

LINFOEDEMA GENITAL

Dr. Oscar Vampa Mainero.

El linfoedema es un estado caracterizado por el edema blando de los tejidos que forma, ante la presión digital, una fovea característica, y que se debe al mal drenaje linfático de la zona afectada. La superficie de la piel conserva su aspecto y sólo se halla estirada por la infiltración del tejido subcutáneo.

El término elefantiasis queda reservado para el linfoedema crónico irreversible y que se particulariza por ser más duro tomando la piel la semejanza por su aspereza con la del elefante. Este estado es el resultado de la organización de las fibras elásticas e hiperplasia del tejido colágeno y además suelen producirse con facilidad infecciones secundarias de la piel y del mismo tejido subcutáneo que condiciona permanentes cambios en los tejidos.

En su etiología el linfoedema puede ser primario o secundario.

Primario: de origen congénito o el linfoedema precoz que aparece en la pubertad. Secundario puede ser: 1ro.) inflamatorio (por ejem: por filariasis, linfogranuloma, tuberculosis, sífilis, erisipela, lepra etc.) 2do.) quirúrgico (por resección de ganglios linfáticos de la ingle, cicatrices, etc.) 3ro.) neoplásico (por bloqueo linfático) 4to.) post-irradiación (por destrucción linfática) 5to.) médico (por insuficiencia cardíaca, renal, por trombosis venosa, por hipoproteinemia, etc.).

Linfáticos del pene: el drenaje del área cutánea del pene se realiza por dos redes linfáticas: una superficial que drena la piel propiamente dicha y el prepucio y una red profunda que se conecta también con las finísimas redes del glande. De los colectores superficiales se forman dos troncos: uno dorsal, que en la raíz del pene se divide a derecha e izquierda y termina en los ganglios inguinales izquierdos, y una red llamada del rafe que termina en los ganglios inguinales internos y se anastomosa con el tronco dorsal.

El linfático dorsal es a veces doble y suele desembocar en el lado opuesto. Los linfáticos profundos tiene dos redes de origen; una red que nace en la mucosa del glande y otra de la submucosa; las dos redes se comunican en el meato con la red de la uretra y con la del prepucio.

Los linfáticos forman un tronco común llamado dorsal profundo que se organiza en una especie de plexo en la sínfisis del pubis y termina a la vez en dos troncos que desembocan en los ganglios inguinales profundos, en el ganglio de Cloquet y en los ganglios ilíacos profundos. El otro tronco termina en el ganglio ilíaco externo (ganglio retrocru-ral externo).

Linfáticos del escroto: Los linfáticos del escroto forman una tupida red que se halla en relación con los linfáticos del pene y del perineo y por diez o doce troncos van a desembocar a los ganglios superficiales de la ingle y de ellos a los del grupo súpero e ínfero interno.

Caso Clínico: El primero de junio del año 1965 se presenta en el consultorio el señor R.C., de 33 años de edad, soltero, domiciliado y nacido en esta ciudad de La Plata. Relata que desde hace dos años y con motivo de un "traumatismo de abdomen con la barra de un acoplado", nota que al poco tiempo, el pene y el escroto, aumentan de tamaño y observa que la piel del pene, que se halla adematosa, termina por cubrir totalmente en el glande e impide, tiempo después, correr el prepucio. El aumento del tamaño fué más manifiesto en la zona del pene que en la del escroto.

Al consultar un facultativo, este indica altas dosis de penicilina y cree que por este motivo el edema antes citado se hace estacionario por un tiempo, no variando ni en

más, ni en menos. Pero después de algunos meses nuevamente en forma paulatina nota el progreso del tamaño de sus genitales. (Fig. N° 1). Se le practican los análisis, de rutina, siendo todos ellos negativos y luego de haber instituido un nuevo tratamiento con antibióticos, antialérgicos y diuréticos, que fracasó, se decide la resección quirúrgica de las cubiertas del pene, pues si bien el escroto era de tamaño mayor que lo normal no le traía el enfermo molestias notables. Este aspecto se ve perfectamente bien en la fotografía 1, que se acompaña. Se opera el 4 de junio de 1965 en el Hospital Italiano de la ciudad de La Plata, procediendo a resecar todas las cubiertas linfodermatosas hasta tener a la vista el glande. Luego se hace la incisión dorsal resecando todo el tejido infiltrado pero conservando la piel con la cual se cubre luego el pene haciendo suturas con puntos separados de seda 000. En la cara dorsal del pene se pone un tubo de polietileno de un mm. de diámetro, cuyo extremo proximal se deja perdido en el celular del abdomen, de acuerdo con un método preconizado por un cirujano francés, cuya finalidad es la de formar nuevos colectores linfáticos. El post-operatorio fue normal, y el único inconveniente acaecido es que a los 30 días más o menos elimina espontáneamente el tubo de polietileno por la parte proximal de la herida penénea.

El enfermo fue controlado hasta los 3 meses posterior a la operación, no concurriendo luego a los controles respectivos por hallarse según sus propias palabras en perfecto estado.

Debemos hacer notar que la pieza extraída (Fig. N° 2) pesaba 192 gr. y el informe del estudio histopatológico efectuado por el Dr. Pianzola, según protocolo n° 9445, dice así: "En la piel del pene se observa una erosión del epitelio con inflamación superficial del corion. Todo el corion tanto el superficial como el profundo está intensamente edematoso con linfáticos dilatados y algunos focos inflamatorios con neoformación vascular capilar; las venas están dilatadas y congestivas. El edema crónico ha determinado una intensa esclerosis secundaria del mismo.

Diagnóstico: Edema crónico, con erosión de la piel y con focos inflamatorios.

A los tres años aproximadamente de la 1ra. operación concurre nuevamente el enfermo a consultar pues el tamaño del escroto por la infiltración de la piel, le impide deambular libremente, el pene se hallaba casi cubierto por la piel que era arrastrada por el peso del escroto (Fig. N° 3).

Se decide efectuar una linfografía para tratar de comprobar la indemnidad de los grupos ganglionares de la región inguinal. Se trató también sin lograrlo disecar un colector del pene para poder hacer una linfografía de la zona afectada; pero ello fue imposible.

El informe del Dr. J. Raimondi es el siguiente:

Diagnóstico Clínico: Edema crónico peneo-escrotal. Linfadenografía inguinopélvica bilateral: Se visualiza los ganglios inguinales superficiales y profundos, ilíacos lumbo ilíacos, y lumbo aórticos, sin evidenciar obstrucción linfática a ese nivel corroborando del edema macionado (Fig. N° 4).

De existir una obstrucción linfática, la misma estaría situada a nivel de los colectores que vinculan la región peneo-escrotal con los territorios linfáticos inguinales e intrapélvicos.

Considerando la situación del enfermo y luego de haber practicado los análisis y las pruebas serológicas de rutina se decide una resección amplia del escroto. Se utiliza para el acto quirúrgico la misma incisión que Delpech describió en 1820 para el tratamiento de la elefantiasis genital. Esta incisión tiene igual trayecto en ambos lados, siguiendo el pliegue inguinal hasta la parte inferior del escroto en zona perineal. Se procede luego en ambos lados a separar el cordón espermático y seccionándose el ligamento escrotal, permite que ambos testículos sean reclutados hacia la pared del abdomen, envolviéndolos en una gasa de reparo. Se procede luego a resecar casi todo

LINFOEDEMA GENITAL

el escroto, calculando el futuro cierre de lo que serán las bolsas. Se alojan los testículos en los lugares elegidos fijándolos en su parte inferior a la piel del escroto y luego se reconstruye el septum que los separa.

Se procede a cerrar todo la herida quirúrgica con puntos separados de seda de 000 no dejándose drenaje pues la hemostasia fue lo más prolija posible, y arbitrando los medios para que en las suturas exista mejor coaptación posible de los tejidos para evitar de esa manera soluciones de continuidad que en estos enfermos son de difícil cicatrización. La pieza extirpada pesa 485 gr. (Fig. N° 5), haciendo notar que el peso debía de ser mayor, pues en la bandeja portadora de la pieza había alrededor de 80 cm³. de un líquido siruposo de color amarillo claro.

El informe del patólogo Dr. Ruben Laguens dice así: "Edema intestinal conectivo con disociación de haces de fibras colágenas.

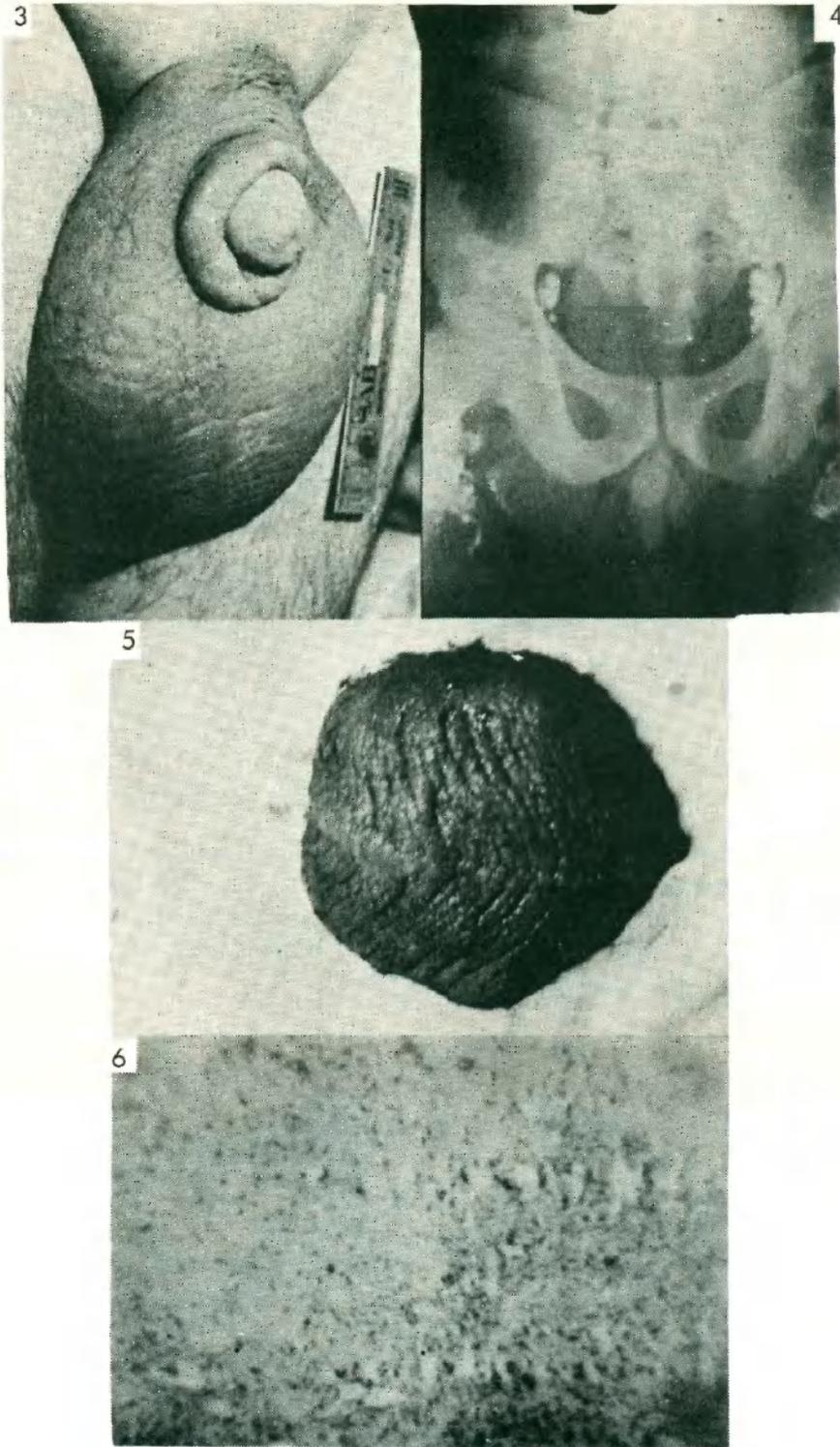
Ausencia de lesiones inflamatorias y degenerativas del colágeno (Fig. N° 6).

Conclusiones: El caso relatado y que presentamos a vuestra consideración no es frecuente, pues la asociación de una elephantiasis de pene con un linfoedema de escroto de origen ignorado, apenas si en los últimos 20 años se han descritos tanto en la Literatura Argentina como en la Extranjera unos 15 casos, destacándose entre ellos el que el Dr. Alberto Claret relata en el año 1953, sobre un caso de esclero elephantiasis total del pene. En los casos consultados siempre existió un factor que de no ser de origen primario, siempre fue inflamatorio de piel, una herida de la zona genital o masturbaciones reiteradas que por las pequiñas erosiones que produce en la piel del pene, permite la puerta de entrada a la infección para luego hacerse la linfangitis correspondiente que al ser recidivante termina con la destrucción de los colectores linfáticos. En este caso relatado la causa infecciosa del origen de la enfermedad está corroborada por la reducción o detención del aumento del edema genital cuando se instituyó el primer tratamiento con antibióticos.

Resumiendo: Resección y plástica de pene y escroto por una esclero linfoedema peneano y un linfoedema sin signos inflamatorios del escroto secundario y de aparición lenta que motivó a los tres años de la primera intervención, la resección del mismo suponiéndose que la causa inflamatoria con la destrucción de los colectores linfáticos zonales fue la responsable del caso relatado.



1) Aspecto del enfermo al concurrir a la consulta en 1965. 2) Pieza extirpada.



3) Linfoedema excrotal en el año 1968. 4) Un aspecto de la linfografía a las 24 hs. de la inyección. 5) Pieza anatómica extirpada en la 2da. operación. 6) (color nematox-cos) Edema intestinal.

LINFOEDEMA GENITAL



7) Un aspecto del pene y escroto a los cuatro meses de operado.

BIBLIOGRAFIA

- Surgical management of idiopathic lymphedema of male genitalia A.M.A. arch. surg. 73-312-315- 1956.
- Elephantiasis of scrotum. South African M. J. 29-712- July. 23-1955.
- Elephantiasis genital. corrección por procedimiento plástico J. Internat. Coll. Surgions. 23-29-33- Jan. 1955.
- Treatment of Severe lymphedema of penis. J. Urolog. 72-88:885, 1954.
- Escleromelefantiasis de pene. Aclaret. Revista Argentina de Urología 22-1953.
- Lintografía en elefantiasis peneoscrotal. Bull. Soc. Franc. Derm. Syph. 68-21. Enero-marzo 1961.
- Scrotal and-penile lymphedema. J. Urol. 87-422-9-marzo 1962.
- Sever Elephantiasis of penis. Folia Clin. Int. (Barcelona) 15-539-41, noviembre 1965.