesos de características patológicas y terapéuticas nada frecuentes.

Corresponde así calificar este caso, pues su enfermedad, de fisonomía singular, con sus típicas repercusiones, no es de observación frecuente en los pacientes de nuestra consulta. Por ello la literatura nacional es escasa y este motivo es el que nos decide a comentarlo.

Se trata de R. C., casado, de 60 años, agricultor. H. C.: 3961. — Se presentó a la consulta siendo su marcha lenta y dificultosa, aun cuando sin manifestación aparente de dolor. A simple vista, llamaba la atención un voluminoso abultamiento entre sus muslos, que le obligaba a mantener las piernas separadas.

Antecedentes personales. — Nació y desarrolló sus actividades en la zona de donde procede (Jesús María), siendo aquéllas las tareas agrícolas. Padeció las enfermedades de la infancia, sin complicaciones. Casó a los 37 años; tuvo cuatro hijos. A los 29 años fué operado en forma sucesiva de hernias inguinales. Su alimentación fué mixta y completa, de preferencia cárnea; bebedor de 2 a 3 litros diarios de vino; no es fumador.

Antecedentes de la enfermedad actual. — Señala el comienzo de su enfermedad hace 9 años. Se presentó en forma brusca, con enrojecimiento, tumefacción, aumento de temperatura local y general, y dolor en la bolsa escrotal.

Con hielo, reposo y penicilina, todo entró en calma a los pocos días sin dejar secuela alguna visible. Pero desde ese primer brote, intermitentemente y en los años siguientes, coincidiendo con las épocas de calor, se reproducían las mismas manifestaciones, que cedían al término de algunos días con el reposo y hielo.

Ya la bolsa, "in toto", comenzó a experimentar un agrandamiento progresivo y la piel, aunque blanda, se fué arrugando y espesando: "se parecía a una cáscara de naranja amarga", según expresión del enfermo. Sin darle importancia, pues atribuyó este crecimiento insidioso pero persistente a su obesidad, dejó así las cosas, aun cuando el transcurso del tiempo demostró la tendencia progresiva del proceso, que llegó a producir la deformación y el ocultamiento subsiguiente del pene.

Con el crecimiento escrotal no sólo la marcha se fué dificultando, sino que hasta para una micción satisfactoria debía sostener la tumoración, pues su peso y volumen imposibilitaban la salida fácil de orina.

Es en febrero del año en curso que comenzó a notar en la raíz del escroto un picor intenso y permanente, que obliga al consiguiente rascado, produciéndose el agrietamiento de la piel y la exudación de líquido, con fácil formación de costras. Se constituyen así, dos medallones de piel enferma, de forma más o menos redondeada y de unos 4 cm. de diámetro, sobre cara anterior y superior de las cubiertas.

En agosto último, los inconvenientes que esa masa le producían al caminar, la molesta complicación cutánea, como así la dificultad miccional, decidieron al paciente a consultarnos.

Estado actual. — Paciente obeso, macroesplácnico, de facies congestiva. Nada de importancia reflejó el examen de sus aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo.

Aparato urinario. — Negativo al examen clínico, dificultado por voluminoso abdomen del paciente.

Genitales Externos. — Están constituídos por una masa piriforme, negruzca, irregular, con todo el aspecto de piel de elefante, llegando hasta la parte inferior de los muslos. Por delante, en el tercio superior del escroto, el prepucio se presenta como una formación nota-

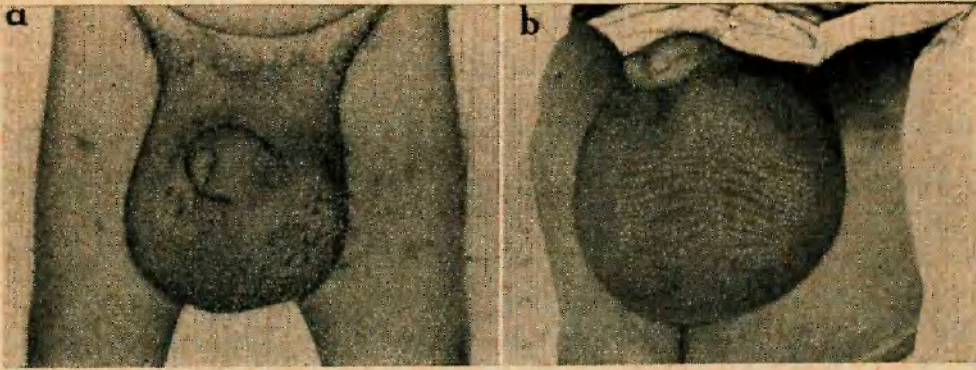


Fig. 1. — a) Genitales externos constituyendo una gran masa piriforme que llega, en posición de pie, hasta el límite inferior de los muslos. Son bien evidentes las lesiones en la piel del escroto. b) La misma masa, con el enfermo acostado, vista por su cara inferior y parte de la posterior.

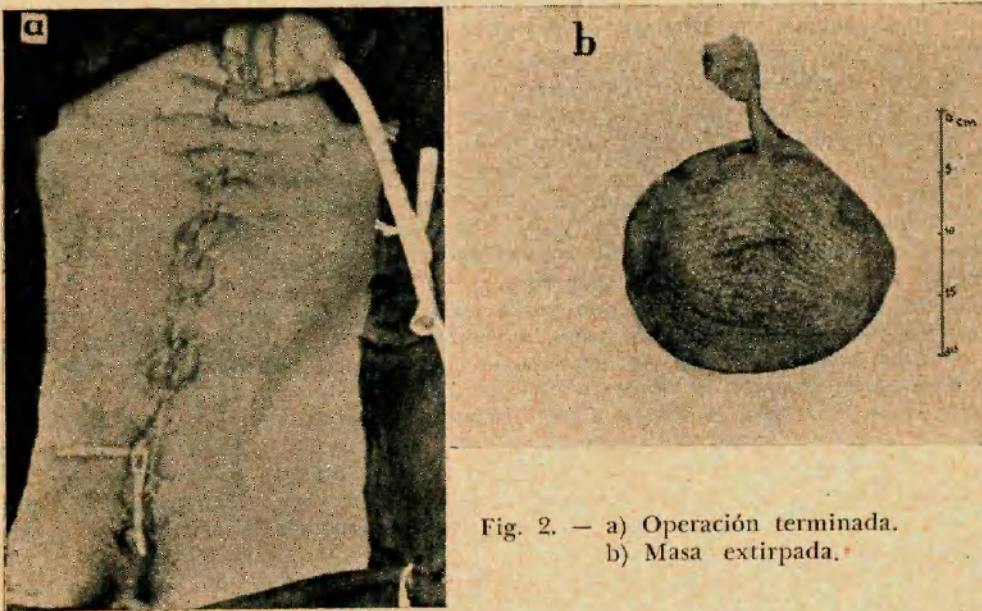


Fig. 2. — a) Operación terminada.
b) Masa extirpada.

blemente engrosada y edematizada, con una hendidura media y vertical, que oculta totalmente el pene.

La palpación de esta masa en su parte anterior, nos revela una piel dura, muy espesada, que con dificultad se deprime ligeramente a la presión, siendo su sensibilidad escasa. En la parte posterior, es de coloración más clara, fácilmente depresible; entre ambas zonas existe una línea de demarcación bien neta. (Fig. 1, a y b.)

En la parte superior, se alcanza a palpar el pene en la profundidad, que desliza sin adherir a los planos superficiales; los testículos se perciben rechazados hacia atrás y abajo.

Los estudios de laboratorio efectuados, sólo informaron una glicemia de 1,50 gr., sin repercusión en orina y ningún otro dato anormal. Del cultivo del exudado de las lesiones cutáneas se obtuvieron estreptococos y estafilococos. La reacción de Frei fué negativa.

Con el diagnóstico de "elefantiasis nostras", el paciente fué intervenido, bajo anestesia epidural, el 16-9-59, siendo la foja quirúrgica la siguiente: "Incisión sobre ambas caras laterales del pene, previa exteriorización del mismo, obteniéndose un colgajo de piel dorsal. Se comienza a efectuar la resección por planos de piel y celular, con bisturí eléctrico, de toda la masa escrotal con características elefantiásicas; se realiza buena hemostasia.

Los testículos se presentan rechazados hacia abajo, con todas sus cubiertas embebidas y con líquido en la vaginal; les acompañan dos hernias por deslizamiento, más grande la izquierda, que por su tamaño y las reacciones esclerosas vecinas, resultan irreductibles. Se efectúa el cierre, reforzando la pared con los planos vecinos a las mismas.

Cierre por planos de la brecha escrotal, dejando dos tubos de drenaje. El corte del tejido patológico producía la salida de abundante líquido con las características de la linfa.

Con el colgajo dorsal, se procede a realizar una contraabertura en ojal por la que se pasa el glande; se termina la plástica del pene, uniendo ambos extremos del colgajo de piel convenientemente regularizada. (Fig. 2, a y b.)

COMENTARIO

La elefantiasis es un estado terminal y permanente de un cuadro inflamatorio periódico y recidivante, que determina obstrucciones progresivas de vías y lagos linfáticos con dilatación de los mismos, acompañado por la participación de la red venosa y desarrollo de tejido conjuntivo, dando en definitiva la hipertrofia del dermis e hipodermis. Se ajusta esta definición a los términos de la propuesta inicialmente por Besnier.

Cuadro nosológico caracterizado por manifestaciones patológicas siempre iguales, responde a diversas etiologías. Con Beguin, se reconocen dos formas:

- a) Elefantiasis tropical, y
- b) Estados elefantiásicos.

La primera, endémica en los países tropicales, es debida a la invasión de los vasos linfáticos por un nematode, la filaria. Parece ser, cuando más, muy rara en nuestro país, por cuanto no hemos registrado ninguna observación en la bibliografía nacional consultada.

La segunda, de forma clínica muy semejante a la anterior, es la que se presenta en nuestros climas templados. Desde Sabouraud, en 1892, se sabe que una variedad de estreptococos la produce en forma electiva.

Con anterioridad ya había sido establecida la vinculación entre erisipela y elefantiasis. Fundados en este conocimiento, Sommer y Baliña, 1908, preconizaron en nuestro país el tratamiento de estos procesos con sueros y vacunas antiestreptocócicas, por otra parte inocuos, ya que están destinados a combatir una infección actual y no su secuela anatómica.

Las dos etiologías mencionadas son las más frecuentes. Han sido señaladas otras muy diversas, sintetizadas en la monografía de Hygoumenakis, 1951, a la que hacemos referencia:

Queyrat y Deguinat encuentran al bacilo piociánico como causante de algunas elefantiasis vulvares.

Hudelo, Cailliau y Pierrot, relatan el origen sifilítico.

Gougerot, en 1925, describe la elefantiasis ano-recto-genital, como de origen tuberculoso en el 50 % de los casos.

Milian y Delorme insisten sobre el origen sifilítico de esta enfermedad.

Selon Jersilid hace referencia al bacilo de Ducrey como agente causal ocasional.

Eduardo de Gregorio y García Serrano, estudiaron 15 enfermos elefantíacos, encontrando en 7 la etiología sífilítica y en los restantes la reacción de Frei positiva.

Stenzel nos habla de erisipela recidivante, lo mismo que los casos publicados por Zepherino Do Amaral, Hoerbst y Loos.

J. Sánchez Covisa y L. de la Cuesta, publican un caso de elefantiasis del escroto y pene cuya etiología se debió a una linfogranulomatosis inguinal maligna.

E. Kocsard señala una piodermitis rebelde como causante del caso de elefantiasis que relata.

G. Higoumenakis observó, en 8 años, 14 casos de elefantiasis de diversas regiones del cuerpo, con las siguientes etiologías: en 8 la erisipela recidivante; en el resto, por orden de frecuencia, la tuberculosis, la enfermedad de Nicolas y Fabre y la sífilis.

Corresponde señalar dos casos muy interesantes publicados últimamente por Higoumenakis, cuyos agentes etiológicos fueron el parásito de Wright y el virus de la psoriasis.

Por último, M. J. Tisseuil, 1950, haciendo un análisis minucioso de la anatomía linfática como de los síntomas presentes en los estados elefantíacos, pretende demostrar que el éstasis linfático es debido a una insuficiencia circulatoria linfática, verdadera asistolia local del sistema.

Y concluye, como G. Olivier, diciendo: "La elefantiasis es una enfermedad misteriosa. Se conoce muy bien la lesión, pero se ignora completamente el mecanismo de la misma."

Dado que en nuestro país no ha sido señalada la filariasis, aunque no se puede descartar su existencia, y que en tres observaciones nuestras se pudo evidenciar en el rezumamiento linfático la presencia del estreptococo, creemos que el presente caso responde a este último agente etiológico. Es de señalar que omitimos la investigación de los embriones de filaria en sangre, por la rareza de tal parasitosis en nuestro medio y la comprobación bacteriológica que referimos anteriormente.

S U M A R I O

Presentamos un caso de "elefantiasis nostras", cuya etiología probable es la erisipela recidivante del escroto, que determinó la obstrucción linfática a nivel de los ganglios inguinales.

Fué tratado quirúrgicamente, con buen resultado inmediato.

S U M M A R Y

Herein we present a case of "elephantiasis nostras" whose probable etiology is the recidivous erysipelas of the scrotum which determined the lymphatic obstruction at the level of the inguinal ganglia.

The patient underwent surgery with good immediate results.

BIBLIOGRAFÍA

- Sommer, B.* — Elefantiasis. *Revista Dermatológica Argentina*, 11, 1908.
- Aberastury, M.* — Tratamiento de la elefantiasis. *Revista Argentina de Dermatología*, 8: 97, 1919.
- De Gregorio, E.* — Etiologías del síndrome elefantiásico. *Revista Argentina de Dermatosifilografía*, 16: 304, 1932.
- Muscher, A.* — Elefantiasis. *Revista Argentina de Dermatosifilografía*, 20: 550, 1936.
- Quiroga, M. I., y Zorroquin, H.* — Nuevos conceptos sobre elefantiasis. *Revista Argentina de Dermatosifilografía*, 21: 718, 1937.
- Tisseuil, M. J.* — Essai d'une nouvelle pathogenie de elephantiasis stase par insuffisance vasculaire lymphatique, par asystolie lymphatique. *Bul. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syphylographie*, 3: 323, 1950.
- Higoumenakis, G.* — Contribution a l'étude de l'etio-pathogenie de l'oedeme elephantiasique. *Annales de Derm. et de Syphylographie*, 78: 714, 1951.
-