

UROLOGÍA

ENFERMEDAD DE PEYRONI

Giselle Gómez Flores*

SUMMARY

Peyronie's disease. It is a tunica albuginea disorder of the penis, characterized by the formation of fibrotic plates that cause pathological curvatures of this organ. This article reviews a variety of treatment options and the importance of an early diagnosis in order to manage adequately the patients.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Peyroni, descrita por primera vez en 1743, es una enfermedad inflamatoria adquirida, que se caracteriza por la presencia de una placa fibrosa en la túnica albugínea del pene, que provoca dolor con la erección,

curvación del pene, deformidad, disfunción eréctil, acortamiento peneano, y que en grados avanzados dificulta e impide la actividad sexual.⁽⁹⁾ Esta entidad afecta a hombres entre la cuarta y sexta década de la vida, con una prevalencia de 1% en la raza blanca, no hay casos descritos en orientales y se ha asociado hasta en un 10% con la enfermedad de Dupuytren.⁽⁹⁾ Esta es una enfermedad de etiología e historia natural desconocida, por lo que se carece de información precisa sobre que fármacos son realmente eficaces para su tratamiento.⁽⁸⁾ En el siguiente artículo se hace una revisión de la etiología, diagnóstico y tratamiento de la

Enfermedad de Peyroni.⁽⁸⁾

FISIOPATOLOGÍA

Aunque la etiología de esta enfermedad no se conoce con certeza, se han desarrollado varias teorías, entre ellas la más importante responsabiliza a la respuesta inflamatoria producida en los múltiples microtraumas en el pene durante la relación sexual; esta respuesta inflamatoria que tiene un origen inmunogenético y multifactorial, evoluciona a fibrosis en hombres genéticamente predispuestos. Se ha observado que en estos hombres, los miofibroblastos de la túnica albugínea no son destruidos por apoptosis, como

* Médico Asistente General. Medicina Mixta.

sucede normalmente. Luego de los microtraumas, en el pene se inicia la cascada de coagulación, que lleva a la quimiotaxis del Factor de crecimiento beta⁽⁹⁾, provocando un aumento y desorganización en el depósito de colágeno, la disminución de la descomposición del colágeno recién depositado y la calcificación de la placa⁽³⁾. La fibrina que se deposita actúa como matriz y los neutrófilos y macrófagos estimulan la liberación de los factores de crecimiento. Al haber un desequilibrio entre factores profibróticos y antifibróticos, hay una pérdida de elasticidad, provocando la curvatura anormal del pene durante la erección.⁽⁹⁾ Esta enfermedad se asocia con la enfermedad de Paget y con la enfermedad de Dupuytren en un 16%⁽³⁾ Otra teoría propone un componente autoinmune, como responsable de la enfermedad, ya que se ha encontrado anticuerpos anti elastina elevados en el suero de los afectados, por lo que, se plantea la hipótesis de que hay hombres más susceptibles al microtrauma peneano.⁽³⁾

CUADRO CLÍNICO

La mayoría de los pacientes presenta uno o más de los siguientes síntomas: Dolor en el pene con la erección, deformidad del órgano erecto, pérdida de la erección, dificultad en la

penetración vaginal. Existen dos fases de la enfermedad. En una fase temprana o inflamatoria, la enfermedad se manifiesta con dolor, generalmente con la erección, un nódulo palpable en el pene y curvación del mismo durante la erección. Esta fase se resuelve sin secuelas en un escaso número de pacientes.⁽³⁾ La principal causa de consulta es la curvación del pene, y en una gran minoría consulta por un nódulo palpable en el pene. En la fase siguiente, si la inflamación no se resuelve, el tejido afectado, se fibrosa o se calcifica. Finalmente la lesión se vuelve estable (Se entiende como lesión estable, cuando no hay dolor, ni aumento o disminución de la curvatura del pene por más de 6 meses).⁽²⁾ y el resultado funcional y morfológico es definitivo. La curvatura dorsal del pene es más frecuente ya que la placa fibrosa se localiza principalmente en la línea media justo donde las fibras del septo se entrelazan con las de la capa interna circular.⁽⁷⁾⁽⁸⁾

DIAGNÓSTICO

Actualmente el método ideal de diagnóstico y seguimiento de la Enfermedad de Peyroni es la historia clínica y examen físico. La Radiografía simple y Ultrasonido se utiliza complementariamente para localizar la placa fibrosa. En la exploración física, de un paciente

que llega a consultar con el pene flácido, este es completamente normal a la inspección; por lo tanto es la palpación la que nos permite determinar el número y tamaño de las placas fibrosas. En el caso de un pene erecto, se debe medir el grado de curvatura. La RMN no aporta ninguna información.⁽⁸⁾

TRATAMIENTO SISTÉMICO

Este tratamiento está indicado en la fase aguda de la enfermedad, cuando la placa persiste inestable, para aliviar el dolor, pero no se ha demostrado que disminuya la progresión de la enfermedad. La enfermedad se vuelve estable en un período entre 6 y 12 meses⁽⁵⁾.

Vitamina E. Se usa entre 300mg-600mg durante más de 3 meses. Ha sido una de las drogas más usadas debido a su acción antioxidante, provocando un incremento de la regeneración tisular, mediante el incremento del metabolismo celular y el colágeno. Además posee actividad antifibroblástica⁽⁵⁾.

Colchicina Se recomienda una dosis entre 0.6 mg a 1.2 mg al día durante la primera semana de tratamiento, y luego se aumenta la dosis a 2.4mg por 3 meses. Actúa inhibiendo la fibrosis y el depósito de colágeno. Se demostró su eficacia en el manejo del dolor. Puede provocar dolor abdominal y diarrea.⁽⁶⁾ **El Paraaminobenzoato potásico (POTABA)** Se usa

una dosis de 20 g/d por 3 meses tiene un efecto antiinflamatorio y fibrinolítico. Tiene un costo elevado y poco tolerado por efectos gastrointestinales.⁽⁶⁾ **Tamoxifeno** Es un inhibidor de estrógenos no esteroideos, produce inhibición de la fibrinogénesis. En estudios realizados no encontraron diferencias con placebo, por lo que no se recomienda su uso.⁽¹⁾⁽⁴⁾

TRATAMIENTO INTRALESIONAL

Corticoesteroide, Se usa dexametasona y triamcinolona. Disminuye el dolor provocado por la placa, pero debido a su baja tasa de mejoría y a la atrofia y adelgazamiento de la piel que producen, no es usado.⁽²⁾ **Bloqueadores de los canales de calcio (verapamilo)** Se realiza una prueba de seis inyecciones de 10mg en 10ml de solución salina cada dos semanas, sino se presenta una mejoría se aconseja suspender el tratamiento. Este medicamento tiene un efecto inhibitorio sobre la producción de fibrina y colágeno.⁽²⁾ **Interferón in vitro**, Este medicamento produce una reducción del número de fibroblastos en la placa fibrosa, reduce la proliferación de colágeno, y aumenta la colagenasa. Los estudios han demostrado mejoría en cuanto al dolor y la progresión de la placa, pero se requieren más estudios.⁽⁵⁾⁽⁴⁾

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Este tratamiento se recomienda cuando ha fracasado la terapia conservadora, la curvatura, disfunción eréctil, y el dolor en el pene impiden el coito. Si el paciente conserva la función eréctil, están recomendadas las intervenciones reconstructivas con plastías de la túnica albugínea (Se caracterizan por la reducción de la longitud del pene durante la erección, al resecar la placa fibrosa.). Si el paciente ya no conserva la función eréctil, una de las opciones quirúrgicas, sería la corrección de la curvatura y el tratamiento de la disfunción eréctil, como si fuera cualquier otro paciente, incluyendo la posibilidad de la colocación de una prótesis de pene, por lo tanto es necesario determinar la capacidad eréctil.⁽³⁾⁽⁷⁾

COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO

La enfermedad de Peyroni es una enfermedad progresiva que puede provocar que las relaciones sexuales sean dolorosas e imposibles. La corrección quirúrgica se realiza cuando la relación sexual es imposible, debido a que puede provocar impotencia.⁽¹⁰⁾

RESUMEN

La enfermedad de Peyroni es un desorden de la túnica albugínea

del pene, caracterizado por la formación de placas fibrosas, provocando una curvatura patológica del mismo. Este artículo hace una revisión de las opciones terapéuticas y la importancia de un diagnóstico temprano, y de esta manera realizar un adecuado manejo del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ates K, Oner S. Surgical Treatment of Peyronie's Disease: A Single Center Experience with 145 Patients. *European urology*. (2008); 53(1): 432-436
2. Chao Y, Tsung S. Peyronie disease: Etiology, Diagnosis and treatment. *JTUA*. (2008); 1: 320-321
3. Gonzales C, Jalkut N. Peyronie's Disease: A Review. *Rev Urol*. (2003); Summer; 5(3): 142-148.
4. Haalal A, Geavlette P. Pharmacological therapy in patients diagnosed with Peyronie's disease. *Journal of Medicine and Life*.(2012); 5(2): 192-195.
5. Kuehaas F, Weibl P. Peyronie's Disease: Nonsurgical Therapy Options. *Rev Urol*. (2011); 13(3): 139-146.
6. La Miu and Monga M. Oral therapy for Peyronie's disease. *International Journal of Impotence Research* (2002) 14, 340-344
7. Lemourt M, Morales J. Enfermedad De Peyroni, una nueva alternativa terapeutica. Tesis presentada al grado científico de Doctor en Ciencias Médicas. (2007); 25-26
8. Morales M, Chantada Abal. Enfermedad de Peyronie y otras alteraciones morfométricas del pene. *Actas Urológicas Españolas*. (2005); 25(1): 15.
9. Silva J, Rodriguez S, Saenz M. Actualización sobre la enfermedad de Peyroni. *Publicaciones universitarias Universidad Javeriana Bogota*. (2010); 51(3): 321.
10. Wessel H, Wise M. Erectile Dysfunction and Peyronie's Disease. *Urologic Diseases in America*. (2008) Capitulo 15; 520