

## **LINFEDEMA ESCROTAL: TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Dr. JOHN NOVOA R. \*  
Dr. LUCINDO PEREZ A. \*  
Dr. EDGAR CRESPO \*  
Dr. CARMELO BENEDETTO \*

Esta afección, cada vez más rara, puede ser sin embargo, motivo de consulta urológica y debe ser atendida con un criterio amplio, diagnóstico y terapéutico. Su importancia real está sustentada sobre el aspecto de rehabilitación social, más que cosmética. Estos enfermos son rechazados por la esposa, los amigos, y les resulta muy difícil obtener un empleo.

Las causas son variadas y pueden resumirse en el siguiente cuadro:

### **CUADRO I**

#### **LINFEDEMA ESCROTAL. ETIOLOGIA.**

##### **I Primaria:**

Aplasia o Hipoplasia de los Linfáticos.

##### **II Secundaria:**

1. Inflamatoria (TBC, linfogranuloma, periuretritis).
2. Parasitaria (oncocercosis, filariasis, bilharziosis).
3. Obst. Maligna.
4. Post-radiación.
5. Post-cirugía radical.

---

\* Del Servicio de Urología del Hospital Vargas de Caracas

Los agentes causales suelen destruir los ganglios y vías linfáticas superficiales en la zona inguino-crural. Esto provoca obstrucción y etasis, con acumulación del fluido linfático a nivel dermo-epidérmico y celular subcutáneo. Por otra parte, se produce un incremento de la actividad fibroblástica, todo lo cual conlleva al engrosamiento y endurecimiento de la piel. El proceso respeta las estructuras areolares, junto con los órganos, vasos y nervios, situados profundamente por debajo de la fascia de Buck.

La evaluación clínica del linfedema se basa en investigar las causas, mediante una cuidadosa historia clínica y la realización de exámenes complementarios: linfangiografía, biopsia ganglionar y cultivo del tejido, frotis de sangre tomada por la noche (para microfilarias), pruebas dérmicas para tuberculosis y filariasis.

## CUADRO II

### LINFEDEMA ESCROTAL.

#### DIAGNOSTICO

- Historia clínica.
- Linfangiografía.
- Biopsia ganglionar y cultivo.
- Frotis sangre (nocturna para microfilarias).
- Pruebas dérmicas (TBC - Filariasis).

#### Tratamiento pre-operatorio

Se corrige en lo posible la anemia y otras alteraciones hematológicas como la anemia falciforme. Si es necesario, se administrarán transfusiones. La Tuberculosis, debe ser tratada intensivamente antes de cualquier intento de reconstrucción quirúrgica. En los casos de uretritis y periuretritis, se realiza tratamiento antibiótico específico. Para derivarse la orina previamente y reconstruir la uretra, al mismo tiempo de la resección del proceso linfedematoso. Los pacientes irradiados, deben ser minuciosamente evaluados para descartar neoplasia residual o metastásica, mediante Rx de tórax, pruebas hepáticas y estudio Rx oseo.

Se recomienda una rigurosa limpieza con agua jabonosa la noche antes y la mañana de la operación. En el quirófano debe lavarse la zona operatoria durante unos 5 minutos y luego aplicar solución alcohólica.

#### Técnica quirúrgica

El éxito depende, en gran parte, de la prevención del hematoma e infección post-operatoria. Debe hacerse una exhaustiva hemostasia con ligadura o electrocauterio, y lavar la zona cruenta con suero fisiológico, varias veces, hasta tener plena seguridad de haber controlado el sangramiento.

La incisión respetará el colgajo de piel abdominal anterior, que ha sido traccionado por el peso del linfedema, pues ella servirá como elemento de reconstrucción. El cordón y testículos, son disecados cuidadosamente, junto con el tejido aerolar circundante, mediante incisiones a nivel de la región inguinal.

Estas estructuras son aisladas y protegidas con compresas húmedas durante la resección del linfedema. Luego son reubicados y cubiertos sin tensión por piel sana. Si no es posible, entonces pueden ser alojados en el tejido celular subcutáneo del muslo, en la región postero-interna y a distinta altura, para evitar traumatismo cuando el paciente se siente y cruce las piernas. A este nivel no se altera la espermatogénesis.

Cuando la piel del pene está envuelta, debe researse totalmente. La piel del prepucio, sana (drenaje linfático independiente), puede recubrir total o parcialmente el defecto, en cuyo caso se completa con un injerto libre de piel del muslo, que debe ser suturada dorsalmente para evitar una cuerda ventral (cuando hay retracción).

Cura compresiva, suave, y cierto grado de suspensión de los testículos, durante el post-operatorio. Cateterismo uretral, si la piel del pene ha sido reparada. El cateter debe dirigirse hacia el abdomen para evitar desplazamiento y dobleces del injerto, durante la cicatrización. Se dejará por 7-10 días. Los drenes se retiran a las 24-48 horas.

Se recomienda Penicilina 1.000.000 Uds. c/6 H. x 5 días, para evitar infección estreptocócica. En caso de infección o drenaje excesivo, deben hacerse cultivos.

### **Nuestro caso**

Un paciente de 61 años, natural del Edo Falcón, en muy buen estado general, contextura fuerte, dedicado al comercio y padre de seis hijos. Consultó en setiembre de 1972, por un tumor del pene y fue sometido a amputación subtotal (1/3 proximal), más vaciamiento celuloganglionar radical inguino-ilíaco bilateral por Ca. epidermoide St.1 (ganglios negativos). Egresó a los cuarente días con edema del escroto, bajo tratamiento con antibióticos, diuréticos y suspensorio. Reingresó un año después (octubre 1973), con voluminoso linfedema escrotal, que llegaba a nivel de las rodillas y dificultaba la marcha normal, pues tenía que arrastrar mucho peso y separar las piernas. Todo esto había provocado alteraciones psicológicas y socio económicas al enfermo, por no poder trabajar. Fue reevaluado completamente y se descartó neoplasia, infección, alteraciones hematológicas, etc., y se reintervino el 23-10-73. Se practicó extirpación total del escroto y su contenido (paciente de 62 años, con amputación del pene), conservando un colgajo de piel sana escroto-perineal, que sirvió para cubrir totalmente el defecto. Resultado inmediato satisfactorio. Anatomía Patológica: Linfedema (peso 6 kilos) y atrofia testicular. No hubo com-

plicaciones. Egresó a las dos semanas y está completamente reincorporado a sus actividades. El aspecto cosmético, es bastante bueno, dando la apariencia de unos genitales casi normales. Lleva seis meses de control.

### Comentarios

Nuestro paciente tenía ciertas particularidades:

1. Hizo un gigantesco linfedema escrotal, sin componente edematoso de los miembros inferiores, a diferencia de la mayoría de pacientes que hemos visto sufrir esta incapacitante enfermedad, después de cirugía ganglionar radical inguino-ilíaca. Esto nos animó a intentar la excéresis y reconstrucción, pues se trataba de una persona en perfectas condiciones físicas y mentales.

Por otra parte, estos hechos parecen apoyar la tesis de que la excesiva radicalidad en el cáncer del pene no se justifica, dada su lenta evolución, la rareza de metastasis a los ganglios ilíacos profundos y obturadores y el pobre resultado a largo plazo en aquellos enfermos con Mt.

El vaciamiento será realizado en los casos infiltrantes, mediante técnicas muy delicadas, con adecuada protección antibiótica y drenaje por aspiración.

2. La conservación de los testículos en nuestro caso tampoco se justificaba, por tratarse de un paciente de edad avanzada y sin órgano erectil. Sin embargo, se le notificó y firmó autorización escrita.

3. El gran volumen de la masa linfedematosa había desplazado la piel sana de las regiones vacinas, lo cual unido a la extirpación de los testículos, permitió una reconstrucción plástica con colgajo por rotación, relativamente sencilla.

### RESUMEN

Se hace una breve exposición sobre el linfedema escrotal, sus principales causas, patogenia, diagnóstico y tratamiento. Se presenta un caso tratado en el Servicio de Urología del Hospital Vargas de Caracas consecutivo a cirugía ganglionar radical inguino-ilíaca por Ca. epidermoide de pene. Comentamos las particularidades clínicas, las variantes de técnica quirúrgica y finalmente los resultados obtenidos en nuestro enfermo.

### BIBLIOGRAFIA

1. A. M. Eood and W. J. Kerr Jr.: Elephantiasis of the Penis and Scrotum. 36-507. Plastic and Reconstructive Surgery of the Genital Area. Ch. Horton, 1973.
2. Fogh-Anderson P. and Sørensen, B.: Surgical treatment of Genital Elephantiasis. Acta Quir. Scand. 124:539, \*1962.
3. Davey, W. W.: A companion to Surgery in Africa Edinburgh: Livingstone, 1968.
4. P. L. Brunce.: Scrotal Abnormalities. Urologic Surgery-Glenn. 56: 784-785, 1974.