

## EL SINDROME DE ELEFANTIASIS PENE - ESCROTO PERINEAL (\*)

### *Su terapéutica quirúrgica*

*Dr. Luis A. Surraco*

Profesor de Urología de Montevideo

*Dr. Jorge Lockhart*

Profesor Agregado de Urología

La terapéutica quirúrgica del síndrome de Elefantiasis masculino tendrá por directrices:

- a) el concepto clínico,
- b) el concepto etiológico-patogénico,
- c) el concepto anatomo-topográfico,
- d) el concepto anatomo-patológico.

a) *El concepto clínico* deberá considerar un solo tipo pene-escroto-perineal con extensión más o menos marcada hacia el rafé peniano o hacia el rafé escroto-perineal pero que fundamentalmente toma asiento principal en esta última zona escroto perineal.

Sus caracteres son: (Láminas I - II)

1º Topografía escroto perineal regular y simétrica con pene chico o topografía escroto perineal con pene en trompa de elefante.

2º Saliente edematosa dura del rafé mediano pseudo-inflamatoria.

3º Pliegues escrotales conservados y aumentados en profundidad y muy espesados.

4º Piel gruesa donde aparecen tomados dermis e hipodermis.

5º Block espesado de piel dura, rígida, fibrosa como si se tratara de envoltura de cuero.

6º Epidermis depulida con aspecto mate y en descamación.

---

\*(\*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 4 de mayo de 1949.

7º *No se forma godet a la presión*; es decir *tiene dureza sin elasticidad* lo que implica que el proceso patogénico toma el dermis y su hipodermis en reacción fibrosa.

La topografía dérmica e hipodérmica como tumefacción simétrica escroto perineal, escamosa, verrugosa o pene escroto perineal a pene en trompa de elefante constituye el síndrome clínico objetivo; y si a ello, agregamos su evolución crónica “d’emblée” a iniciación infecciosa; a recaídas con crisis febriles y con éstasis linfática y fibrosis progresiva, tendremos el conjunto de elementos que caracterizan

el síndrome de elefantiasis masculina

(b) El concepto etiopatogénico llevará a plantear la división entre

|                          |                                                                                      |              |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| síndrome de Elefantiasis | $\left\{ \begin{array}{l} \text{nostras} \\ \text{o no nostras} \end{array} \right.$ | tipos mixtos |
|                          |                                                                                      |              |

refiriéndonos en este trabajo sobre la terapéutica quirúrgica a la primera categoría o sea el tipo de Elefantiasis nostras;

|                               |                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Síndrome patogénico linfático | $\left\{ \begin{array}{l} \text{inflamación con obstrucción linfática; estado anafiláctico; estado infiltrativo leucocitario llevando a la fibro-esclerosis;} \end{array} \right.$ |
|                               |                                                                                                                                                                                    |

(c) Concepto anatomo topográfico relacionado a la constitución del tabique y rafé mediano-pene-escroto-perineal.

Este aspecto referente a la topografía de los planos constituyentes de la zona del tabique y rafé medianos lo hemos tratado en nuestro trabajo “Procesos del ligamento suspensor” en el cual decíamos:

“Existe una formación mediana que apoya en el rafé cutáneo y se abre interiormente en forma de ángulo diedro como lo muestra (lámina V) y que lo constituyen las facies que describen simétrica y bilateralmente del ligamento suspensor y que después de recubrir las zonas pene escroto perineales convergen a terminarse en la citada zona del rafé”.

“En realidad el tabique escrotal forma parte integrante de una compleja formación que se deberá llamar tabique *pene-*

*escroto-perineal* y que consideramos particularmente para cada uno de los sectores viscerales que la integran.”

“En la región correspondiente a la bolsa escrotal el sistema del tabique se complica por la aparición de la formación del dartos que después de constituir la pared limitante de la bolsa afuera adelante y atrás hace lo mismo adentro, para seguir luego



LAMINA I.  
La deformación elefantiásica  
pene-escroto-perineal.



LAMINA II.  
Después de la intervención.

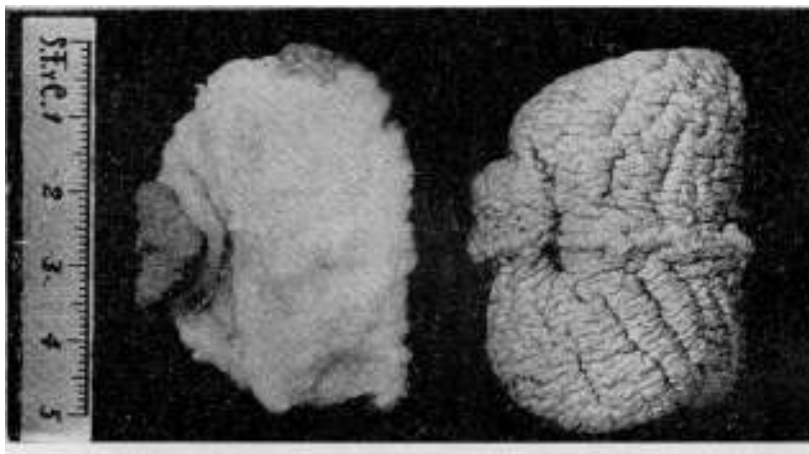
hacia arriba continuándose en una lámina del ligamento suspensor”.

“Y por lo tanto si hacia el exterior en la zona del rafé cutáneo esa formación del dartos iría a tomar parte en la constitución del llamado tabique escrotal y se pondría en contacto con las mismas formaciones que vienen del otro lado, en cambio se comprobaría que cuando se avanza en la profundidad ambas formaciones *dartoicas* correspondientes a cada *hemiescoto* se separan para constituir la lámina limitante externa de un diedro cuyo espacio estaría ocupado por la interposición del sistema fascial aponeurótico que viene del ligamento suspensor y que después de rodear bilateralmente las formaciones viscerales del pene y del periné anterior van a terminarse en la zona del rafé mediano.”

Bien podemos decir por lo tanto que ese *tabique de la bolsa*

na constituye la formación simplista descrita por los clásicos, integrada, solamente por el contacto de los dartos de ambos hemiescrotos sino que está constituida además como acabamos de exponer, por complejas formaciones fasciales que se interponen entre esos planos dartoicos separándolos y que vienen a terminar en esa zona después de recubrir los sectores pene-perineales.

Y como lo muestra claramente ese esquema que sacamos de



LAMINA III.

Aspecto macroscópico de la zona extirpada observado por su superficie externa e interna.

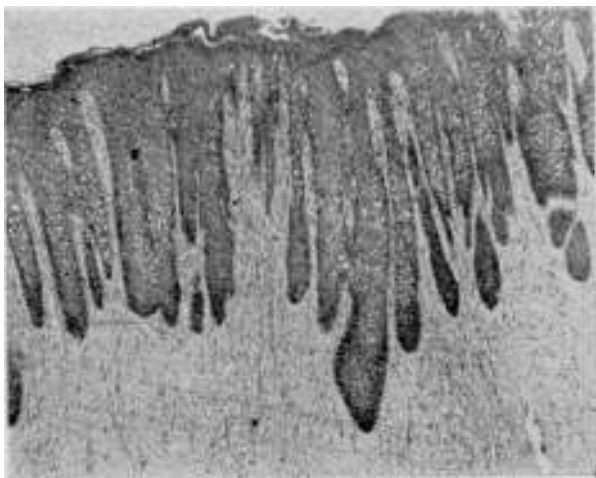
nuestro trabajo, es fácil comprobar en el terreno topográfico que ese complejo sistema fascial que constituye *esa zona llamada del tabique escrotal* depende de la formación única rectora de toda la ordenación topográfica perineal que es el ligamento suspensor.

(d) *Concepto anatómo-patológico* es consecuencia de la ordenación topográfica fascial arriba señalada, cuyas láminas se constituyen en porta vasos linfáticos.

Por ello, siendo las láminas formadoras del sistema del tabique mediano portadores de redes linfáticas, ellas llegarían a la zona del rafé estableciéndose relaciones linfáticas de contigüidad y de continuidad entre ambos hemiescrotos.

Es poco conocido el trayecto de los linfáticos regionales del rafé y sobre todo puede asegurarse que es peor conocido en lo referente a los planos del tabique. Las descripciones clásicas de

Sappey y de Charpy que son seguidas por los tratadistas, se refieren exclusivamente a las redes superficiales pero no a los planos profundos y por lo tanto si bien se acepta que existe relación amplia en la zona del rafé para esas redes superficiales no se hace referencia a la relación que las redes propias a cada hemiescrotal tienen entre ellas al integrar la zona profunda del tabique lo que se explica por otra parte por la manera simplista como considera la topografía del tabique.



LAMINA IV.

Microfotografía de la piel extirpada. Hiperplasia epitelial con intensa vacuolización en sus células. Tumefacción hidrópica.

Hemos insistido en nuestro trabajo citado que todos los procesos inflamatorios que toman cualquier sector correspondiente a las logias del ligamento suspensor repercuten tempranamente sobre la zona del tabique y del rafé cutáneo y por ello se comprobaría un mayor espesor y saliente regional:

en los procesos inflamatorios del pene;

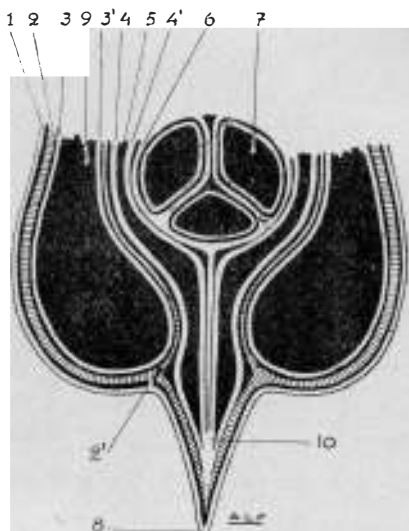
en los procesos inflamatorios perineales;

en los procesos inflamatorios del sistema genital de las bolsas por el hecho de tomarse al mismo tiempo el ligamento escrotal;

y es por ello que repercutiendo todos esos procesos en la zona del tabique-rafé que puede ser considerada el hilio linfático

*central*, todas sus alteraciones de tipo inflamatorio serán índices indicadores de lo que está pasando en las zonas viscerales.

Frente a los estados de evolución crónica que configuran los llamados síndromes de Elefantíasis, la zona del tabique mostrará alteraciones que siempre serán más marcadas allí que en las zonas paramedianas, lo que se deberá a la convergencia a esa



LAMINA V.

Esquema anatómico mostrando las fascies del ligamento suspensor en la zona del tabique de las bolsas. 1º Piel; 2 Dartos; 3-3' Sistema de Fascies de Scarpa; 4-4' Sistema de Fascie perineales limitando el espacio de Colles; 5 Espacio de Colles; 6 Fascies de recubrimiento del pene (Fascie de Buck); 7 cuerpos cavernosos; 8 Rafé; 10 Zona del tabique de las bolsas donde concurren las fascies escroto-pene-perineales.

topografía de las redes linfáticas cuyos troncos siguen trayectos recurrentes y encuentran además zonas declives que favorecen la organización de los procesos infiltrativos.

El estudio anatómico patológico de fragmentos tomados de esta zona muestra las alteraciones que se repiten con igual constancia y que son como hemos señalado más acentuadas allí que en cualquier zona limítrofe.

**Estudio histológico.**

El estudio histológico de la Elefantiasis escrotal permite apreciar caracteres que se repiten con cierta constancia en los diferentes casos. Las alteraciones son observadas en los distintos elementos *tisulares* que entran en la constitución de las bolsas. Es por ello que las vamos a analizar en:

1º *El epitelio de revestimiento.* (Láminas III - IV).

El epitelio malpighiano, en la mayor parte de los casos, aparece hiperplásico. Sus digitaciones se hunden en el tejido conjuntivo subyacente en forma exagerada proliferando de tal modo en algunos sitios que llegan a unirse fusionándose entre ellas y englobando islotes de tejido conjuntivo. En otras zonas puede quedar normal o casi y mismo, en ciertos casos, es atrófico, adelgazado, liso por el lado del corion con desaparición de sus papilas. En la superficie la queratinización puede ser normal o ligeramente exagerada.

En algunas circunstancias es dable observar un marcado estado vacuolar de los elementos celulares malpighianos directamente vinculado a la éstasis linfática. Las células presentan vacuolas en el interior de su protoplasma, que a veces lo hace desaparecer del todo, ya que desliza el núcleo hacia la periferia. Este aspecto es de grado variable de intensidad y en muchos casos falta.

2º *Las formaciones conjuntivas subepiteliales.* (Lámina IV).

La hipertrofia considerable de los elementos colágenos es el rasgo esencial y entre esta hipertrofia a veces masiva el corion puede verse escleroso y en degeneración hálina.

Algunas veces se le observa edematoso, con sus fibras dilaceradas. Similar aspecto se aprecia en la profundidad tanto en el tejido conjuntivo como en las fibras musculares lisas del dartos. La esclerosis puede llegar a ser pronunciada.

3º *Los elementos vasculares.*

En general los elementos vasculares sanguíneos y linfáticos aparecen dilatados: en los vasos sanguíneos se observa además

congestión pasiva más o menos marcada. Los linfáticos aparecen a veces dilatados y llenos de serosidad.

Las paredes vasculares sanguíneas en algunas circunstancias están espesadas y en degeneración hialina. Pueden también verse pequeñas hemorragias intersticiales.

#### 4º *Fenómenos infiltrativos.*

Son constantes. La infiltración celular predomina en la zona subepitelial y alrededor de los elementos vasculares. En el corion llega a ser intensa en algunos sitios y alrededor de los vasos forma verdaderos manguitos celulares. También puede verse cierto grado de infiltración difusa así como verdaderos acúmulos linfoides. Dicha infiltración se hace a expensas de células redondas predominando las de la serie linfocitaria y los plasmazellen, pudiendo verse también algunos polinucleados.

#### **Nuestra técnica operatoria.**

La intervención en todos los casos deberá respetar la localización topográfica fundamental del proceso patológico y por lo tanto

*deberá dirigirse ante todo sobre la zona topográfica del rafé mediano pene-escroto-perineal. Y nunca como se ve realizado en los clásicos sobre las zonas laterales de los hemiescrotos cuyo papel anatómico es secundario en la localización del proceso.*

Pretender como se ve por infinidad de procedimientos transportar el acto operatorio al terreno del hemiescroto abriendo la bolsa escrotal y seccionando amplios colgajos de piel y tejido celular y fascias escrotales y dejando los testículos visibles al aire es desviar el concepto anatómico clínico:

—por ser la lesión del hemiescroto repercusiones secundarias en el plano cutáneo del proceso que tiene asiento en el tabique y rafé mediano;

—porque el territorio del saco escrotal en su profundidad no toma parte en el proceso, que se detiene con tra el complejo sistema de las envolturas dartoicas y por lo tanto no hay por qué abrir las logias testiculares.

—porque con esas intervenciones se deja subsistente el centro



topográfico de la lesión que es la zona de hilio linfática pene escroto perineal; lo cual explica las recidivas de los operados y las operaciones iterativas con iguales resultados.

El mi mo hecho de tener que intervenir en ambos hemiescrotos prueba que se trata de lesión no circunscrita a una bolsa, y la intervención semejante de ambos lados sería, como lo es, poco explicable dejando subsistir en su integridad el "*trait d' union*" *anatómica* de ambos hemiescrotos que es el tabique-rafé-mediano. Posiblemente se ha partido de consideraciones de orden anatómico que muestra en las descripciones de muchos anatomistas los territorios de las bolsas independizados en la zona del tabique mediano, pero ni aún así se estaría autorizado a prescindir del criterio anatómico quirúrgico que muestra la relación linfática de ambos sectores al través de los plexos del rafé mediano cutáneo y subcutáneo.

Posiblemente el éxito obtenido en ciertos casos de extirpación amplia tomando ambos hemiescrotos se debe a que se ha extirpado al mismo tiempo la zona intermedio del tabique-rafé.

La intervención por lo tanto siendo dirigida contra la zona crucial del tabique y rafé "medianos":

—ataca en lo fundamental la topografía central de la lesión anatomo-patológica;

—y deja la repercusión a distancia sobre los planos cutáneos de los hemiescrotos por ser manifestaciones secundarias del gran proceso central.

Y los resultados de la intervención pondrán de manifiesto las aseveraciones de

—orden anatómico-patológico y topográfico señalado.

puesto que se podrá comprobar que cuando, de acuerdo a las orientaciones clásicas, se realiza el tratamiento de quelostomía uni o bilateral sobre las zonas paramedianas, se obtendrán frecuentes recidivas y la infiltración del rafé mediano no desaparecerá completamente en el mejor de los casos, mientras que cuando, de acuerdo a nuestro concepto, la intervención es dirigida únicamente contra el sector del tabique y rafé mediano, el proceso de eiefantíasis retrocederá rápidamente en las zonas laterales.

### Nuestra técnica.

Dos situaciones se presentarán:

1º Cuando es fundamentalmente tomada la zona del rafé escroto perineal sin mayor infiltración de la zona del pene;

2º Cuando ambas zonas están ampliamente tomadas, lo que constituirá la situación frecuente.

Para la primera situación podría detenerse la extirpación en la zona angular pene-escrotal, mientras que es necesario para la segunda abarcar ambos territorios; no obstante se comprobará que se obtendrán los mejores resultados para la primera situación extirpando también la zona intermedia pene-escrotal lo que es explicable porque la extensión en el territorio del rafé de la lesión no traduce íntegramente la extensión de la zona tomada en la profundidad.

Tiempos operatorios:

*1er. tiempo.* Se atraerá fuertemente toda la zona mediana traccionando sobre el rafé con lo cual se presentará al campo operatorio todo el territorio pene-escroto-perineal y entonces comprobando bien el espesor de las zonas proyectadas se limitará la extensión anterior y posterior de la extirpación.

*2do. tiempo.* (Lámina VI). Se abarcará toda la zona mediada de extirpación entre las hojas 1 ó 2 clamp de presion que deben ser lo *más poderosas posibles* para poder deprimir la zona infiltrada.

A este respecto y como lo muestra la lámina 2 se deberá tratar de abarcar una importante zona para la extirpación alrededor de 4 centímetros, siendo en general necesario poner uno de los clamps de adelante atrás y completando la limitación con el otro clamp colocado en sentido contrario.

Esta maniobra puede no ser fácil de realizar por tratarse de tejidos gruesamente espesados e infiltrados y que ofrecen sobre todo en los casos de larga evolución, una resistencia pétrea, por lo cual insistimos en la necesidad de emplear pinzas clamp de hojas muy espesas y poderosa resistencia, y en los casos que no se disponga de esos elementos será necesario hacer múltiples

limitaciones en escalera tomando parcialmente zonas más reducidas.

El empleo de los clamps limitantes es indispensable para la rápida realización de los tiempos siguientes: para impedir inútiles hemorragias y por otra razón fundamental y es que fal-

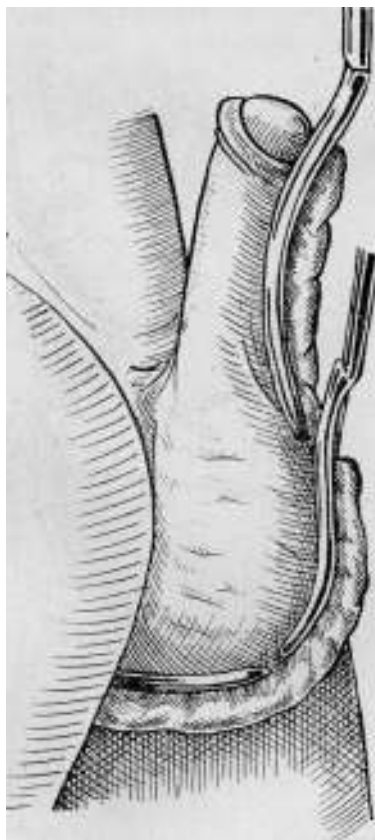


LÁMINA VI.

tando el clamp limitante los tejidos tienden a deprimirse y a huír en profundidad quedando entonces por lo tanto en las suturas solamente planos cutáneos y subcutáneos.

*3er. tiempo.* (Lámina VII). Pasaje de puntos en V con catgut muy grueso, del lado interno de las pinzas limitantes, abarcando zonas de 2 centímetros de ancho. Se deberá además observar como maniobras complementarias convenientes colocar un cigarrillo de

gasa en las ansas del hilo para evitar el corte de las zonas comprimidas.

*4º tiempo.* (Lámina VIII). Realizando el cierre de los puntos en V se seccionará a bisturí todo el espesor de tejidos que queda afuera de las zonas limitadas por las pinzas.



LAMINA VII.

Sacadas entonces las pinzas, quedará al descubierto toda la zona seccionada debiendo en este momento controlar algún vaso que hubiera podido escapar a los limitantes de las ansas en V.

*5º tiempo.* (Lámina IX). Sutura general de los bordes de la piel con hilo de crín.

De esta manera se realiza una amplia extirpación de la zona

mediana del territorio elefantiásico evitando dos grandes complicaciones:

—la abertura en profundidad de las zonas del tabique con el desplazamiento y dislocación de los planos que lo forman;

—las hemorragias profusas por vasos o en planos que son difíciles de controlar y que constituyen una gruesa complicación



LAMINA VIII

de las intervenciones de las zonas perineales cuando al mismo tiempo se extienden al territorio de la bolsa escrotal.

Cuando la intervención necesita ser extendida muy adelante en el territorio del pene, lo que es excepcional, se podrá observar dos indicaciones:

—una que se refiere a evitar compresión del tallo del pene por estiramiento causado por la piel seccionada, lo que puede indicar para casos extremos la necesidad de realizar una incisión de la piel dorsal del pene;

—otro lo representa el capuchón del prepucio que deberá evitarse pueda provocar fimosis o para-fimosis para lo cual cuando se presentaran esas situaciones, que insistimos serán excepcionales, deberá realizarse como mejor medida preventiva la



intervención complementaria de la circuncisión *sin extirpación del frenillo*.

Consideramos, de acuerdo a las nociones anatomo-clínica terapéutica sustentadas, que frente al síndrome de *Elefantiasis pene-escrotal* existen postulados a no desconocer:

1º que la zona del rafé mediano forma parte integrante del sector topográfico del tabique pene-escroto-perineal del cual representa su zona de unión externa;

2º que el sector topográfico del tabique está integrado por todos los fascias del ligamento suspensor que allí se terminarían después de haber formado las diferentes logias pene-escroto-perineales;

3º que los colectores linfáticos viscerales siguen esas láminas constituídas por lo tanto en sistema porta vasos;

4º que los procesos inflamatorios agudos o crónicos de cualquiera de esas regiones repercuten inmediatamente en la zona del tabique siendo mayores sus alteraciones infiltrativas a medida que se aproxima al rafé cutáneo.

5º que en los síndromes crónicos *llamados de Elephantiasis genitales, mejor llamados pene escrotos perineales*, es en esa zona donde se encontrará el máximo de lesiones anatómicas y máximo de signos clínicos, hecho más comprobable con la cronicidad y antigüedad del proceso.

Como lo ilustran los tiempos operatorios, esta intervención es fácil de realizar y evitará las complicaciones inmediatas consecutivas a las amplias intervenciones cruentas de las bolsas y sus resultados basados en los conceptos *anatomo-patológico-topográfico*, sentados y controlados por una amplia estadística, justifican nuestra orientación terapéutica y las críticas que hacemos a los procedimientos clásicos corrientes.

## SUMARY

The author studies the syndrom of the peni-scroto-perineal Elephantiasis and describes a personal process of surgical therapeutics.

Before all, he studies the Elephantiasis syndrom from a clinic-etiotopathogenic-anatomotopographic-anatomopathological poin of view — insisting upon the clinical concept — on the topography of the process in the middle peni-scroto-perineal zone — with oedemous projection of the raphé perinéal —with fattened folds— an thick-rigid skin which forms *godet*, that is, hard and unelastic; in the etiotopathogenical concept, he separates the deux types, being

the ones to which he refers, from the non nostras types; in the anatomotopographical concept he makes evident what refers constitution to the of the middling peni-scroto-perineal partition and raphe perineal, according to the conception amply developed by the authors in "The Fascias of the Suspensory Ligament".

In the anatomopathological concept, he insists that the whole ground of the process must be looked for in the zone of the middle peni-scroto-perineal partition and raphe perineal, because it is the zone where all the local lymphatics concur.

*The intervention must be directed, before all, upon the topographical peni-scroto-perineal middle zone and the raphé and never, as we see it done in the classic and modern processes, upon the lateral zones of the hermiscrotos, which anatomic role is secondary in the localisation of the process.*

The technique is illustrated by plates corresponding to the different operating times, which shows how easy they are to perform, and supports by means of statistic results the thesis sustained by the authors on the point of the topography of the process.

## RESUMEN

L'auteur étudie le syndrome de l'Eléphantiasis péné-scroto-périnéal et décrit un procédé personnel de thérapeutique chirurgicale.

Il étudie avant tout le syndrome de l'Elephantiasis du point de vue clinico-éthiopathogénico-anatomitopographico —anatomopathologique, en insistant sur le concept clinique —sur la topographie du procès dans la zone moyenne péné —scroto-périnéale— avec saillant oedémateux du raphé — avec plis grossis —et peau grosse-rigide, qui forme *godet*, c'est-à-dire qu'elle est dure, sans élasticité; dans le concept étiopathogénique, il sépare les *types nostras* des *types no-nostras*, les types nostras étant ceux auxquels il se réfère — dans le concept anatomotopographique, il met en évidence ce qui a rapport à la constitution de la cloison et du raphé péné-scroto-périnéal moyens, d'accord avec les vues développés amplement dans le travail des auteurs, "*Les fascias du Ligament Suspenseur*".



Dans le concept anatomopathologique il insiste sur le fait que tout le fond du procès doit être cherché dans la zone de la cloison et du raphé péni-scroto-périnéal moyen, car c'est la zone où s'assemblent tous les lymphatiques régionaux.

*L'intervention doit être dirigée avant tout sur la zone topographique du raphé et de la cloison péni-scroto-périnéals moyens, et jamais, comme on le voit réalisé dans les procédés classiques et modernes, sur les zones laterales des hermiscrotos, dont le rôle anatomique est secondaire dans la localisation du procès.*

La technique est illustrée par des gravures correspondant aux différents temps opératoires; ces gravures montrent combien faciles à accomplir sont ces temps, et la thèse soutenue par les auteurs au sujet de la topographie du procès s'appuie sur les résultats statistiques.

**Dr. Larghero.** — Yo quería pedirle a los urólogos aquí presentes su opinión sobre las intervenciones antiguas sobre esa afección; si no eran brillantes.

**Dr. Pereyra.** — Lo que ha aportado el Dr. Surraco a este respecto tiene un gran valor quirúrgico. Yo he tenido ocasión de ver algunos de los enfermos operados por el Dr. Surraco y realmente los éxitos obtenidos son mucho más notables que con las antiguas intervenciones; indudablemente no todo está vencido como dice el Profesor Surraco, sobre todo en cuestiones de elefantiasis del pene, pero parece que esa es una vía muy aceptable y que tiene su fase anatómica que la comprueba.