

Trabajo de la Clínica del Prof. Luis A. Surraco

ELEFANTIASIS GENITAL EN EL HOMBRE

Dr- Jorge Lockhart

Afección de tiopatogenia discutible, con gran tendencia a la cronicidad y muy rebelde a la terapéutica médica, la elefantiasis en sus múltiples localizaciones ha sido estudiada de preferencia por dermatólogos, urólogos y especialistas en medicina tropical y aunque se han propuesto tratamientos quirúrgicos no ha merecido a nuestro juicio, de los cirujanos la atención suficiente.

En nuestro medio la localización genital femenina ha sido muy bien estudiada por el Prof. Stajano, y el profesor agregado Halty ha recientemente publicado algunos casos de localización escrotal y de los miembros inferiores haciendo un estudio patológico y mencionando éxitos obtenidos con la radioterapia. En la bibliografía nacional y extranjera figuran además numerosas publicaciones sobre esta afección, siendo notable la diversidad de criterios sobre todo en lo que se refiere a etiología y a tratamiento.

En lo que nos es particular, creemos que el síndrome elefantiasico importa un problema de patología general y que por las posibilidades en su terapéutica debe ser enfocado también del punto de vista quirúrgico y es por eso que relato aquí algunas historias clínicas, con las consideraciones que de ellas se desprenden y las conclusiones que puedan ser de interés general.

1er. CASO: J. C., 64 años. Desde hace 4 años ardor en las micciones con chuchos de frío y después tumefacción de las bolsas progresivas, que luego retrocede, después tiene varios empujes con los mismos caracteres pero persistiendo siempre el aumento de volumen. Al examen, tumefacción del escroto que se detiene bruscamente en los surcos génito-cruales y en la línea de separación con el pene, que está indemne. Piel algo rosada mate, engrosamiento de los pliegues y rafe muy saliente. Se palpan nódulos en el espesor de la piel; contenido escrotal indemne. Se practica una escarificación y se hace estudio bacteriológico que es negativo. Un segundo examen mostró estreptococo Frei negativo. Wassermann idem. Se practica radiografía que muestra pequeñas zonas calcificadas. Trata-

miento: en el primer momento sulfamida y sulfatiazóol sin resultado, después circuncisión y resección del frenillo retrocediendo algo el proceso, no produciéndose nuevas recaídas. Luego se hizo resección escrotal amplia, siendo el resultado muy bueno.

2º CASO: S. F., 25 años, consulta por gran tumefacción del pene y del escroto datando de 7 meses y comenzando por estado infeccioso y corrimiento uretral que curó aparentemente en pocos días con lavajes y sulfatiazóol, por esa misma época, furunculosis intensa y generalizada. Al examen gran tumefacción de pene y escroto, fimosos considerable secundaria y balano postitis. En las bolsas piel muy gruesa, rafe muy saliente y duro: se notan trayectos traslúcidos bajo la piel con el carácter de várices linfáticas y nódulos colocados a ambos lados como chumbos y que corresponden, casi seguramente a quistes linfáticos calcificados. No hay edema y al hacer presión sobre la piel se hunde en block volviendo de inmediato a su posición inicial. Se hizo estudio bacteriológico previa escarificación y se encontró estafilococo dorado. Se practicó radiografía de la región. Frei y Wassermann negativos. Reacciones oculares de N. y Favre negativas. Tratamiento: Al principio sulfamida y sulfatiazóol hasta obtener concentraciones ópticas en el suero sin obtener mejoría, luego anatoxina estafilocócica llegando a inyectarse 2 cc. pura sc. sin resultado; luego circuncisión y resección del frenillo y drenajes filiformes como muestra el esquema, consiguiéndose una gran mejoría. También se ha hecho una serie de acetilcolina.

3er. CASO: C. Ch., 16 años. Desde hace 1 año tumefacción escrotal, con períodos de recaídas coincidiendo con estados febriles y dolor local. El aspecto de la lesión es análogo al del primer caso, debiendo hacer notar que en algunas oportunidades se ha hecho aplicaciones locales irritantes. Examen bacteriológico negativo. El único tratamiento instituido fué el sulfatiazóol que no ha dado resultado habiéndose negado el enfermo a toda intervención quirúrgica.

CONSIDERACIONES

Se trata de 3 casos de elefantiasis localizada en los genitales externos del hombre: en 2 solamente escrotal y en 1 peno-escrotal.

Clínicamente y basándose en los datos obtenidos por la semiología, el diagnóstico topográfico se hace con los siguientes elementos:

- 1) Tumefacción regular y simétrica.
- 2) Pliegues conservados y aun aumentados.
- 3) Rafe saliente e infiltrado.
- 4) Piel gruesa, que resbala sobre los planos profundos permitiendo palpar los órganos nobles indemnes.
- 5) Piel dura como si fuera de cuero y que al ser deprimida no deja godet.

Este último elemento semiológico, tiene gran interés puesto que él traduce, cuando existe, la infiltración edematosa del espacio celular sub-cutáneo: en cambio en los casos que describimos, al ser presionada la piel de las bolsas, se hunde en block, sin elasticidad lo que implica que el proceso toma el dermis, constituido esencialmente por fibras elásticas. Los procesos que toman sólo o principalmente el espacio subcutáneo serán pseudo-elfantiasis y debe ser considerada la localización dérmica o hipodérmica primordial, el elemento definitivo que condicione el diagnóstico del síndrome que estudiamos.

Suelen verse procesos de los órganos nobles, que secundariamente invaden los planos cutáneos y que simulan el cuadro elefantiasis, y aunque pueden llegar a infiltrar el dermis, no por eso deben entrar en la afección que consideramos. *La topografía dérmica e hipodérmica obtenida por los datos clínicos enumerados constituye pues el elemento fundamental para el diagnóstico del síndrome elefantiasis. Agreguemos el comienzo infeccioso, la evolución tórpida y a recaídas, la ectasia linfática y la fibrosis progresiva y tendremos el síndrome elefantiasis en todos sus aspectos.*

Puede asociarse como en el segundo caso la infección del sub-cutáneo, sobre todo al nivel del pene, originada, casi siempre por una balanopostitis, consecuencia casi obligada de la fimosis secundaria que se produce por la infiltración del prepucio.

Una vez establecido el diagnóstico de síndrome debemos considerar los siguientes tipos:

- 1) Congénito.
- 2) Filariosis. — Enfermedad tropical y que se discute como tipo especial, considerando muchos autores que sólo la asociación con el estreptococo puede originar elefantiasis.
- 3) Obstrucción linfática regional. — Se observa en exeresis ganglionares y toman todo su territorio aferente.
- 4) Elefantiasis nostras. — A este tipo pertenecen nuestros 3 casos.

El diagnóstico etiológico se hace con los caracteres clínicos, con el estudio bacteriológico previa escarificación el Frei, las reacciones oculares, el Wassermann. En el primer caso aunque no se encontró el estreptococo correspondía por la marcha evolutiva a una elefantiasis de ese tipo: en un 2º examen se encontró.

Tenía en favor de la linfogranulomatosis benigna el comienzo uretral y la evolución crónica *d'emblée*, pero en cambio no había adenopatía crural y retrocrural, no se palpaban cordones linfáticos en el miembro y en la región pre-pubiana, estando libre el ligamento suspensor del pene: no existía tampoco el edema del muslo descrito por May y finalmente el Frei era negativo.

En el segundo caso el antecedente de furunculosis y el hallazgo del estafilococo dorado aclaró una etiología que es relativamente poco frecuente en esta afección. En cuanto al tercer caso es similar al primero.

CLASIFICACIÓN

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| Falsas elefantiasis | } | <ol style="list-style-type: none"> 1) Secundaria a traumatismos o intervenciones locales. 2) Edemas angioneuróticos. 3) Secundarias a afecciones de los órganos nobles. 4) Linfangitis del accidente primario sifilítico. 5) Sifilomas difusos. 6) Edema renal. 7) Edema endocrino. 8) Edema cardíaco. 9) Secundarias a infecciones de vecindad (balano postitis). |
| Elefantiasis verdaderas | } | <ol style="list-style-type: none"> 1) Congénita. 2) Obstrucción linfática pura (exeresis ganglionar). 3) Filariosis. 4) Nostras: <ol style="list-style-type: none"> a) Estreptococo. b) Estafilococo. c) B. de Koch. d) Virus de N. Favre. e) Otros piógenos. f) Asociaciones - Filaria y estrepto. Estrepto y N. Favre, etc. |

Como ya lo dijo Besnier, la elefantiasis es una hipertrofia regional a marcha indefinidamente progresiva y extensiva. Se desarrolla en la piel donde se acantona y tiende a organizarse dando primero una infiltración y luego una degeneración fibrosa e irreductible. Al cortar ese tejido se ve que es grueso y muy duro. En su patogenia interviene fundamentalmente el proceso inflamatorio originando la rápida y definida transformación fibrosa con desaparición de los elementos elásticos del dermis. De acuerdo con el concepto dinámico de la inflamación, se produce en un primer momento una mayor permeabilidad capilar lo que origina una extravasación de la fibrina que constituye una red que limita el proceso y secundariamente la trombosis ocluye a la luz de los linfáticos de drenaje favoreciendo así el bloqueo definitivo. Además se produce el fenómeno de anafilaxia local con producción de anticuerpos también locales. Trabajos experimentales de Menkin y otros han demostrado que proteínas extrañas, colorantes y las bacterias inyectadas in situ se fijan en el foco inflamatorio y no pasan a la circulación general.

Fácilmente se explica como en el caso de la elefantiasis en que existe la reinfección sucesiva aumenta el trombus linfático y el bloqueo y de allí la formación de ectasias y quistes. También las infecciones o proteínas por vía sanguínea se fijan en el foco inflamatorio y a veces con ciertos irritantes locales y en ciertas regiones la fijación es mayor. Por otra parte las inyecciones de soluciones concentradas de urea en esos focos inflamatorios permite la disolución de la fibrina y el pasaje de los colorantes vitales.

Drinker y Field obtuvieron elefantiasis en las patas del perro luego de obstrucción linfática y al parecer en proporción al edema inflamatorio que origina mayor red que fibrina y un bloqueo más intenso.

Cannon y Pacheco han hecho estudios histológicos de la piel y el sub-cutáneo en animales previamente inmunizados al esta-filococo y a los que se les inyectaba dicho microbio en la piel. En ese caso, la infección es cutánea y se localiza por producción de aglutininas locales y fagocitos macrófagos que fijan el antígeno y de su contacto se determinan según Opie, los fenómenos inflamatorios.

En la patogenia de la elefantiasis entrarían pues los siguientes factores:

- 1) La inflamación con la obstrucción linfática consiguiente llegando al bloqueo.
- 2) La constitución de un estado de anafilaxia local.
- 3) Susceptibilidad particular de la región. La piel de las bolsas es un territorio cutáneo con caracteres particulares. Es conocido su valor como elemento sexual secundario y su importancia en la ectopia testicular como lo ha demostrado el Prof. Surraco. Es un tejido diferenciado y ya es conocido que esa característica es un factor de disminución de la resistencia frente a las inflamaciones. Una pincelada de yodo provoca tumefacción e intensa descamación secundaria que puede durar muchos días: son conocidos los estados pseudo-*elefantiásicos* luego de una intervención trivial sobre ella.
- 4) Tendencia precoz a la constitución de la fibroesclerosis adulta.

En cuanto al factor venoso que tanta importancia tiene en la *elefantiasis* de los miembros inferiores, donde se produce una verdadera *celulitis peri-vascular* que va a la esclerosis, no parece que en la localización escrotal tenga mayor influencia.

Biopsia de la piel: Pasado el primer momento de infiltración celular atraviesa la afección que estudiamos por 3 estados sucesivos:

- 1) Descamación lamelar.
- 2) Proliferación verrucosa.
- 3) Infiltración de la capa papilar del dermis, por la fibroesclerosis.

La biopsia nos puede mostrar uno de esos aspectos que indican grados evolutivos y que pueden ser de valor para la indicación terapéutica.

Examen histopatológico practicado por el Dr. Enrique Castro. (Caso 2).

El fragmento prepucial, en forma de anillo casi completo muestra espesamiento de la piel a expensas del dermis que aparece a simple vista de color blanco, algo nacarado, siendo la superficie de la piel, lisa, como distendida (piel morena por pigmentación marcada).

El examen histológico muestra epidermis afinada, atrófica,

con sus capas córnea, granulosa y mucosa disminuídas en espesor y en el número de sus estratos celulares. Las papilas dérmicas están disminuídas de altura y mismo desaparecidas por sitios, con borramiento de los brotes interpapilares. En algunas zonas se observan pequeños focos de necrosis de las células epidérmicas sin disgregación.

El dermis está espesado, con hiperlasia del conectivo fibroso blanco, esclerosado en buena parte que engloba zonas edematosas,

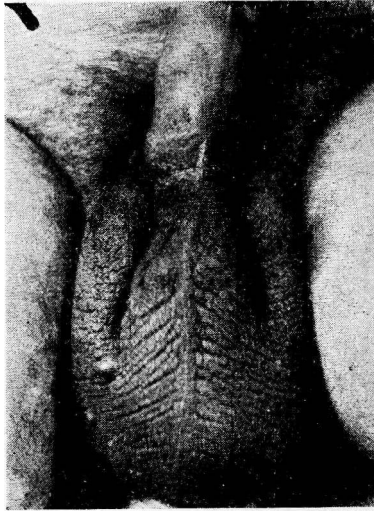


FIG. 1

más extendidas en la parte profunda. En estas zonas hay proliferación intensa de fibroblastos, organizándose. Hay infiltración celular a predominio peri-vascular: consta principalmente de polinucleares y plasmocitos. En algunos sitios la infiltración tiende a tomar el tipo nodular linfocitario (inespecífico). En algunas zonas superficiales hay necrosis del conectivo, colágeno y elástico con aparición de plasmodios de reabsorción macrofágica.

Los finos vasos sanguíneos del dermis muy numerosos, están en general alterados, con lesiones de vascularitis discreta e infiltración celular adventicial. En la parte profunda se encuentran algunos paquetes de vénulas varicosas. Se ven muchas cavidades irregulares, lacunares cuya pared está reducida al endotelio, con el aspecto de vasos linfáticos.

El pequeño nódulo de las bolsas tiene la misma estructura general; se ven mejor aquí los linfáticos, muchos de los cuales muestran válvulas.

TRATAMIENTO

Las consideraciones que hemos hecho sobre patogenia justifican el fracaso de la terapéutica anti-infecciosa. La susceptibilidad local, la modificación de la sensibilidad biológica y sobre todo el bloqueo linfático precoz impiden que ejerza su acción en el foco inflamatorio. Sólo pueden tener cierta acción como coadyuvantes durante los empujes de la afección. Las sulfamidas, la anatoxina estafilocócica, las vacunas, etc., fracasan si actúan aisladamente. Lo mismo sucede con los antisépticos aplicados localmente.

La radioterapia ha dado éxitos de acuerdo con la publicación de Halty, pero exige una técnica especial como ser la aplicación tangencial y es de cualquier modo peligrosa por la vecindad de los órganos nobles: actuaría disolviendo la red de fibrina y permeabilizando el foco.

Los procedimientos de drenaje de la red linfática superficial por la red linfática profunda denominado también linfango plásticas pueden dar resultado siempre que el proceso no esté muy evolucionado. Handley lo hizo mediante drenajes filiformes de seda; Walther empleó los drenajes de caucho y Stuckey los hilos metálicos. En el caso 2, mejoró considerablemente el estado del escroto con drenajes filiformes de crin como lo muestra el esquema: asociamos una incisión longitudinal del rafe interesando solamente el dermis.

La circuncisión con resección del frenillo cura la fimosis y la balano postitis al mismo tiempo que abre nuevas vías linfáticas.

El enfermo ha recobrado actualmente su función sexual que estaba considerablemente alterada.

La acetilcolina puede ser usada, ya que contribuye a mejorar las condiciones circulatorias locales.

En cuanto al estado definitivo de fibroesclerosis adulta sólo la terapéutica radical puede tener resultado.

Resecciones de escroto, parciales o totales, recubriendo los órganos nobles con piel traída del hipogastrio o de los muslos; o

bien intervención basada en la técnica de Kondoleón para el tratamiento de la elefantiasis del miembro inferior: o bien el procedimiento de Hisoshi Kimura que injerta sobre la región enferma un pequeño lambeau de piel pediculada, comprendiendo, además el tejido célula-adiposo sub-cutáneo, método que se puede asociar a las resecciones parciales, etc.

Estas intervenciones se han practicado sobre todo en las elefantiasis por filarias.

En resumen, la elefantiasis genital en el hombre debe ser

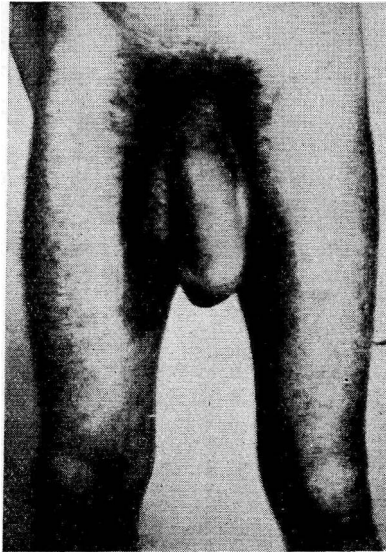


FIG. 2

diagnosticada precozmente distinguiéndola de las falsas elefantiasis. Los caracteres clínicos, el estudio bacteriológico previa escarificación de la piel y las reacciones de Frei y de Wassermann nos ayudarán a hacerlo. La biopsia dirá en qué estado anatómico se encuentra y las posibilidades terapéuticas. En el primer momento, la conducta aconsejable será la circuncisión con resección del frenillo y drenajes filiformes asociados al sulfatiazol y a la acetilcolina: la radioterapia puede hacerse también en este período. En la etapa de organización se planteará la intervención amplia más o menos radical y de acuerdo con alguno de los procedimientos ya mencionados.