

BREVES COMENTARIOS ACERCA DE UN CASO CLINICO  
DE ELEFANTIASIS DE PENE Y ESCROTO

Dr. Américo Fossati

Nuestra comunicación no tiene otra finalidad que la presentación de un caso con pequeños comentarios de clínica y técnica operatoria que creemos interesante y poco frecuente, tan poco frecuente, que en mis cuarenta años de vida hospitalaria y profesional intensa, es la primera vez que tenemos oportunidad de observar.

E. de A. 35 años, uruguayo, soltero. Procedente de Rivera. Envía Banco de Seguros del Estado.

Ingresa al Hospital Español el 7 de mayo de 1940.

Motiva su internación el siguiente cuadro: Hace dos años notó que su escroto del lado derecho comenzaba a edematizarse y al mismo tiempo, en los esfuerzos y en la tos aparecía en su ingle derecha, una tumoración que se reducía fácilmente: El edema se propagó al escroto izquierdo y más tarde al pene. El edema es constante pero sufre variaciones con las estaciones, aumenta en invierno y disminuye en el verano.

Antecedentes: Hace 14 años blenorragia que trató mal y se complicó de epididimitis derecha. En la misma época chancro, al parecer duro y que trató con medicación local y una serie de Neo-Salvarsán, abandonando luego todo tratamiento.

*Examen.* — Edema duro localizado al pene y escroto, a neto predominio en el hemi-escroto derecho. (Figura 1) Testículo derecho aumentado de volumen. Discreto derrame vaginal derecho. A izquierda nada. Micro-poliadenopatía inguinal doble. No hay edema en los miembros inferiores. Hernia inguinal derecha. Oblicua externa, inguino-escrotal. Reducible, coercible, epiplocele, dolorosa. El edema desde hace 8 meses le prohíbe todo contacto sexual. La erección existe y la única modificación que ha sufrido, es una discreta desviación a la derecha.

En las figuras 1 y 2 puede apreciarse el estado del enfermo en el momento del examen: gran hipertrofia del pene, sobre todo

a nivel de la zona prepucial. El pene llega casi a la mitad del muslo y en la foto 2 ocupa casi el ancho de la pierna izquierda en su parte superior. Escroto grande, sobre todo a derecha. Por encima en la región inguinal del mismo lado se nota fácilmente la saliencia de la hernia.



FIG. 1  
Antes de operado (frente)



FIG. 2  
Antes de operado. Vista lateral

*Análisis.* — Reacción de Wassermann, negativa. Urea en suero, 0,36. Orina normal. Sangre: 10.200 leucocitos. 59 % poli-neutrófilos. 1 % de eosinófilos. 36 % de linfocitos y medianos poli nucleares. 4 % de grandes mononucleares. Glóbulos rojos 5.056.000, con 100 % de hemoglobina. Valor globular 1. Reacción de Frei, negativa. Tensión arterial, máx. 17 y mm. 9.

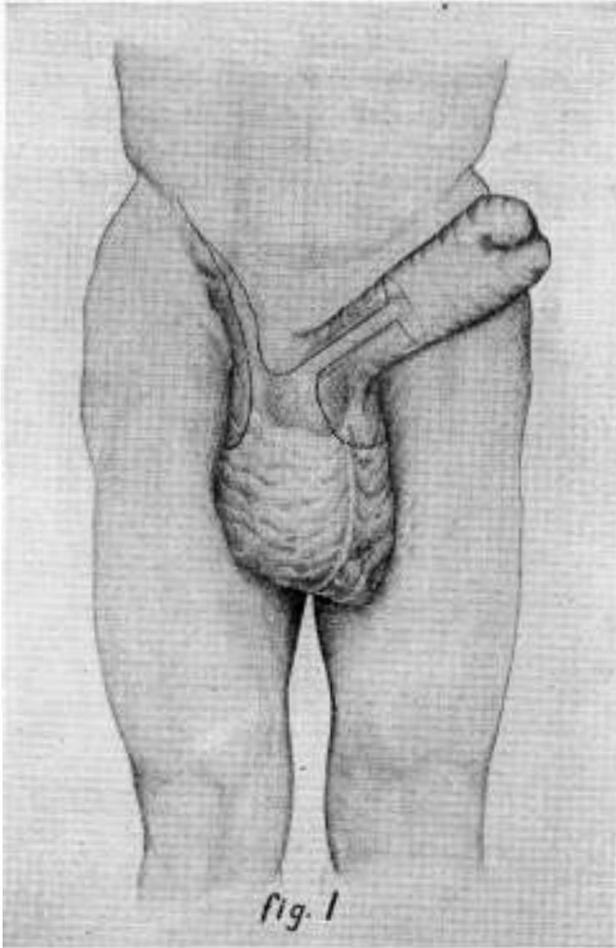
Estudiado el enfermo se planteó el problema terapéutico. Se puso sobre el tapete; tratamiento médico a base: de Salvarsán, bismuto, salirgán, etc., etc. Tratamiento por roentgenterapia y quirúrgico por drenajes filiformes o amplia resección. Se optó por lo último.

*Operación.* — 29 de mayo (77260). Dr. Fossati y Pte. Barrós. Anestesia general éter y anhídrido carbónico. Corrección estética de pene y escroto, con resección amplia de piel y tejido celular sub-cutáneo. Piel gruesa, dura con un dermis espeso y fibroso; una verdadera paquidermis. Gran edema peri-vaginal. Se comprueba un enorme saco de hernia, deshabitado, que se reseca bien



FIG. 3. — (a derecha). Después de la operación. Nótese el pequeño tamaño de los genitales externos. El glande al descubierto. Prepucio fácilmente remangable.

alto y se liga con seda 3. Bassini. Puntos con seda, aprovechando el cremaster que era muy fuerte para reforzar la pared posterior. En la técnica operatoria se siguió en sus puntos principales la operación de Delpech-Abblart, descrita en Monod y Vanverts, con las siguientes modificaciones: la raqueta posterior se lateraliza a derecha, para abordar la hernia por la misma incisión y además por ser el hemi-escroto derecho mucho más grande que

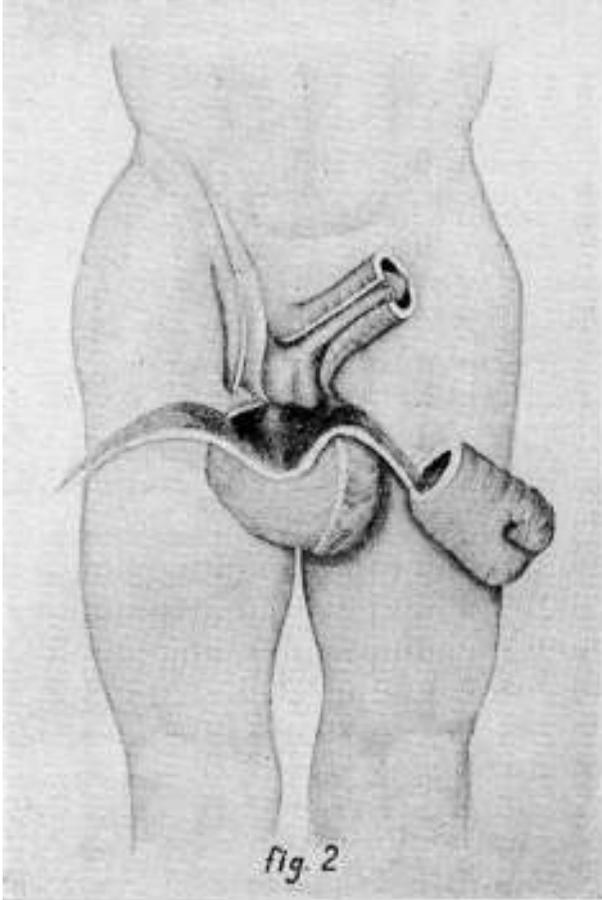


ESQUEMA 1. — Muestra el trazado del colgajo. Se destaca perfectamente la gran diferencia entre los genitales normales y los de nuestro enfermo. Nótese el largo del canal prepucial.

el izquierdo. La parte de piel reseca era enorme, como dos palmas de mano. Ver esquemas explicativos.

*Post-operatorio.* — Normal, nada a notar. Per priman absoluto. Alta el 19 de junio de 1940. Posteriormente el enfermo nos manifiesta que su coito es perfectamente normal.

*Biopsia.*

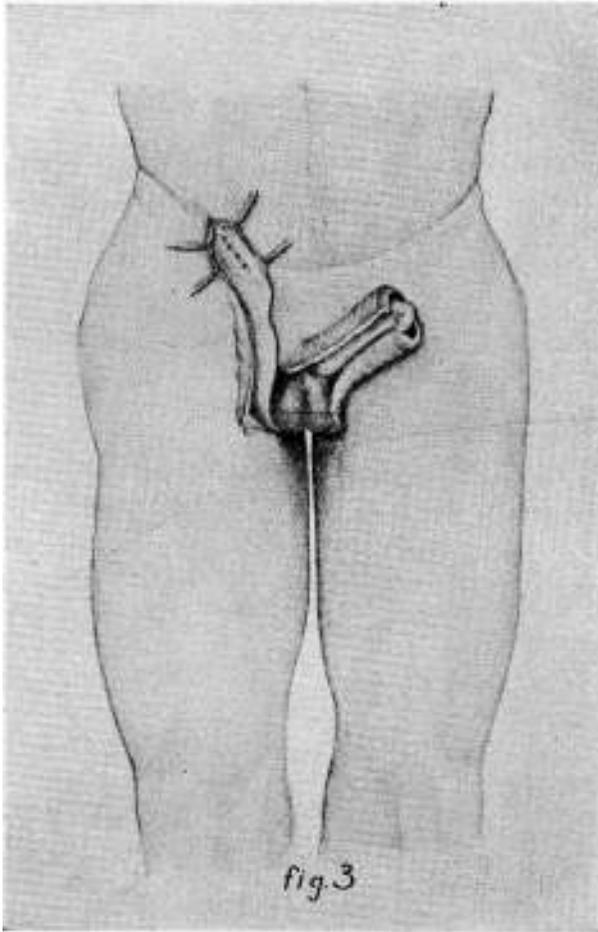


ESQUEMA 2. — Colgajo casi terminado, a pedículo posterior. Nótese el complemento para abordar la hernia.

### FRAGMENTOS BIÓPSICOS DE ELEFANTIASIS ESCROTAL Y PENIANAS

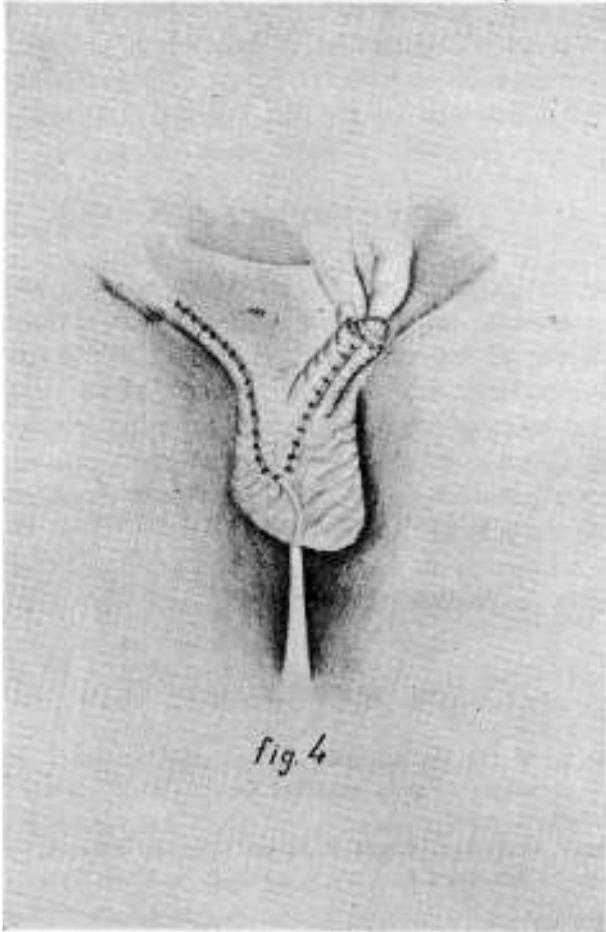
Muestran piel con epidermis de grosor normal, flexible, y dermis muy espesada (alcanza 2 1/2 centímetros en el fragmento escrotal) de color blanco, aspecto finamente fibroso homogéneo; blando y edematoso.

El examen histológico muestra hiperkeratosis de la capa córnea con exfoliación laminar; cuerpo mucoso normal.



ESQUEMA 3. — Se ha terminado la extirpación del colgajo. Cura operatoria de la hernia terminada.

Las papilas dérmicas están conservadas, pero disminuídas de altura. La dermis misma aparece homogéneamente formada por haces fibrosos de grosor mediano, entrecruzados, algunos hialinizados, entre los cuales se aloja abundante sustancia intersticial, ligeramente basófila, con las características de la mucina, causa del edema difuso. Entre los haces colágenos cruzan numerosos vasos sanguíneos finos, de aspecto normal en sus capas internas. Hay un infiltrado celular inflamatorio, crónico, a predominio de



ESQUEMA 4. — Aspecto luego del cierre de piel

mononucleados y plasmocitos, exclusivamente peri-vascular, formando un manguito continuo a los vasos.

Además de los vasos sanguíneos se observan espacios lacunares, algunos con coágulo albuminoso y leucocitos en su interior, con su pared reducida al endotelio; parece tratarse de linfáticos dilatados.

---

*Edema difuso del dermis peniano y escrotal, con fibrosis e infiltrado inflamatorio crónico peri-vascular.*

**Enrique Castro.**

En la foto 3, puede verse el resultado obtenido: Escroto reducido a un tamaño casi normal, lo mismo que el pene. Se puede ver perfectamente el prepucio remangado, dejando el glande al desnudo. Compárese con las figuras 1 y 2.

### BREVE COMENTARIO

Creo que se trata de un caso en el que se ha obtenido un resultado sumamente satisfactorio. Con una sola intervención se consiguió llevar al enfermo a un estado prácticamente normal. El tamaño de sus órganos genitales externos se ha reducido enormemente y el coito es practicado sin ningún inconveniente. Se ha hecho en el mismo acto operatorio, la cura operatoria de la hernia inguinal, para lo cual ha sido necesario variar en algunos puntos la técnica operatoria habitual.

La gran mayoría de los casos descritos, han necesitado una serie de operaciones escalonadas.

### BIBLIOGRAFIA

Es escasa, no he tenido tiempo de buscar detenidamente. A una búsqueda rápida pero comprendiendo gran cantidad de revistas y libros de la especialidad, sólo he encontrado:

Elefantiasis masculina. (Pene y escroto). — A. Pavlosky y A. Zabala Sáenz. Bol. de la Academia de Cirugía de Buenos Aires. Tomo XXIV, 1940. Página 101.

Antes de terminar debo hacer resaltar la colaboración de nuestro anatomo-patólogo Br. Enrique Castro, por la sencillez y autoridad que imprime a sus informes.

Lo mismo a nuestro practicante el bachiller Scasso, por la nitidez y justa interpretación de la técnica operatoria empleada, siguiendo fielmente las distintas etapas de la misma.

### DISCUSION

Dr. José May. — Sr. Presidente: Séame disculpada por la Mesa, representante de la Asamblea, y en especial por el Prof. Fossati, esta mi intervención fuera del orden protocolar, al interrumpir la lectura que

este colega está haciendo, y que explico por el hecho de que el enfermo cuya presentación hago debe reintegrarse de inmediato al Hospital Maciel.

Como Uds. ven es un caso de edema genital, peno-escrotal, en un enfermo que inicia su enfermedad venérea con doce chancros, que curan con el tratamiento inicial, pero esta cura no impide la aparición y desarrollo de ese edema, que no llamo elefantiasis, porque este nombre implica cronicidad.

Es una de las formas que revela, como he descrito, la asociación sífilo-poradenolinfitis (el examen ocular y la Frei fueron positivos).

Aunque el tratamiento reiniciado tras un breve descanso, fué más intenso, el enfermo presenta lesiones de sífilides en el prepucio y en el escroto, y el edema se hizo más grande. Aun se palpan ganglios ilíacos.

Me parecía que este caso completaba la sesión, en que los doctores Lockart y Fossati, daban a conocer sus observaciones de elefantiasis genital.

También la poradenitis produce elefantiasis genital, edema crónico, más frecuente en los genitales femeninos que en los masculinos, que es rara de acuerdo con lo visto y observado por todos los autores. En las págs. 193, 194 y 197 de mi Monografía, están reproducidas tres fotografías de enfermos de Coutts y de Jardim Núñez. Navarro Martín, Vigne, han registrado observaciones análogas, la de Vigne a los 28 años de un vaciamiento ganglionar.

Por el azar de la Clínica he podido ver varios casos (uno de ellos está incluido en el trabajo del Dr. Lockard, en que la elefantiasis se debía a agentes infectantes comunes. Las investigaciones han dado generalmente estreptococo hemolítico, alguna vez estafilococo. (Algunos de esos casos están reproducidos en los moulages N° 1663 y 1582 por estreptococo hemolítico y 1884 por edema poradénico y 1325 edema peniano de causa indeterminada, Museo de Anatomía Plástica del que soy Director).

Uno de los más curiosos casos es el de un joven que inició su proceso en un trauma de la pierna Derecha. Aunque cerró la herida, se inició el edema, que por brotes sucesivos, acompañados de fiebre, fué extendiéndose hasta infiltrar la piel del abdomen, acartonándola, y determinar la elefantiasis de los genitales. En la serosidad fué encontrado el estafilococo. (Ledesma, Inst. N. de Higiene).

Otras afecciones deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial, y son: micosis fougouide (casos de Pautrier y de May) linfogranulomatosis maligna (Sánchez Covissa) y retículo histocistoma generalizado de los ganglios linfáticos (Valente).

(Ver fichas bibliográficas en May. La Poradenolinfitis. Monografía. 1940, Conferencia 1943). Imp. El Siglo Ilustrado).

**Dr. Lockhart.** — En primer lugar quiero agradecer al Dr. Fossati sus conceptos elogiosos a nuestras consideraciones sobre patogenia y etiología; y en cuanto al tratamiento evidentemente, de acuerdo precisament

con ese estudio histológico que creemos que es fundamental para aclarar el estado anatómico de la lesión, debe ser casi seguramente en todos los casos, el tratamiento quirúrgico que ya lo hemos hecho en un caso que prometo traer en una próxima sesión y que también ha evolucionado muy bien y de una manera análoga al del Dr. Fossati.

En el primer caso se hizo el drenaje filiforme, asociando este tratamiento a la resección del frenillo y la circuncisión lo que ha permitido recuperar al individuo sus funciones sexuales, lo que es importante sobre todo por tratarse de una persona joven.

Hemos buscado en nuestros casos la posibilidad de la asociación del virus de Nicolás y Fabre. En un caso encontramos estreptococo y en otro caso estafilococo, cosa que ya era de presumir porque había una furunculosis como antecedente que ya había evolucionado desde hacía bastante tiempo. Hemos hecho la reacción de Frei en dos casos siendo negativa y en uno de ellos hemos buscado las reacciones oculares estudiadas por May y por los autores japoneses y también ha sido negativa, pero nos parece que es una cosa que siempre se debe tener en cuenta frente a este tipo de síndrome.

---