

Enfermedad de La Peyronie (*)

Dr. GRAZIANO, C. A.

A pesar de no ser el primero en describirla, François de la Peyronie, cirujano de la corte de Luis XIV, caracterizó en 1743 una enfermedad bajo el título "Obstáculos que impiden la eyaculación normal del semen" (25). Desde entonces su nombre se inscribe como sinónimo de esta enfermedad controvertida y no infrecuente, conocida también con el nombre de induración plástica de los cuerpos cavernosos del pene. La enfermedad de la Peyronie se caracteriza por la aparición (usualmente en la región dorsolateral del pene) de placas de tejido fibroso localizadas en la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos y en el tejido eréctil subyacente.

La incidencia de la enfermedad es difícil de estimar (17). Se presenta con mayor frecuencia durante la quinta década de la vida y predomina en la raza blanca (25, 21).

Las consideraciones sobre el origen de esta entidad no son claras y hasta el momento la etiología permanece desconocida. Estudios histopatológicos sugieren que el primer evento del proceso sería una vasculitis.

La inflamación crónica y la proliferación endotelial afectarían los pequeños vasos del tejido conectivo interpuesto entre la túnica albugínea y los sinusoides cavernosos (23). Este proceso evolucionaría hacia la fibrosis y, en algunos casos, hacia la calcificación, englobando al tejido eréctil (12, 11). La presencia de calcificación en la placa se produce en el 20 al 40% de los casos (15, 23). Representa una fase tardía de la enfermedad en la cual los tratamientos médicos generalmente fracasan.

Investigaciones sobre el mecanismo de la calcificación de las placas peneanas basadas en interpretaciones morfológicas afirman que el mismo se originaría en las áreas vasculares con la presencia de células símiles pre-osteoblásticas. Se ha sugerido como patogénica de la enfermedad la hipótesis de una respuesta autoinmune ante alguna forma de trauma vascular (24). La asociación con fibrosis en otras áreas, especialmente en el pabellón auricular y con la contractura palmar de Dupuytren en un 10% de los casos, sugiere una posible alteración sistémica del tejido conectivo elástico (2, 25).

La historia natural de esta enfermedad es difícil de predecir. El comienzo suele ser insidioso y se manifiesta por la aparición de una placa fibrótica en el dorso del pene, de un tamaño promedio que oscila entre 1,5 y 2 centímetros. Es frecuente la presencia de dolor durante la erección. Si bien este síntoma suele ceder en forma espontánea durante

el transcurso de un tiempo (12 a 18 meses); el devenir del tamaño de la placa, la angulación peneana y la función eréctil, es incierto (22).

Williams y Thomas, en 1970, observaron la resolución espontánea de la placa en 6 de 12 pacientes no tratados con un seguimiento de 8 años. Cuatro de los seis pacientes sufrieron un acortamiento significativo del pene (26). Furlow en 1975 obtuvo resultados similares (8). Soiland observó mejoría en menos del 6% de pacientes no tratados (19).

Ashworth, en 1960, reportó que ninguno de sus 8 pacientes no tratados retornó a una función sexual normal durante un período de seguimiento de 5 años. En cuatro pacientes la placa desapareció o disminuyó de tamaño pero a expensas de un detrimento en la función sexual (12).

Estos datos disímiles sobre la historia natural deben interpretarse con cautela, asumiendo la necesidad de estudios prospectivos de larga escala para definir un criterio pronóstico.

Los síntomas y signos pueden presentarse aislados o coexistiendo entre sí. Los síntomas de relevancia consisten en dolor peneano durante la erección y disfunción sexual. El dolor aparece en estadios tempranos de la enfermedad y puede retrogradar en forma espontánea independientemente de la instauración o no de algún tratamiento (22). Los signos principales son la placa fibrosa y la curvatura del pene erecto. Esta última puede ser mínima y no alterar la mecánica del coito o tener una magnitud invalidante para la penetración vaginal.

La enfermedad de La Peyronie puede ser causa de disfunción sexual. La deformación peneana por sí misma interfiere en la penetración vaginal provocando una disfunción sexual mecánica. La fibrosis del tejido eréctil subyacente a la placa actúa como elemento constrictivo, alterando el flujo sanguíneo arterial hacia los sinusoides cavernosos. Este hecho se traduce por una flaccidez del cuerpo cavernoso en la porción distal a la placa fibrótica (12). Otro mecanismo fisiopatológico propuesto para explicar la pérdida de rigidez es el drenaje venoso anómalo en las áreas en las cuales la túnica albugínea se halla comprometida (17). Se debe tener presente la probable existencia de una disfunción sexual eréctil global, no relacionada con la enfermedad. La insuficiencia arterial, fundamentalmente en pacientes mayores de 50 años, el drenaje venoso anómalo, y el factor neurógeno pueden ser la base o agravar la impotencia en estos pacientes. También el factor psicógeno tiene importancia, por el estado de ansiedad ante el cual se encuentra expuesto el paciente.

(*) Trabajo elaborado por el Comité del Interior de la Sociedad Argentina de Urología. Coordinador: Dr. Carlos Sáenz.

Así como es recomendable el estudio de la función eréctil en la enfermedad de la Peyronie, es interesante investigar la presencia de un Peyronie asintomático y subclínico en pacientes que consultan por sufrir una disfunción sexual eréctil (17).

Los métodos complementarios de estudio permiten investigar el progreso de la enfermedad, la confirmación de las dimensiones de la placa y el grado de curvatura peneana.

Las dimensiones de la placa, la presencia o ausencia de calcificación, así como la evolutividad de la lesión pueden evaluarse mediante estudios ultrasonográficos (7, 9, 20). El patrón ecográfico de las lesiones es generalmente hiperecico, observándose un pequeño porcentaje de patrones hipoeccicos (1). La capacidad de la ecografía para diferenciar placas recientes de placas calcificadas contribuye para decidir el tratamiento adecuado.

La extensión del compromiso del cuerpo cavernoso puede determinarse mediante cavernografía, y con mayor exactitud mediante tomografía axial computada o resonancia nuclear magnética (12). Las características tomográficas consisten en irregularidades de la túnica albugínea en etapas tempranas y, disrupción y calcificación de la misma en los estadios finales de la enfermedad (29).

La deformidad eréctil puede ser documentada por una fotografía del pene en erección tomada por el paciente, o bien en el consultorio médico induciendo la erección mediante inyecciones intracavernosas de drogas vasoactivas (12,13).

El test de papaverina facilita no sólo la delimitación y extensión de la placa y otras áreas de fibrosis, sino la detección de la flaccidez distal del cuerpo cavernoso.

Ante la presencia de disfunción sexual eréctil es recomendable evaluar la integridad del flujo arterial peneano y la competencia del sistema veno-oclusivo.

En etapas iniciales, sin disfunción sexual, es importante que el paciente conozca la incierta evolución de la enfermedad del sistema veno-oclusivo.

En etapas iniciales, sin disfunción sexual, es importante que el paciente conozca la incierta evolución de la enfermedad para entender y aceptar posibles conductas expectantes.

La variabilidad en la progresión o regresión hace que el valor de los múltiples métodos de tratamiento utilizados durante la fase aguda inicial sea muy difícil de evaluar.

El tratamiento médico se recomienda en los pacientes con curvatura peneana leve o moderada con o sin dolor, sin disfunción sexual mecánica o eréctil y sin calcificaciones. Los pacientes con curvatura peneana leve como único síntoma no requieren más que un manejo expectante y el control periódico.

El dolor fue tratado con resultados poco satisfactorios con distintas terapéuticas. En 1949 Scardino y Scott observaron deficiencia de vitamina E asociada a la reparación conectiva anormal y esclerosa.

Los adherentes a esta teoría consideran que la elevación de la concentración de vitamina E en los tejidos sanos resulta en una reparación conectiva normal y no esclerosa (4). Los beneficios de la vitamina E en la enfermedad de la Peyronie todavía no han sido probados; no obstante puede

representar una opción útil en el tratamiento expectante de los pacientes con enfermedad incipiente. La dosis usual de vitamina E es de 600 a 1.000 mg diarios repartidos en tres tomas.

El para-aminobenzoato de potasio (Potaba M.R.) ha sido sugerido como tratamiento. Los resultados a largo plazo son pobres y los efectos adversos importantes (28).

La terapéutica con ultrasonido sola o con corticoides ha sido propuesta con resultados controvertidos.

La radioterapia ofrece también resultados poco alentadores. Carson en 1985 obtuvo mejoría en el dolor en el 78% de los pacientes, pero no observó ninguna acción sobre la placa, curvatura y disfunción sexual (4).

La inyección de corticoides locales en el interior de la placa ofrece una alternativa en la paliación del dolor (27).

El uso de colagenada en inyecciones locales se acompaña de una tasa del 93% en la remisión del dolor durante la erección (10).

Recientemente se describió la utilización del laser (helio-neón) y CO₂ aislado o en combinación con orgoteina. Los resultados preliminares son alentadores respecto al efecto analgésico (16).

La utilización de ondas de choque mediante litotritor extracorpóreo asociada con esteroides orales ha sido descrita recientemente sugiriendo futuros estudios (1b).

En conclusión, no hay todavía evidencias que algunos de los tratamientos mencionados tenga influencia sobre el curso de la enfermedad, aunque quizás aceleren la resolución del dolor.

El rol del tratamiento quirúrgico en la enfermedad de la Peyronie está mejor definido.

Para solucionar la curvatura del pene (disfunción sexual mecánica) en pacientes sin disfunción eréctil se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas. Entre ellas: el procedimiento de Nesbit y sus variantes (18, 7) exéresis o incisión de la placa solucionando el defecto con injertos de fascia de Richet, dermis, túnica vaginal o duramadre (6, 13, 14).

Wild y col. describen resultados satisfactorios en el 70% de los pacientes tratados con excisión de la placa e injerto dérmico; pero sólo el 5% de los pacientes con disfunción sexual revirtieron la situación luego de la cirugía (5).

Con la misma técnica Horton y col. refieren una tasa de éxitos de 84% en tanto que Melmman y Holland observaron un 100% de fracasos.

Otros autores sugieren la colocación de prótesis peneanas con o sin resección o sección de la placa fibrótica con resultados objetivos satisfactorios (3, 9, 20).

Kelami propone en pacientes menores de 50 años la sección de la placa e injerto de duramadre y en los mayores de 50 años la colocación de implantes peneanos. Con este método obtiene una tasa de éxito del 100% (13).

Es indudable que para el paciente con disfunción sexual eréctil orgánica la colocación de prótesis peneana con o sin exéresis o incisión de la placa es un procedimiento aceptable.

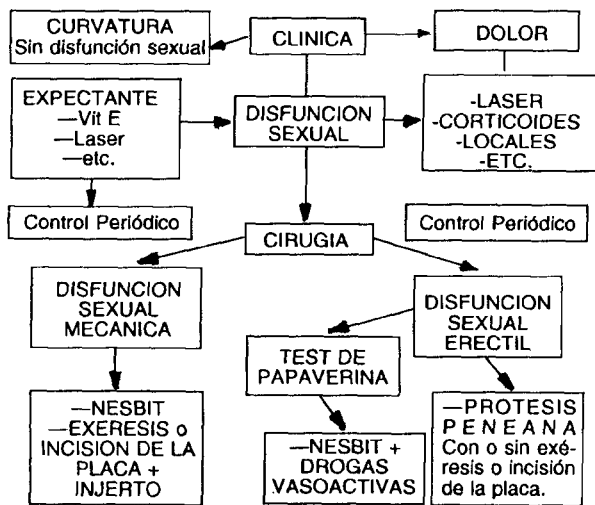
La operación de Nesbit y la subsecuente restauración de

la función eréctil mediante la inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos en pacientes con test de papaverina positivo, ofrece una alternativa interesante para aquellos pacientes que rechazan la cirugía protésica.

La correcta selección del paciente tiene un rol protagónico en la elección del tratamiento quirúrgico.

La evaluación de la función eréctil, la edad del paciente, el tamaño y la localización de la placa; así como la comprensión por parte del paciente de la evolución y conducta de su enfermedad, son factores de gran importancia. El análisis correcto de los mismos estrechará el espectro de opciones y conducirá a resultados más satisfactorios.

ALGORITMO DE TRATAMIENTO



CUESTIONARIO DE EVALUACION

- 1) ¿Con qué frecuencia se produce la calcificación de la placa?
- 2) ¿Qué posibilidad tiene el tratamiento médico ante una placa calcificada?
- 3) ¿Cuál es la evolución natural del dolor?
- 4) ¿Cuáles son las tres causas posibles de la disfunción sexual orgánica?
- 5) ¿Cuál es el método menos invasivo para detectar una placa calcificada?
- 6) ¿En qué casos se adopta una conducta expectante?
- 7) ¿En qué casos se indica el tratamiento médico?
- 8) ¿Sobre qué síntoma actúa, de preferencia, el tratamiento médico?
- 9) ¿En qué casos está indicado el tratamiento quirúrgico?
- 10) ¿Cuál es la propuesta de Kelami?
- 11) ¿Cuál es la alternativa terapéutica en pacientes que rechazan la cirugía protésica?

BIBLIOGRAFIA

1. Bellorofonte, C.; Ruoppolo, M.; Tura, M.; Zaatar, C.; Tombolini, P.: Possibility of using the piezoelectric lithotripter in the treatment of severe cavernous fibrosis. Arch. Ital. Urol. Nefrol. Androl. 61 (4): p 417-22, 1989.
2. Billing, R.; Baker, R.; Immergut, M. and Maxted, W.: Peyronie's disease. Urology, 6:409, 1975.
3. Bruskewitz, R.; Raz, S.: Surgical considerations in treatment of Peyronie's disease. Urology, 15:134, 1980.
4. Carson, C.; Coughlin, P. N.: Radiation therapy for Peyronie's disease: is there a place? J. Urol., 134:684, 1985.
5. Cohen, E. S.; Schmidt, J.; Parsons, C. L.: Peyronie's disease: surgical experience and presentation of a proximal approach. J. Urol., 142:740, 1989.
6. Devine, C. J. (jr.) and Horton, C. E.: Surgical treatment of Peyronie's disease with a dermal graft. J. Urol., 111:44, 1974.
7. Essed, E.; Schroeder, F. H.: New surgical treatment for Peyronie disease. Urology, 25:582, 1985.
8. Furlow, W.; Swenson, H. and Lee, R.: Peyronie's disease: a study of his natural history and treatment with orthovoltage radiotherapy. J. Urol., 114:69, 1975.
9. Gangay, M. P.; Rivera, L. R. and Spence, C.: Peyronie's plaque: excision and graft versus incision and stint. J. Urol., 127:55, 1982.
10. Gelbard, M.N.; Lindner, A. and Kaufman, J.: The use of collagenase in the treatment of Peyronie's disease. J. Urol., 134:280, 1985.
11. Gelbard, M.: Dystrophic penile calcification in Peyronie's disease. J. Urol., 139:738, 1988.
12. Gingell, J. and Desai, K.: Peyronie's disease. Br. J. Urol., 63:23, 1989.
13. Kelami, A.: Auto photography in the evaluation of functional penile disorders. Urology, 21:628, 1983.
14. Lowe, D.; Ho, P.; Parsons, C.: Surgical treatment of Peyronie's disease with dacron grafts. Urology, 19:609, 1982.
15. Lowsley, O.; Boyce, W.: Further experiences with a operation for the cure of Peyronie's disease. J. Urol., 63:888, 1950.
16. Mantovani, F.; Cazzaniga, A.; Toia, E.; Patelli, E.: The role of laser in the pharmaco physical therapy of Peyronie's disease. XXI Congress of the International Society of Urology. Abstracts 715:195, 1989.
17. Metz, P.; Ebbehoj, J.; Uhrenholdt, A. and Wagner, G.: Peyronie's disease and erectile failure. J. Urol., 130:1103, 1983.
18. Nesbit, R.: Congenital curvature of the penis: a report of three cases with descriptions of corrective operation. J. Urol., 93:230, 1965.
19. Palomar, J.; Halikiopoulus, H. and Thomas, R.: Evaluation of the surgical management of Peyronie's disease. J. Urol., 128:680, 1980.
20. Raz, S.; de Kernion, J.; Kaufman, J.: Surgical treatment of Peyronie's disease: a new approach. J. Urol., 117:598, 1977.
21. Smith, B.: Peyronie's disease. Amer. J. Clin. Bath., 45:67, 1965.
22. Subrini, L.: Surgical treatment of Peyronie's disease using penile implants: survey of 69 patients. J. Urol., 132:47, 1984.
23. Vande Berg, J.; Devine, C.; Horton, P.: Peyronie's disease: an electron microscopic study. J. Urol., 126:52, 1982.
24. Vande Berg, J.; Devine, C.; Horton, P.: Mechanism of calcification in Peyronie's disease: survey of 50 patients. J. Urol., 121:47, 1979.
25. Wild, R. Devine, C.; Horton, P.: Dermal grafts repairs of Peyronie's disease: survey of 50 patients. J. Urol., 121:47, 1979.
26. Williams, J.; Thomas, G.: The natural history of Peyronie's disease. J. Urol., 103:75, 1970.
27. Winter, C.; Khanna, R.: Peyronie's disease: results with dermo-jet injections of desamethazone. J. Urol., 114:898, 1975.
28. Zarafonitis, C.; Horpax, T.: Treatment of Peyronie's disease with potassium para aminobenzoate. J. Urol., 81:770, 1959.
29. Zambelli, S.; Musante, F.; Piacentino, A.: Computerized tomography in Peyronie's disease. Clinico-radiological comparisons. Radiol. Med. (Torino), 74 (4):308, 1987.