

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"ROBERTO RODRIGUEZ FERNÁNDEZ"  
MORÓN****Linfedema crónico escrotal****Chronic scrotal lymphedema**

Carlos Manuel Gómez Hernández<sup>I</sup>, Regino Pérez Hernández<sup>II</sup>, Oscar Marcelo Román Morales<sup>III</sup>.

---

**RESUMEN**

**Introducción:** el linfedema crónico es una afección de los vasos linfáticos. Puede ser primario debido a hipoplasia linfática, o secundario por obstrucción o rotura de los vasos linfáticos. Entre sus complicaciones están las de tipo infeccioso como la linfangitis, los trastornos tróficos y las neoplasias.

**Objetivo:** presentar el caso de un paciente con linfedema crónico primario escrotal y elefantiasis en la extremidad inferior izquierda, de importancia por la repercusión de las condiciones sociofamiliares de vida en su evolución.

**Presentación del caso:** paciente masculino, blanco, de 57 años, con aumento de volumen en ambas extremidades inferiores –mayor en la izquierda– y en el escroto. Presenta una lesión ulcerosa en los testículos, con secreción maloliente de color verde amarillento, fiebre, pérdida de peso e inapetencia. Fue tratado con antibióticos, curas locales y la nutrición adecuada. Ante la mejoría de la lesión se decidió darle el alta hospitalaria, con recomendaciones profilácticas.

**Discusión:** la enfermedad de este paciente se inició a los siete años de edad, por lo que se trata de un linfedema primario precoz. No se le realizaron los estudios genético ni genealógico familiar. El padecimiento de linfangitis aguda recidivante y la gravedad de la enfermedad, causante de invalidez total, fueron los rasgos clínicos más sobresalientes.

**Conclusiones:** el tratamiento del linfedema crónico no es curativo, y en el caso de este paciente sus condiciones de aislamiento sociofamiliar dificultan una mejoría sostenida. De ahí que se le indicaran medidas profilácticas para evitar la progresión y el empeoramiento de su enfermedad.

**Palabras clave:** LINFEDEMA/diagnóstico, LINFEDEMA/complicaciones, LINFEDEMA/prevención y control, ESCROTO/fisiopatología, ESCROTO/lesiones, INFORMES DE CASOS.

**ABSTRACT**

**Introduction:** chronic lymphedema is a condition of the lymphatic vessels. It can be primary due to lymphatic hypoplasia, or secondary due to obstruction or rupture of the lymphatic vessels. Among its complications are those of infectious type such as lymphangitis, trophic disorders and neoplasms.

**Objective:** to present the case of a patient with chronic primary scrotal lymphedema and elephantiasis in the left lower limb, of importance due to the repercussion of socio-family living conditions in its evolution.

**Case presentation:** male patient, white, 57 years old, with increased volume in both lower extremities -major in the left- and in the scrotum. It presents an ulcerous lesion in the testes, with malodorous yellowish-green secretion, fever, weight loss and inappetence. He was treated with antibiotics, local cures and proper nutrition. In view of the improvement of the lesion, it was decided to discharge him, with prophylactic recommendations.

**Discussion:** the disease of this patient began at seven years of age, so it is an early primary lymphedema. No genetic or genealogical family studies were carried out. The condition of recurrent acute lymphangitis and the severity of the disease, causing total disability, were the most outstanding clinical features.

**Conclusions:** the treatment of chronic lymphedema is not curative, and in the case of this patient its socio-familiar isolation conditions hinder a sustained improvement. Hence, prophylactic measures were indicated to prevent the progression and worsening of his disease.

**Keywords:** LYMPHEDEMA/diagnosis, LYMPHEDEMA/complications, LYMPHEDEMA/prevention and control, SCROTUM/physiopathology, SCROTUM/injuries, CASE REPORTS.

- I. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar y Consultante. Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández", Morón. Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Especialista de Primer Grado en Angiología y Cirugía Cardiovascular. Profesor Instructor. Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández", Morón. Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández", Morón. Ciego de Ávila, Cuba.

## INTRODUCCIÓN

El linfedema crónico es una afección de los vasos linfáticos. Puede ser primario debido a hipoplasia linfática, o secundario por obstrucción o rotura de los vasos linfáticos.<sup>(1,2)</sup> En ambos casos la acumulación de linfa en los espacios intersticiales causa un edema de consistencia elástica y aspecto de piel de naranja, que no deja fovea. Entre sus complicaciones están las de tipo infeccioso como la linfangitis (causada por estreptococo beta hemolítico), los trastornos tróficos y las neoplasias como el síndrome de Stewart-Treves (linfangiosarcoma insertado sobre un linfedema crónico).<sup>(3,4)</sup>

Los linfedemas primarios son hereditarios y raros. Varían según el fenotipo y la edad del paciente. Su aparición antes del año de edad se debe a aplasia o hipoplasia causada por la enfermedad de Milroy, de origen autosómico dominante (mutaciones del gen VEGFR3). En ocasiones se asocia a ictericia colostática, edemas y diarreas por enteropatía con pérdida de proteínas (esta a su vez es producida por linfangiectasia intestinal).<sup>(4-6)</sup>

Los linfedemas precoces aparecen en pacientes de edades entre dos y 35 años, generalmente mujeres en el período menstrual o gestacional. Una de sus causas es la enfermedad de Meige familiar autosómica dominante, atribuible a la mutación de un gen del factor de transcripción (FOXC2), asociada a distiquiasis (aparición de una segunda fila parcial o completa de pestañas en los orificios de las glándulas de Meibomio o ligeramente detrás), paladar hendido y edema de las extremidades superiores e inferiores (en ocasiones facial).<sup>(6,7)</sup>

Los linfedemas primarios pueden estar asociados a los síndromes de Turner y Noonan, además de a uñas amarillas y linfangiomatosis.<sup>(4,7)</sup> El linfedema tardío o secundario aparece a partir de los 35 años de edad y entre sus factores desencadenantes se identifican: linfangitis recidivantes, filariasis (la causa más frecuente en el mundo), cánceres de próstata y mamas, linfomas, o intervenciones quirúrgicas y radioterapia, tuberculosis, dermatitis de contacto, embarazos y el linfedema autoinducido o facticio por la aplicación de torniquetes.<sup>(1,7-9)</sup>

Este trabajo tiene como objetivo presentar el caso de un paciente con linfedema crónico primario escrotal y elefantiasis en la extremidad inferior izquierda, de importancia por la repercusión de las condiciones sociofamiliares de vida en su evolución.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, blanco, de 57 años, con aumento de volumen en ambas extremidades inferiores –mayor en la izquierda– y en el escroto. Presenta una lesión ulcerosa en los testículos, con secreción maloliente de color verde amarillento, fiebre, pérdida de peso (no precisada) e inapetencia. Producto de su estado no le es posible caminar y permanece postrado en cama. Es poco comunicativo y no coopera en la anamnesis por lo que no refiere antecedentes patológicos personales o familiares.

La trabajadora social del hospital obtuvo la siguiente información: vive solo, su familia no lo atiende. Recibe por Bienestar Social una pensión de 200 pesos y servicio de comedor. No tiene cuidador asignado y es asistido por sus vecinos.

Por un miembro de su familia (primo) se conoció que el paciente tiene antecedentes de aumento de volumen del escroto y la extremidad inferior izquierda desde los siete años de edad. También ha tenido episodios repetidos de linfangitis aguda. Ante esta situación se decidió su ingreso para estudio y tratamiento.

**Examen físico:**

El paciente pesa 77 kg. No se pudo comprobar su talla porque está impedido de moverse solo y mantenerse de pie. Presenta mucosas y piel hipocoloreadas, faneras, onicodistrofia, y alopecia frontal y axilar. En la palpación del tejido celular subcutáneo se evidenció edema duro sin el signo de la fóvea. Se observaron zonas hiperqueratósicas cicatrizales e hiperpigmentadas en los miembros inferiores, con predominio en el izquierdo (de aspecto elefantiásico), que alcanzan el escroto –aumentado de tamaño– y una úlcera de aproximadamente 15-20 cm de diámetro, de fondo limpio y sin signos de infección (figura 1). El escroto pesó 25 kg (56,25 lb).



Figura 1. Aspecto del linfedema escrotal. Obsérvese la elefantiasis en la pierna izquierda.

El examen físico del sistema cardiovascular evidenció ruidos rítmicos y bien golpeados, tensión arterial de 140/80 y frecuencia cardíaca de 88/min. Durante la exploración del abdomen, se apreció plano y sin visceromegalia, con ruidos hidroaéreos normales.

**Exámenes complementarios:**

En la radiografía de tórax no se observaron alteraciones pleuropulmonares. El electrocardiograma resultó normal. En el hemograma y en el diferencial inicialmente se detectaron infección y anemia ligera. La transaminasa glutámico oxalacética (TGO) dio 21 u/L, la transaminasa glutámico pirúvica (TGP) 30 u/L y la creatinina 125 mm/L. En el ultrasonido renal no se observaron alteraciones en los riñones, y la vejiga presentó un volumen de 134 cm<sup>3</sup>.

El paciente estuvo ingresado tres semanas, y recibió atención interdisciplinaria por especialistas en urología y angiología. Fue tratado con antibióticos, curas locales y la nutrición adecuada para su estado. Se valoró la posibilidad de tratamiento quirúrgico, pero ante la mejoría de la lesión escrotal se decidió darle el alta hospitalaria.

Se le dieron indicaciones precisas para evitar recidivas de la linfangitis aguda y disminuir el edema:

- Mantener una buena higiene de los pies y secarlos correctamente.
- Realizar actividades físicas que impliquen la elevación de los miembros inferiores.
- Usar emolientes para combatir la sequedad de la piel de la zona afectada.
- Tratar las infecciones fúngicas que se presenten.
- Profilaxis antibiótica.
- Fisioterapia para facilitar el drenaje del líquido acumulado.
- Usar medias de compresión para reducir el volumen del edema en posición erecta.
- Hacer compresión neumática intermitente con dispositivos adecuados.
- No usar diuréticos (disminuyen el volumen intravascular).

Por otra parte existe la posibilidad, mediante la técnica de microcirugía anastomósica, de hacer una derivación del vaso obstruido al sistema venoso.

## DISCUSIÓN

Para el diagnóstico del linfedema crónico es preciso tener en cuenta el origen incierto de la enfermedad (más fácil de precisar al inicio), las complicaciones y enfermedades asociadas. En este caso se añade la dificultad de tratarse de un paciente solitario, poco sociable, que no coopera en la anamnesis.

La enfermedad en este paciente tuvo un inicio temprano: según el familiar que aportó la información el aumento de volumen del escroto y la extremidad inferior izquierda datan de los siete años de edad. De acuerdo a este antecedente, se pudo afirmar que el paciente padece de linfedema primario precoz. Como limitación en el estudio de este caso se señala que no se pudo precisar más el diagnóstico porque no se realizaron los estudios genético ni genealógico familiar. El padecimiento de linfangitis aguda recidivante y la gravedad de la enfermedad, causante de invalidez total, fueron los rasgos clínicos más sobresalientes.

Un antecedente histórico de interés acerca del tratamiento quirúrgico de esta dolencia en Cuba data del 17 de septiembre de 1882. Se refiere a un paciente con elefantiasis del escroto de grandes proporciones, intervenido quirúrgicamente en la Casa de Salud "Quinta del Rey" (La Habana) por el Dr. Casimiro Sáez. El peso del escroto, deducido del peso del paciente antes y después de la intervención, fue de 121,5 libras.<sup>(10)</sup>

## CONCLUSIONES

El tratamiento del linfedema crónico no es curativo, y en el caso de este paciente sus condiciones de aislamiento sociofamiliar dificultan una mejoría sostenida. De ahí que se le indicaran medidas profilácticas para evitar la progresión y el empeoramiento de su enfermedad.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dee R. Trastornos venosos y linfáticos periféricos. En: Porter RS, Kaplan JL, Homeier BP, editores. En: Manual Merck de signos y síntomas del paciente. Diagnóstico y tratamiento. 11na ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 812-23.
2. Creager MA, Loscalzo J. Enfermedades vasculares de las extremidades. En: Longo DL, Fauci DS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison .Principios de Medicina Interna. 18va ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2012. p. 2066-76.
3. Rozman C. Angiología e hipertensión arterial. En: Rozman C. Compendio de medicina interna. 2 ed. España: Harcourt; 2000. p. 191-192.
4. Llanio Navarro R, Lantigua Cruz A, Batule Batule M, Matarama Peñate M, Arús Soler E, Fernández Naranjo A, et al. Síndrome. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
5. Pinar Sánchez J, Del Valle Apastequi R, Barba Romero MA, Solera Santos JJ. Nematodosis (I): filariasis. Medicine [Internet]. 2014 [citado 12 Jun 2015];11(53): 3099-3180. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0304541214707498/1-s2.0-S0304541214707498-main.pdf?\\_tid=c3d9ce96-f5d9-11e5-8875-00000aab0f27&acdnat=1459275314\\_ab611dc04fc9c629ceb65e36687dbb7c](http://ac.els-cdn.com/S0304541214707498/1-s2.0-S0304541214707498-main.pdf?_tid=c3d9ce96-f5d9-11e5-8875-00000aab0f27&acdnat=1459275314_ab611dc04fc9c629ceb65e36687dbb7c)
6. Schirger A, Harrison EG, Janes JM. Idiopathic lymphedema. Review of 131 cases. JAMA. Oct 1962;182(1):14-22.
7. Diemert DJ. Infecciones por nematodos tisulares. En: Goldman L, Schafer AI, editores. Cecil y Goldman. Tratado de Medicina Interna. 24ta ed. Madrid: Elsevier España; 2013. p. 2073-86.
8. Povar Echeverría M, Auquilla Clavijo PE, Vela Moreno J, Navarro Beltrán P. Linfedema crónico: a propósito de un caso. Atalaya Médica Turolense [Internet]. Jun 2017 [citado 1 Ago 2017];11:37-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6121310.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública (Cuba). Anuario Estadístico de Salud 2014 [Internet]. La Habana:

Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2015 [citado 12 Jun 2015].  
Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>

10. Gamir J. Caso notable de elefantiasis del escroto. La Gaceta de Sanidad Militar [Internet]. Ene 1883 [citado 19 Mar 2018];IX:34-6. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/pdf.raw?query=parent%3A0003506824+type%3Apress%2Fpage&name=La+Gaceta+de+sanidad+militar.+25-1-1883>
- 

**Recibido:** 20 de octubre de 2016

**Aprobado:** 27 de marzo de 2018

MsC. Oscar Marcelo Román Morales  
Hospital General Docente "Roberto Rodríguez Fernández"  
Calle Zayas s/n, esquina Libertad. Morón. Ciego de Ávila, Cuba. CP.67210  
Correo electrónico: [marc60@infomed.sld.cu](mailto:marc60@infomed.sld.cu)