

Elefantiasis penoescrotal idiopática

Idiopathic penile and scrotal elephantiasis

Teran, V*; Ildarraz, J; Gilli, F; Ezquer, A; Veglia, F (h); Taboada, E; López, R; Cenice, F; Fernández, A; Veglia, F

Instituto Urológico Privado. Prof. Dr. Ronald Parada Parejas. Maipú 695. San Miguel de Tucumán. Argentina.

INTRODUCCIÓN

El linfedema penoescrotal, independiente de su etiología, es determinado por una reducción del flujo linfático con el consecuente aumento del volumen del pene y escroto. Es una patología que afecta distintos grupos etarios, dependiendo de la etiopatogenia en juego. Tiene un compromiso estético del pene y mecánico de la función sexual, limitando la higiene local, la deambulación y la micción. Según su etiología se dividen en primarios (de aparición precoz o tardía) y secundarios a causas neoplásicas, infecciosas, reactivos, desbalances del medio interno e idiopáticas.

Considerando su presentación poco frecuente, los objetivos de este trabajo son:

1. Presentación de un caso clínico de elefantiasis penoescrotal crónica gigante tratado en nuestro Servicio de Urología.
2. Describir procedimiento quirúrgico llevado a cabo.
3. Revisión de la bibliografía disponible acerca del tema tratado.

CASO CLÍNICO

Historia clínica: Paciente de 63 años de edad sin antecedentes personales de interés, con antecedentes de elefantiasis genital progresiva de 15 años de evolución que compromete predominantemente el pene y en menor medida las bolsas escrotales (**Figura 1**).

Ecografía testicular: Testículos normales y pared escrotal aumentada de espesor.

TAC abdomen y pelvis: No reveló particularidades.

Linfografía radioisotópica de pene: Se observa captación del trazador en el lugar de la administración, sin concentración en linfonódulos inguinales.

Exámenes parasitológicos: Investigación de filaria: Gota gruesa (-), Método de

Aceptado en Mayo de 2010
Conflictos de interés: ninguno

Accepted on May 2010
Conflicts of interest: none

Correspondencia
Email: chatoteran@hotmail.com



Figura 1. Vista de perfil de elefantiasis penoescrotal tomada en consultorio externo.

Kmott (-) no observándose neumatodes hemotísulares.

VDLR (-), PPD para TBC (-).

Biopsia de piel de pene: Liquen crónico.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO



Figura 2. Apertura de bolsas escrotales durante el procedimiento quirúrgico.

Se realizó en un primer tiempo una plástica de pene con injerto de piel extraída del abdomen inferior, como lecho donante, tomado con bisturí de aproximadamente 17 x 9 cm, modelándose de acuerdo al lecho peneano.

Se empleó una incisión circular en la base del pene, la cual permitió la resección del tejido linfedematoso en el propio pene, al elevarse al glande la piel y la resección suprapeneana por esta vía del tejido afectado.

Para las bolsas escrotales se utilizó una incisión única y central que permitía liberar los testículos y resecar el tejido, para facilitar la operación, minimizar el tiempo quirúrgico y producir menos complicaciones, para luego cerrar sin mayores dificultades la piel (**Figura 2**).

Se colocó una sonda vesical sin derivación urinaria. Se realizaron aspiración y drenaje por 48 horas y un suspensorio por un mes.

En los controles que se efectuaron durante el postoperatorio no se evidenció recurrencia del linfedema. El paciente refirió tener erecciones normales y satisfactorias para la penetración, sin alteraciones tanto de la forma como de la funcionalidad del pene (**Figura 3**).



Figura 3. Control del postoperatorio a los 30 días.

DISCUSIÓN

La elefantiasis peneana y escrotal representan un desafío diagnóstico como terapéutico. El edema crónico genital podría ser el resultado de una obstrucción linfática debido a anomalías congénitas, traumas, radioterapia, intervenciones quirúrgicas, diálisis peritoneal ambulatoria continua o infección parasitaria¹. Actualmente, nuevos avances científicos y los continuos hallazgos clínicos podrían descartar algunas de estas potenciales etiologías.

La infección por microorganismos, particularmente estreptococo, podrían representar otra posible causa de esta patología². Es posible que los cambios inflamatorios debidos a reiteradas linfangitis o celulitis estreptocócicas puedan producir obstrucción de la circulación linfática a nivel de miembros inferiores, lo que en mayor o menor medida podría conducir a la aparición de elefantiasis. El estudio patológico ha demostrado que, a nivel celular, esto sería consecuencia de un pro-

ceso de fibrosis intracanalicular³. Sin embargo, algunos autores han reportado pacientes en quienes no existe el antecedente previo de linfangitis o celulitis⁴.

Asimismo, están descritos casos con obstrucción linfática genital, en los cuales existía como antecedente una infección genitourinaria adquirida a través del contacto sexual. Lamentablemente, no está claro si dicha infección fue causada por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia trachomatis*. De esta forma, y sumado al hecho de que la infección genitourinaria por *Chlamydia trachomatis* puede ser asintomática, esta condición representa un importante foco de origen para futuras infecciones.

El argumento descripto previamente podría representar la principal causa en la génesis del edema peneano y escrotal. Wright y Judson estudiaron 25 casos de edema peneano, y establecieron que el 20% de los mismos estaban relacionados con uretritis gonocócica como posible agente causal⁵.

Está claro que de acuerdo a la causa etiológica del edema peneano y/o escrotal, el tratamiento puede consistir en el uso de antibióticos (penicilina, tetraciclinas), antiparasitarios (albendazol, ivermectina), lo cual, en casos de temprana evolución, pueden ser suficiente para lograr la remisión completa de la patología.

Para estadios avanzados, la resolución quirúrgica es el único tratamiento indicado. Dichos procedimientos incluyen linfangioplastia y anastomosis linfático-venosas, los cuales han mostrado buenos resultados⁶. Por otra parte, también se tiene en cuenta si el cuadro es autolimitado o si existen trastornos patológicos significativos a nivel de la piel, tejido celular subcutáneo y vasos linfáticos. Para el primer caso, una conducta expectante podría ser lo adecuado como precocimiento terapéutico, mientras que para el segundo caso la resolución quirúrgica es mandataria, a través de la escisión de la piel y el tejido celular subcutáneo mediante grafting⁷.

Se han estudiado casos de linfedemas genitales primarios o congénitos. Estas situaciones pueden resultar muy diferentes a todas las descritas, ya que de acuerdo a las experiencias de diferentes servicios, constituyen un verdadero problema debido, en gran parte, a la alta tasa de recurrencia que poseen, lo cual lleva inevitablemente a múltiples intervenciones quirúrgicas. En patologías severas está recomendada la escisión sin realizar grafting. Se ha visto que, en la mayoría de los casos reportados, esta última técnica ofrece los mejores resultados; sin embargo, para los de etiología primaria, puede producir complicaciones como el compromiso

de regiones adyacentes a la operada y contracción de la piel⁸.

A pesar de todas las posibles causas estudiadas, existen situaciones en donde no se pudo determinar el factor causal, lo cual llevó a realizar como único método un tratamiento quirúrgico consistente en la escrotoectomía con posterior reconstrucción⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tanagho A, McAninch J. Urología General de Smith, páginas 262-263, editorial Manual Moderno, California, 2005.
2. Porter W, Bunker C: Chronic penile lymphedema: a report of 6 cases. *Arch Dermatol.* 2001; 137:1108-1110.
3. Schissel DJ, Hivnor C, Elston DM: Elephantiasis nostras verrucosa. *Cutis* 1998; 62:77-80.
4. Ronald A. Nelson, Gregory L. Alberts, Lloyd E. King, JR. Penile and Scrotal Elephantiasis caused by indolent *Chlamydia Trachomatis* Infection. *Urology* 2003; 61(1):224.
5. Wright RA, Judson FN: Penile venereal edema. *JAMA* 1979; 241:157-158.
6. Huang GK: Results of microsurgical lymphovenous anastomoses in lymphedema –report of 110 cases. *Langenbecks Arch Chir.* 1989; 374:194-199.
7. W. Scott McDouglas: Lymphedema of the External Genitalia. *J Urol.* 2003; 170(3):711-716.
8. Jonathan H. Rossa, Robert Kay, Randall J. Yettman, y cols.: Primary Lymphedema of the genitalia in children and adolescents. *J Urol.* 1998; 160(4):1485-1489.
9. Brad J. Hornbergera, James M. Elmorea, Claus G. Roehrborna: Idiopathic scrotal elephantiasis. *Urology* 2005; 65(2):389.