

# Elefantiasis Verrucosa Nostra

Wafa Elgeadi Saleh<sup>1</sup>, Jesus Herraiz Jimenez<sup>2</sup>, Nahum Jacobo Torres Yebes<sup>2</sup>.

---

### Resumen:

Presentamos el caso de una paciente de 58 años con una patología poco frecuente, conocida como Elefantiasis Verrucosa Nostra (EVN), siendo ésta la fase final de un linfedema persistente no filariásico, causado por un mal drenaje linfático, especialmente de miembros inferiores, que debido a la inflamación crónica local producida favorece la proliferación de tejido fibroso y endurecimiento del área afectada. Existiendo causas primarias, principalmente congénitas, y otras secundarias, como infecciones, radioterapia, tumoración, cirugía, obesidad, etc. Siendo la obesidad mórbida la causa de EVN de nuestra paciente.

La evolución crónica de la enfermedad se asocia a deformidad local, limitación funcional, sobreinfección bacteriana o incluso la aparición de neoplasias locales.

Sabiendo que una vez instaurada la enfermedad el tratamiento es principalmente conservador, es importante concienciar a los pacientes sobre las medidas de prevención, fomentando un estilo de vida saludable y de autocuidado, pudiendo así retrasar o incluso evitar su aparición.

El siguiente caso es una EVN en estadio III, secundaria a obesidad mórbida, con afectación de la región abdominal y de los miembros inferiores. Se han informado pocos casos de EVN con afectación abdominal, considerándose una entidad rara, con múltiples problemas médicos asociados, como es el caso de nuestra paciente.

**Palabras clave:** Elefantiasis, obesidad, linfedema, piel, Drenaje Linfático Manual.

### Elephantiasis Verrucosa Nostra

#### Summary

We present the case of a 58-year-old patient with a rare pathology known as Elephantiasis Verrucosa Nostra (EVN), this being the final phase of persistent non-filariasis lymphedema, caused by poor lymphatic drainage, especially of the lower limbs, which due to The local chronic inflammation produced favors the proliferation of fibrous tissue and hardening of the affected area. There are primary causes, mainly congenital, and other secondary ones, such as infections, radiotherapy, tumors, surgery, obesity, etc. The latter being the cause of EVN in our patient.

---

1. Residente de 5to año de Medicina Interna. Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario del Henares. Madrid - España.

2. Especialista en Medicina Interna . Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario del Henares. Madrid - España.

Autor para correspondencia:  
Wafa Elgeadi Saleh.  
E-mail: afa.elgeadi@salud.madrid.org

Recibido: 02-05-2023  
Aceptado: 25-07-2023

The chronic evolution of the disease is associated with local deformity, functional limitation, bacterial superinfection or even the appearance of local neoplasms<sup>2,3</sup>.

Knowing that once the disease is established, treatment is mainly conservative, it is important to educate patients about preventive measures, promoting a healthy lifestyle and self-care, thus being able to delay or even avoid the appearance of EVN if the cause is potentially reversible, such as obesity.

The following case is a stage III EVN, secondary to morbid obesity, with involvement of the lower limbs and the abdominal region. Few cases of EVN with abdominal involvement secondary to obesity have been reported, considering it a rare and uncommon entity, with multiple associated medical problems, as is the case of our patient.

**Keywords:** Elephantiasis, obesity, lymphedema, skin, Manual Lymphatic Drainage

### Introducción

Se conoce como linfedema a la excesiva acumulación linfática en el espacio intersticial que ocurre como resultado de un drenaje inadecuado<sup>1</sup>. Hoy en día se clasifican como primarias si la causa se debe a una hipoplasia o aplasia congénita de los vasos linfáticos, y secundarias si la causa es una obstrucción intraluminal o extraluminal, ya sea por infiltración tumoral, traumatismo, infección, obesidad o cirugía.

La causa más frecuente de linfedema en países subdesarrollados es la filariasis y en países en vías de desarrollo la radioterapia y/o obesidad. Existen varios estadios de linfedema, el estadio O (no se objetivan cambios visibles en la piel, pero sí sensación de cansancio y molestias); I (se objetiva edema con fovea que aparece con el esfuerzo y la movilización), II (se objetiva edema sin fovea con cierto grado de fibrosis y puede ser reversible con tratamiento prolongado) III (la extremidad se deforma, la piel se engruesa y aparecen pliegues cerca de las articulaciones, siendo ya irreversible)<sup>2</sup>.

El grado más severo del linfedema crónico es el estadio III debido a la inflamación repetida de la piel y el tejido subcutáneo con proliferación del tejido fibroso. La Elefantiasis Verrucosa Nostra (EVN), corresponde a dicho estadio, condicionando una piel

edematosa, endurecida y engrosada<sup>1</sup>, que inicialmente se relacionaba únicamente con procesos infecciosos. Sin embargo, en la actualidad se engloban otras causas como la tumoral, obesidad, entre otras patologías.

La elefantiasis abdominal es poco frecuente en la población y se considera una entidad rara, siendo más frecuente en pacientes con obesidad mórbida. Suele asociar un linfedema masivo localizado e ir asociada a linfedema en las extremidades inferiores. A menudo coexiste con celulitis de la pared abdominal dificultando el diagnóstico<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de una paciente con linfedema crónico en estadio III secundario a obesidad mórbida con afectación de pared abdominal y miembros inferiores.

### Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente femenina de 58 años de edad, que consultó por un cuadro de oliguria de 2 días de evolución, con lesiones a nivel de la pared abdominal y miembro inferiores, de evolución progresiva en la última década. No presentaba fiebre, clínica miccional o cualquier otra sintomatología.

## CASO CLÍNICO

No refirió toma de nuevos fármacos o productos de herbolario en los últimos meses. No presentaba historia previa de insuficiencia cardíaca, renal o hepática, cirugías o radioterapia, ni viajes a zonas endémicas de filarias linfáticas.

Como único antecedente médico, refirió hipotiroidismo primario en tratamiento con Levotiroxina y sin seguimiento médico en los últimos 15 años por decisión propia. En la historia clínica no se reflejaron antecedentes de patología psiquiátrica ni familiares de interés.

La paciente mantenía un estilo de vida sedentario con disminución de la actividad física y la movilidad, asociada a una dieta rica en grasas y azúcares refinados. Convivencia con su pareja con ayuda domiciliaria externa, 4 veces a la semana.

A la exploración física destacaba un IMC 48, encontrándose hemodinámicamente estable y afebril. A la auscultación pulmonar presentaba hipofonesis generalizada y una respiración superficial condicionada por la obesidad, motivo por el que la paciente no tolera el decúbito y durmiendo en sedestación.

En la zona abdominal se observaron zonas induradas e hiperpigmentadas con hiperqueratosis conformando placas de consistencia firme y aspecto verrucoso en empedrado, así como exudado maloliente en los pliegues (Figura 1).

A nivel de los miembros inferiores presentaba endurecimiento de la piel asociado a edema, lesiones hiperqueratóticas, algunas exudativas y con placas descamativas superficiales (Figura 1 y 2).

### Pruebas complementarias:

**Analítica:** Leucocitos 10570, neutrófilos 8200, linfocitos 1300, hemoglobina 10.2 ng/dl, glucemia 73 mg/dl, urea 124 mg/dl, creatinina 10.8 mg/dl, potasio 6.1 mmol/L, cloruro 107 mmol/L, sodio 147 mmol/L. PH 7.15, PCO2 50, HCO3 16.9. VIH negativo, sífilis negativo, virus hepatotropos negativos. Perfil hepático y biliar sin alteraciones.

**Cultivo de orina:** Negativo

**Radiografía de tórax:** Índice cardiotorácico aumentado sin infiltrados pulmonares.

**Ecografía abdominal:** Hepatomegalia con datos de infiltración grasa, porta aumentada de tamaño. Marcada dilatación pielocalicial y ureteral proximal bilateral.



**Figura 1.** Induración y engrosamiento de piel en faldón abdominal con lesiones hiperqueratóticas.



**Figura 2.** Aumento de tamaño y volumen de las extremidades con endurecimiento de piel, lesiones nodulares y formación de pliegues cerca de las articulaciones.

**TAC toracoabdominopélvica:** Nefrolitiasis bilateral, datos de hipertensión portal, colelitiasis. Resto sin hallazgos de interés.

**Ecocardiograma transtorácico:** diámetro ventricular y espesores parietales normales ajustados a superficie corporal. Ausencia de valvulopatía. Función sistólica normal (65%).

**Cultivo úlceras:** Crecimiento de *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina y *Pseudomonas aeruginosa* sensible a aminoglucósidos y meropenem. Hongos negativos.

Dada la presencia de hidronefrosis bilateral por litiasis renal, se consultó con el servicio de Urología procediendo a la colocación de catéter doble J con resolución de la oliguria, manteniendo niveles de creatinina estable de 1.7 mg/dl.

Las lesiones de carácter exudativo fueron tratadas con sulfato de zinc, además de tratamiento antibiótico dirigido durante 14 días con meropenem. Dado que la paciente se mantuvo estable resolviéndose el cuadro agudo de fracaso renal secundario a nefrolitiasis, sin observarse otras causas de descompensación aguda y prevaleciendo el carácter crónico de la patología descrita, se decidió alta consensuada y seguimiento en consultas externas de Dermatología y Medicina Interna. De igual forma fue valorada por Psiquiatría descartándose patología psiquiátrica aguda. No obstante, la paciente no acudió a las revisiones, perdiéndose el seguimiento.

## Discusión

Traemos este caso dada la atipicidad de la presentación de la elefantiasis verrucosa a nivel abdominal<sup>1,2</sup>. La elefantiasis abdominal es excepcional en la población general, viéndose de manera casi exclusiva en pacientes con obesidad mórbida, patología que está incrementando su incidencia en los últimos años.

Esta condición, que supone la máxima y más avanzada expresión del linfedema, se caracteriza a nivel histopatológico por la fibrosis del tejido subcutáneo y de la dermis, destacando a nivel macroscópico la hiperqueratosis, papilomatosis y lesiones verrucosas<sup>2-6</sup>.

Su diagnóstico es principalmente clínico. No obstante, se podrían solicitar pruebas complementarias para completar el estudio, sobre todo para descartar patologías asociadas como la diabetes, hipertiroidismo o filariasis, siendo fundamental establecer el diagnóstico diferencial con la mucinosis papular, el síndrome de Stewart-Treves, el lipedema, la papilomatosis cutis carcinoide, la cromoblastomicosis y el mixedema pretibial.

Otras pruebas complementarias de utilidad pueden ser la linfogammagrafía, que presenta una sensibilidad del 92% y una especificidad del 100%, o la ecografía y la resonancia magnética, siendo de utilidad para descartar lesiones tumorales<sup>7</sup>.

El tratamiento de la EVN es a menudo complicado y los resultados poco satisfactorios, habitualmente enfocado a la causa

desencadenante, especialmente en los linfedemas secundarios<sup>7,8</sup>. No obstante, el manejo conservador es el más frecuente y se apoya principalmente en la terapia descongestiva compleja (TDC), conocida como una terapia multimodal que incluye 4 pilares: drenaje linfático manual, terapia compresiva, ejercicios terapéuticos y cuidados de la piel (sulfato de zinc, emolientes, etc.).

Otras terapias complementarias son los diuréticos, aunque con menos evidencia, y la antibioterapia en casos de sobreinfección, considerándose la cirugía como alternativa<sup>8</sup>, tanto para restablecer el funcionamiento linfático como para disminuir el volumen resecando el tejido graso sobrante, que a pesar de la evidencia científica son técnicas poco utilizadas por la falta de consenso establecido para su uso.

Al no existir una terapia curativa, es importante destacar las medidas de prevención, fomentando hábitos de vida saludables, pérdida de peso, movilización con ejercicios isométricos y la TDC en fases iniciales o avanzadas de linfedema<sup>8</sup>.

## Conclusión

El linfedema crónico y masivo, y en última instancia la elefantiasis, no se limitan a la afectación física, sino también a la repercusión social y sanitaria que ello supone, haciendo hincapié en las formas relacionadas con la obesidad como el caso expuesto. Teniendo en cuenta que la obesidad es un problema de salud en auge relacionado con al estilo de vida.

Dado el estrecho margen terapéutico de la fase crónica de la enfermedad, es importante destacar la importancia de la prevención en fases precoces, fomentando hábitos de vida saludables, pérdida de peso, movilización con ejercicios isométricos, así como el autocuidado. Para ello es importante la concienciación sobre esta entidad, tanto de los trabajadores sanitarios como de los pacientes, incidiendo en un abordaje conjunto para un correcto manejo, tanto preventivo como de las fases establecidas de la enfermedad, evitando complicaciones mayores que puedan condicionar la calidad de vida de los pacientes o incluso la mortalidad●

## Referencias

- 1 Zambrano-Ferreira JA, Pérez-Fonseca SV, Caro-Becerra AC, et al. Linfedema: de la fisiopatología al tratamiento actual. *Médicas UIS*. 2021; 34(3):61-70.
- 2 Al-Tarrah K, Ashour T, Rao R, et al. Massive Localized Abdominal Lymphedema Treatment Challenges. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020; 8(1):2601.
- 3 Panzarelli A. Elefantiasis verrucosa nostra por linfedema primario: presentación

## CASO CLÍNICO

---

- de un caso. *Dermatol Venez*. 2020; 58(1):31-35.
- 4 Luzardo González A, Planas Balagué R, Gómez Cuba M, *et al*. Tratamiento rehabilitador en la cirugía del linfedema. *Rehabilitacion*. 2022; 56(3):215-225.
  - 5 Mugarza Hernández MD, Iglesias Cano O, Ayllón Blanco H. Elefantiasis verrucosa nostra. *Aten Primaria*. 2019; 51(8):521-522.
  - 6 Rogel-Vence M, González-Ruiz L, Sánchez-Caminero MP. Elefantiasis verrucosa nostra. *Semergen*. 2020; 46(5):40-41.
  - 7 Ocampo-Candiani J, Castrejón-Pérez AD, Ayala-Cortés AS, *et al*. Cutaneous Colon Metastases Mimicking Elefantiasis Verrucosa Nostra. *Am J Med Sci*. 2015; 350(6):517-518.
  - 8 Sisto K, Khachemoune A. Elefantiasis Nostras Verrucosa. A Review. *Am J Clin Dermatol*. 2008; 9(3):141-146.
-