

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

REGISTRADO COMO ARTICULO DE 2a. CLASE EN LA ADMINISTRACION GENERAL
DE CORREOS CON FECHA 13 DE ABRIL DE 1938

TOMO LXVIII

- JUNIO DE 1938

- NUMERO 3

TRABAJOS ACADEMICOS

Elefantiasis del Escroto

Por el Dr. JUAN CAMPOS KUNDHART, socio correspondiente
en Guadalajara, Jalisco *

El caso clínico que me atrevo a presentar a la consideración de ustedes, tiene cierto interés por no ser de observación muy frecuente entre nosotros, y por la magnitud, por la extensión de las lesiones que acompañan a los tejidos enfermos.

Existen relaciones estrechísimas, por no decir de identidad absoluta, en la patogenia de tres procesos patológicos, que en escala ascendente son: los edemas duros, los estados paquidérmicos y la elefantiasis. La fisio-patología y la anatomía patológica son las mismas en las tres afecciones que acabo de señalar.

La escuela de Wirchow enseñó, y así fué admitido por espacio de algún tiempo, que los edemas duros y la elefantiasis eran producidos por obstáculos que a su paso encuentra la circulación linfática. Y la clínica venía siempre, aparentemente, en apoyo de esa teoría. Es un hecho frecuente observar el desarrollo lento y gradual de los edemas duros en los miembros inferiores, después de amplias extirpaciones ganglionares en la región inguinal; trátase de adenitis tuberculosas, granulomatosas, o de cualquiera otra naturaleza. Pero la orientación etiológica se ha modificado fundamentalmente. En la actualidad, admitiendo que tiene un valor innegable aquel factor causal,

* Leído en la sesión del 3 de noviembre de 1937.

está probado experimentalmente que por sí solo es insuficiente para producir los procesos patológicos que estudiamos. La extirpación completa de los ganglios de una región; la inyección de sustancias coagulables en los vasos linfáticos, apenas si han ocasionado, en animales de laboratorio, un edema transitorio que desaparece con una rapidez sorprendente.

La experiencia de Halsted y Reichert es una prueba contundente. Estos habilísimos investigadores practicaban en los animales la amputación alta de un miembro, incorporándolo inmediatamente después al sitio de donde lo habían desprendido. Hicieron la sutura de todos los tejidos, dejando seccionados totalmente los vasos linfáticos y venosos. Mediante la pericia de los operadores, lográbase que el miembro no se gangrenara. En éste aparecía un edema enorme, pero fugaz. Bastaba un lapso muy corto, de pocos días, para que mediante el examen radiográfico, se apreciara la intensa neo-formación de canales venosos y linfáticos, suficientes para asegurar la circulación perfecta del miembro, víctima de semejante audacia quirúrgica.

Por tanto, como dice un eximio patólogo español, las causas mecánicas no bastan para producir las lesiones elefantíasicas, ni siquiera las del edema crónico duro. Precisa encontrar otras raigambres etiológicas, y éstas las hallamos en los trastornos físico-químicos de los tejidos. Esta modificación tisular, por lo que al tejido conjuntivo se refiere, ávido siempre de líquidos, puede depender de dos causas: la necesidad en sus coloides de una mayor cantidad de agua (hiperonquía), o el aumento de su poder osmótico. La primera modalidad patológica, en relación con alteraciones endócrinas, no nos interesa; la segunda, la que engendra el aumento de la presión osmótica, es la nuestra, porque es la que produce los edemas inflamatorios. Este aumento de la presión osmótica es debido a la mayor concentración molecular en los tejidos inflamados. Existe, además, otro factor importantísimo: la alteración de las paredes capilares, que permite el paso de albúminas coagulables que van a formar parte principalísima de lo que se nombra exudado inflamatorio. Y este proceso crónico, ininterrumpido, o el ataque sucesivo de formas agudas, son las que a la postre ocasionan las lesiones definitivas que constituyen la elefantiasis.

Actualmente ha desaparecido la noción etiológica de que la elefantiasis de los árabes sea debida a la obstrucción de los linfáticos

por la filaria Branceoft. La filaria, lastimando la integridad funcional y anatómica de esos vasos, favorece y fija allí una infección banal, una invasión estreptocócica. Y la marcha clínica del padecimiento no es otra cosa que una larga serie de brotes erisipelatosos.

Relataré brevemente la historia del enfermo, objeto de nuestro estudio. Individuo de 67 años de edad. Como antecedentes personales dignos de hacerse notar, confiesa que fué alcohólico hasta hace treinta años. A los 16 de edad sufrió una infección venérea: tuvo tres ulceraciones chanerosas en el glande, y una adenitis inguinal supurada, padecimientos de los que curó sin ninguna intervención médica. Las reacciones de Wassermann y de Kahn son en la actualidad negativas. Hace seis años comenzó a sufrir una dermatosis del escroto, acompañada de intenso prurito y sensación de quemadura. Esta inflamación, que existía en toda la región de las bolsas y se propagaba hacia arriba a las regiones inguinales, producía una infinidad de pequeñas vesículas transparentes que, al abrirse, derramaban constantemente un líquido viscoso, y se transformaban en pequeñas ulceraciones de profundidad variable. Durante la evolución de este proceso, llegó un momento en que los dolores en la región se hicieron insoportables; tuvo el enfermo fiebre durante algunos días y, obligado a consultar a un médico, éste le practicó una incisión en la parte superior izquierda del escroto, que dió salida a gran cantidad de pus. Y la incisión quirúrgica se transformó en trayecto fistuloso que en la actualidad persiste. A medida que la región escrotal aumentaba de volumen, el pene retrayéndose, por hundimiento progresivo, acabó por desaparecer completamente.

La dermatosis húmeda, origen del padecimiento actual, desapareció por completo hace tres años. De seis meses data la aparición de un tumor vegetante desarrollado en el sitio que ocupara el glande, y que en la actualidad ha alcanzado proporciones enormes, como puede verse en la fotografía núm. 1.

La emisión de la orina se efectúa sin molestia alguna.

En la actualidad, la piel del escroto, de coloración muy oscura, es áspera, seca, dura, y alteraciones idénticas se notan en las regiones inguinales y en la parte inferior del vientre. El aumento extraordinario de esas regiones puede apreciarse bien en la misma fotografía núm. 1.

Se practicó una biopsia del tumor vegetante y de un pequeño papiloma desarrollado cerca del orificio fistuloso del escroto, y los resultados del examen histológico constan en las notas insertadas al final de este trabajo. Los dos eran de naturaleza benigna.

Practicando la palpación de las bolsas, se tocaba un tejido duro, casi leñoso, que formaba la masa de aquella enorme tumoración. Imposible percibir ni testículos ni epidídimos. La misma coraza hacía inútil toda tentativa de exploración en los canales inguinales.

Mediante una doble incisión circular se practicó la resección de la piel y del tejido celular subcutáneo, en torno del papiloma, lo que permitió descubrir la extremidad del pene. El punto de implantación del tumor estaba en la parte izquierda del surco balano-prepucial. Después de extirpado el neoplasma se hizo la circuncisión. Todo el glande hundido antes y cubierto por el papiloma, se exteriorizó fácilmente. Se procedió en seguida a practicar la más amplia resección posible de los tejidos elefantiásicos del escroto. Pero antes de llevarlo a cabo, me cercioré del estado en que se encontraban testículos y anexos, haciendo una incisión de cada lado del rafé, hasta descubrir dichos órganos: vaginal, testículos y epidídimos tenían aspecto normal; y estaban colocados muy cerca del orificio externo del canal inguinal.

Mediante dos incisiones curvas, de concavidad interna, que abarcaban toda la longitud del escroto y se tocaban por sus dos extremidades, se hizo la extirpación de la enorme masa neoplásica. Debajo de la piel se encontró un tejido muy duro, de color blanco brillante, del que brotaba, al seccionarlo, una abundante cantidad de líquido transparente como el agua. El espesor de este tejido era de 22 centímetros. Después, las tónicas del dartos, blandas, empapadas en el mismo líquido, se resecaron previa sutura circular.

La amplitud de los colgajos se ajustó exactamente al tamaño indispensable para que pudieran ponerse en contacto. Pero a pesar de esto, y de haber resecado una buena parte del tejido conjuntivo subcutáneo de dichos colgajos, el volumen del escroto no pudo reducirse hasta el punto de adquirir sus dimensiones normales. Esto no obstante, las condiciones de vida del enfermo han cambiado totalmente. Antes de la operación le era imposible andar; apenas si en posición penosa podía permanecer de pie unos momentos. Ahora se levanta con facilidad de la cama, y desempeña sin molestias el trabajo a que

se dedica. La orina que antes brotaba de la periferia del enorme tumor que cubría el meato, humedeciendo el escroto y bañando hasta los miembros inferiores, se emite actualmente en condiciones normales.

La fotografía núm. 2 fué tomada pocos días después de la operación.

En seguida inserto el resultado de los exámenes anatómo-patológicos y las micro-fotografías, trabajos que, como dije anteriormente, fueron practicados en los laboratorios de la Facultad de Medicina.



Figura 1.

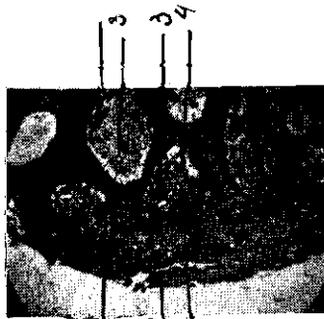


Figura 2

EXAMENES ANATOMO-PATOLOGICOS ¹

PIEZAS: Piel del escroto.—Papiloma de las inmediaciones de una fistula del escroto.—Tejido conjuntivo del escroto.—Papiloma implantado en la extremidad del pene.

¹ Las investigaciones de histología patológica y las micro-fotografías que acompañan a este modesto trabajo, las debo a la gentileza del señor doctor Roberto Mendiola, quien por su pericia y vastos conocimientos es honra de la cátedra que en la Facultad de Medicina desempeña.



1. Capa córnea queratinizada.—2. Capa de células malpighianas.—3. Vasos con células endoteliales tumefactas y paredes infiltradas por plasmocitos.—4. Tejido conjuntivo abundante en plasmocitos y haces fibrilares conjuntivos.

Nº 1.—PAPILOMA EPIDERMICO DE LA PIEL DEL ESCROTO.



1
2
3
4

Nº 2.—PAPILOMA EPIDERMICO DE LA PIEL DEL PENE.



1.
2.
3.
3

Nº 3.—TEJIDO CONJUNTIVO DEL ESCROTO.

1. Vaso inflamado.—2. Haces colágenos.—3. Fibras musculares es-triadadas.

1º **Piel del escroto:** La hiperplasia epidérmica se manifiesta por el engrosamiento notable de las capas constitutivas de la piel, que en la basal Malpighio provoca la formación de cordones que se hunden profundamente en el dermis, anastomosándose de cuando en cuando. En cuanto al tejido conjuntivo dérmico se observa de aspecto cicatricial con abundantes hacecillos conjuntivos y muy pocos fibroblastos. Los vasos son abundantes y observamos sus células endoteliales tumefactas e hinchadas, y de cuando en cuando algunos plasmocitos a su alrededor.

2º **Papiloma del escroto:** Era una pequeña lesión vegetante de la piel, de forma redonda, sesil, como de medio centímetro de elevación. La trama celular está constituida por un tejido epitelial en forma de trabéculas separadas entre sí por escasa cantidad de tejido conjuntivo; pero conservando el conjunto típico de las capas constitutivas del tegumento cutáneo. En efecto, distinguimos la capa generadora de Malpighio con sus células jóvenes orientadas correctamente y que se diferencian hacia el centro de las trabéculas epiteliales, elaborando frecuentes y abundantes hilos comunicantes. Hacia la periferia de la vegetación epidérmica las células epiteliales correspondientes al extracto lucidum se queratinizan rápidamente y quedan reducidas a delgadas escamas epidérmicas. El tejido conjuntivo está constituido por algunos hacecillos fibrilares entre los cuales distinguimos plasmocitos y uno que otro polinuclear. Los vasos son abundantes e invariablemente alterados por las lesiones inflamatorias que lo hacen aparecer con sus células endoteliales alteradas y de cuando en cuando sus paredes infiltradas por linfocitos, plasmocitos y polinucleares.

3º **Tejido conjuntivo:** Se presenta de aspecto cicatricial en donde abundan las fibras conjuntivas muy regularmente orientadas en un sentido paralelo al de la superficie cutánea. Son muy escasas las células conjuntivas. Los vasos son abundantes y sus paredes dilatadas e invariablemente alteradas por las lesiones inflamatorias.

4º **Vegetación de la extremidad del pene:** El tejido epitelial dérmico se dispone en forma de papilas que se hunden irregularmente en el tejido conjuntivo en forma de gruesas masas que no se anastomosan entre sí. La orientación de las diversas capas epidérmicas se conserva con pocas alteraciones. El tejido conjuntivo, como en la pieza núm. 2

(papiloma del escroto), es poco denso y constituido por algunas fibras conjuntivas, fibroblastos, células inflamatorias y vasos abundantes con paredes irritadas por la misma inflamación.

CONCLUSIONES

1ª El tejido conjuntivo y el epitelial guardan entre sí relaciones típicas alteradas morfológicamente por la coincidencia de lesiones inflamatorias crónicas que llevan consigo alteraciones tróficas de la piel.

2ª Los tegumentos del escroto están fuertemente engrosados, tomando el tejido conjuntivo subdérmico un aspecto cicatricial.

3ª La causa de estas alteraciones es probablemente un agente microbiano banal que ha obrado por largo tiempo.

4ª No tiene apariencia ni señales de una producción neoplásica.

5ª Las lesiones vegetantes observadas en el pene y en el escroto son inflamatorias e hiperplásicas y por tal motivo las consideramos como papilomas inflamatorios de la piel.

El Bazo, Organó Almacenador y Movilizador de Sangre y Factor Principal de las Poliglobulias Agudas

Por el Dr. J. J. IZQUIERDO *

Para dar comienzo a la serie de estudios que viene dedicando a la fisiología del bazo, el señor doctor don Fernando Ocaranza escribió una primera memoria dedicada a la necesaria revisión de antecedentes. "con el fin muy principal de saber si tendrían fruto las observaciones y experiencias que se proponía realizar" (Ocaranza, 1936, pág. 16).

Escribió textualmente en dicha memoria—publicada en febrero de 1936—que "se ha tomado el bazo, a título de órgano que desempeñaría papel indiscutible en la distribución de los elementos figu-

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 17 de noviembre de 1937.