

Elefantiasis genital

Genital elephantiasis

Rocio del Carmen Gómez Fernández, Ricardo Fernández Rodríguez,
Ignacio Soto Iglesias, Coral Fernández Carballo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHOU). SERGAS. Ourense

Presentamos el caso de una patología poco frecuente como es la elefantiasis genital en la que existe afectación del escroto y del pene. Esta enfermedad se caracteriza por engrosamiento de la piel y tejido subcutáneo que envuelve a genitales producido como consecuencia de la obstrucción del drenaje linfático.

El diagnóstico diferencial de la elefantiasis genital se debe hacer con todo aquello que causa crecimiento anormal del área genital, procesos secundarios a radioterapia, neoplasias, causa infecciosas entre los que se han descrito la filariasis, tuberculosis, el linfogranuloma venéreo o donovanosis y la podoconiosis (enfermedad que causa elefantiasis en los valles altos de Etiopía consecuencia de linfedema por intoxicación por selenio, zirconio, berilio, lantanum en zonas basálticas y sulfurosas). En la revisión bibliográfica de los últimos 20 años tan sólo encontramos descrito un caso de fibromatosis idiopática que englobase a escroto y pene.

Caso clínico

Varón de 70 años, residió en Francia desde hace 4 décadas, sin viajes a otros países. Acude a consulta por hinchazón de pene y escroto (Fig1) desde hace 40 años.

A la exploración no presenta fiebre, ni adenopatías inguinales. La analítica no muestra eosinofilia, ni elevación de velocidad de

sedimentación, ni otros datos sugerentes de infección. La R.M.N (fig 2) demuestra un engrosamiento y edema difuso de piel y tejido celular subcutáneo en la región escrotal con extensión superior hacia región peneal y paralelo a los cordones espermáticos. Los testículos conservan su tamaño normal, observando una mínima cuantía de hidrocele. Cuerpos cavernosos y glande normales. Se solicitan serologías para filaria, chlamydia y lúes que fueron negativas. Así como la búsqueda de filarias, nocardia y micobacterias en el exudado uretral.

Tras descartar causa infecciosas y neoplásicas, se llegó a la conclusión de Elefantiasis verrucosa de etiología idiopática.

En todos los casos el tratamiento indicado es la resección quirúrgica, con el riesgo y la morbilidad que conlleva. Nuestro paciente decidió no someterse a cirugía; dado la cronicidad de la enfermedad, 40 años de evolución, y la ausencia de complicaciones locales, como úlceras o sobreinfección.

Discusión

La elefantiasis peneana y escrotal representan un desafío tanto diagnóstico como terapéutico. El edema crónico genital podría ser el resultado de una obstrucción linfática debido a anomalías congénitas, traumas, radioterapia, neoplásicas, 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 proceso de fibrosis intracanalicular³. Sin embargo, algunos autores han comunicado 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*.

Figura 1



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 descrito 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. 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.

A pesar de todas las posibles causas estudiadas, existen situaciones en donde no se puede determinar el factor causal, denominándose Fibromatosis Idiopática¹⁰,

El diagnóstico de elefantiasis idiopáticas es de exclusión; en nuestro caso, realizamos despistaje de tumores, así como de causa infecciosas más frecuentes.

El tratamiento de elección es la cirugía; dado la alta morbilidad de la misma y la cronicidad del proceso; el paciente eligió no operarse.

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. Yetman, 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, ClausG. Roehrborna: Idiopathic scrotal elephantiasis. *Urology* 2005; 65(2):389.
10. De Silva, A; De Silva Nava, A; Hernández, H: Elefantiasis genital secundaria a fibromatosis idiopática de las tunicas peno-escrotales. *Revista Mexicana urología*, vol64, N°4, Agosto 2004, 183-187.

Figura 2, 3 y 4

