

6ª Sesión Ordinaria — 24 de Septiembre de 1964

Presidente Dr. Natalio Cartelli
Secretario Dr. Oscar C. Carreño

Revista Argentina de Urología y Nefrología
Volumen XXXIII - Nº 7-8-9 - Páginas 248 a 252

INDURACION OSTEÓIDE DEL PENE

Por los Doctores C. A. SAENZ y A. TEPLITZKY

Existen mamíferos que poseen normalmente hueso en su pene denominándosele os penis, os priapi o baculum. Estos animales tienen un pobre desarrollo de su tejido eréctil y su os penis sirve para asegurar un rápido estado de erección, facilitando la cópula.

El os penis de la ardilla presenta la particularidad de ser cortante, en punta, y con el rasga con limpio tajo el himen de la hembra; Bland Sutto (1) considera que esta es la primera operación conocida en la naturaleza, anterior aún a la resección de una costilla en el Jardín del Edén.

En el hombre la presencia de placas óseas no significa necesariamente una regresión atávica, pues mientras el hueso peneano de los animales es de origen osteoblástico y perióstico, en el humano es de desarrollo anormal y tiene por lo tanto una iniciación distinta sin la presencia de osteoblastos y osteoclastos.

En 1828 McClellan (1) describe una completa osificación del septum penis en un hombre de 52 años.

Vermooten (1) en 1933 presenta un caso que atribuye a metaplasia, en el pene humano, y que incluye el glande.

OBSERVACIONES

Obs. 1: A. A., 39 años, argentino, casado. Concorre al consultorio vespertino de Urología del Hospital Zubizarreta el 21-11-1959, pues desde hace un año y medio nota desviación del pene hacia la derecha durante la erección con dificultad acentuada para la cópula. En el examen se palpa una placa alargada de induración situada en el dorso y cara lateral derecha del pene, que se extiende desde el ángulo pubopeneano hasta el surco balanoprepucial, en donde se pierde por debajo del glande; mide unos 7 cms. de largo por 2 cms. de ancho. Llama la atención la extrema dureza del mismo, particularmente en su tercio medio.

Se inicia tratamiento con ACTH, y vitaminas E y C. Posteriormente se reemplaza la hormona hipofisaria con glucocorticoides por vía oral.

El resultado es nulo, por lo que ante la evidencia clínica de una osificación realizamos la exéresis quirúrgica de la placa, cubriendo la superficie cruenta con injerto de la fascia laminar obtenida del celular subcutáneo de la cara anterior del abdomen, siguiendo la técnica de Lowsley.

Se continúa el tratamiento con vitaminas E y C, agregando después del quinto día de operado glucocorticoides.

El examen anatomopatológico realizado por el Dr. Osvaldo F. Eguía informa: "Tejido fibroescleroso con focos de osificación. Fig. Nº 1.

El paciente continúa periódicamente con tratamiento a base de vitaminas E y C.

El resultado anatómico hasta la fecha es satisfactorio pues si bien se ha reproducido la placa de induración, ésta no tiene las características de dureza anteriores. No puede decirse lo mismo del resultado funcional ya que en oportunidades no consigue la erección, y cuando lo logra manifiesta que la desviación no es tan acentuada como antes.

Obs. 2: V. A., 47 años, argentino, casado. Concorre al servicio de Urología del Hospital Salaberry el 19-4-1962, porque desde hace seis meses nota un cordón duro en el borde izquierdo del pene, doloroso durante la erección. La lesión aumenta de tamaño, y desde hace un mes y medio provoca la desviación hacia la izquierda dificultando el coito.

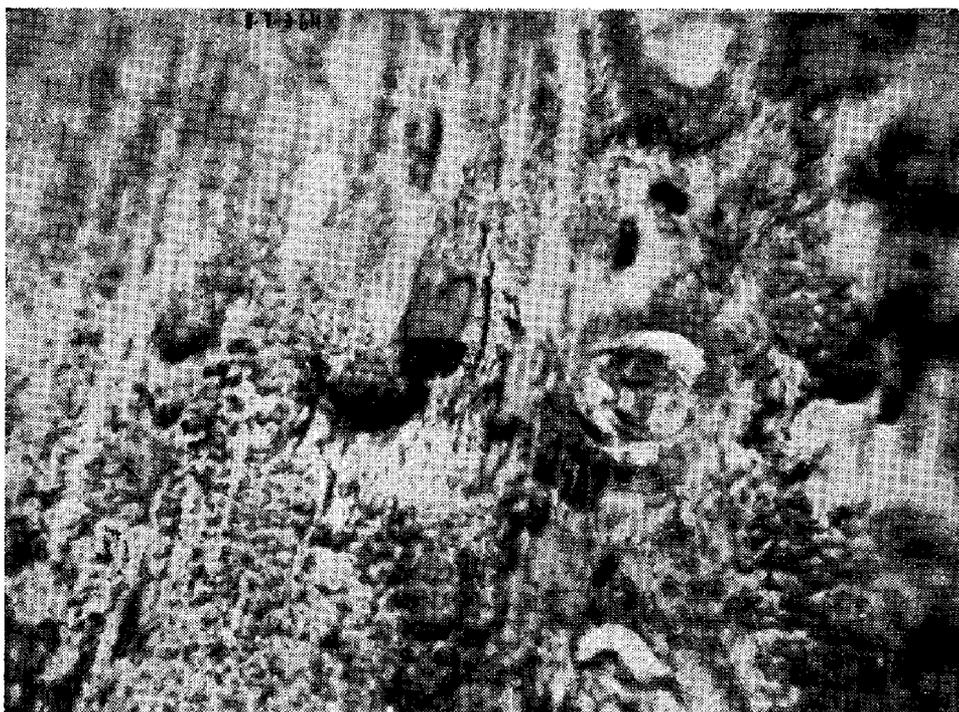


Fig. 1

Presenta al examen induración del cuerpo cavernoso izquierdo que se extiende desde la raíz del mismo hasta su extremidad distal. A nivel del ángulo peno-escrotal se palpa una placa dura, de consistencia ósea, alargada, de 4 cms. de largo por 2 cms. de ancho.

Como no mejora con el tratamiento médico se le sugiere la resección de la placa indurada, que realizamos extirpándola hasta tejido de consistencia más blanda. Nos abstenemos de llegar hasta por fuera de la zona indurada pues hubiera requerido la resección de toda la cara externa del cuerpo cavernoso izquierdo.

En el post-operatorio indicamos vitaminas E y C, ACTH, y una hormona llamada no esteroide del embarazo. (Relaxina en el comercio).

El examen anatomopatológico de la pieza realizado por el Dr. O. F. Egúfa informa: "Tejido fibroscleroso con osificación". Figs. Nos. 2 y 3.

Obs. 3: L. T., 44 años, argentino. Caso privado, concurre a la consulta en enero de 1961 porque nota una zona indurada en su verga, que durante la erección presenta desviación del miembro hacia la izquierda con cierta dificultad en el acto sexual. Al examen presenta una placa indurada, de consistencia muy dura, que se extiende desde el tercio posterior del pene hasta el extremo distal emitiendo una prolongación por debajo del glande, situada en el cuerpo cavernoso izquierdo.

Se inicia el tratamiento médico con ACTH por venoclisis, vitaminas E y C, con resultados poco menos que nulos. Ante tal circunstancia se le indica tratamiento quirúrgico que el

paciente acepta: como en el caso anterior se realiza exéresis hasta tejido de consistencia más blanda, evolucionando la cicatrización en forma favorable.

En el post-operatorio se realiza tratamiento con vitaminas E y C, y a partir del sexto día glucocorticoides en dosis creciente hasta dos semanas.

La pieza operatoria, al tacto y al corte dan la inequívoca sensación de tejido osificado, no realizándose el estudio anatomopatológico por causas que no hemos de considerar.

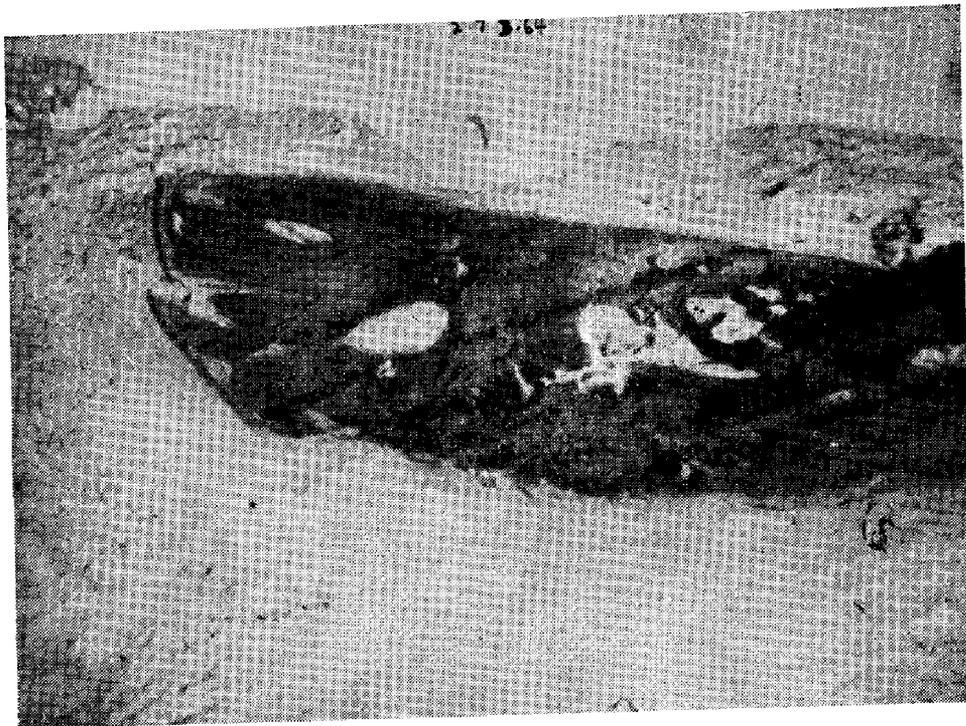


Fig. 2

La evolución anatómica fue satisfactoria; en cuanto al resultado funcional el paciente manifiesta que sus erecciones son incompletas, no imposibilitándole el coito, que realiza en forma confortable.

Continúa con tratamiento médico de sostén.

Se trata, como puede apreciarse, de una osificación desarrollada anormalmente sobre placas de induración plástica del pene.

La induración plástica de los cuerpos cavernosos del pene se caracteriza por una proliferación fibrosa que generalmente se inicia en la fascia penis y en el tabique intercavernoso o septum, y que al avanzar invade, en menor grado, el tejido eréctil.

Se presenta entre los 40 y 70 años, observándose excepcionalmente formas juveniles de hasta 19 años.

La etiología es oscura, atribuyéndose según la época a: sífilis, diabetes, arterioesclerosis, gota y artritis, gonococia, infecciones locales o generales, intoxicaciones crónicas (alcohol, tabaco), traumatismos graves o iterativos leves del coito, linfogranulomatosis venérea, deficiencia de vitaminas E y C, y por fin hay quienes la relacionan, sin aclarar por ello, su etiología, a la enfermedad de Dupuytren u otras fibromatosis.

Esta afección, como toda fibrosis en general, se caracteriza por el predominio de fibras colágenas y disminución de la sustancia amorfa o fundamental.

Las fibras colágenas más numerosas y de variable espesor se entrecruzan y fusionan en gruesos haces. Las fibras elásticas también disminuyen. Los fibroblastos son numerosos y de tipo inmaduro, es decir embrionarios, multipotenciales, reapareciendo en ellos las reacciones citoquímicas y las imágenes ultra-microscópicas de formación intracelular de fibrillas: características del período embrionario. Hay además mastocitos y mononucleares que se disponen preferentemente alrededor de los vasos. (2)



Fig. 3

El proceso de fibrosis no es ilimitado, sino que cumple un ciclo evolutivo perfectamente definido: después de cierto tiempo los fibroblastos maduran a fibrocitos, disminuyendo también los demás elementos celulares y los vasos; los haces colágenos tienden a la fusión de masas homogéneas transformándose en una masa blanquecina, dura, retráctil, que se denomina degeneración hialina o hialinosis, estado prácticamente irreversible.

Esta fibrohialinosis puede calcificarse: "La calcificación patológica afecta siempre a tejidos alterados que están necrosados o con su metabolismo retardado (cicatriz, fibrosis). (3)

Vemos entonces de que manera es posible encontrar tejido calcificado en la induración fibrosa de los cuerpos cavernosos.

Por otra parte, hemos visto que en los primeros estadios de la fibrosis hay numerosos fibroblastos inmaduros con todo su multipotencial embrionario. Estos fibroblastos con potencial embrionario son los elementos de la fase inicial de los tejidos cartilaginosos y óseo, productores de fibras colágenas, fibras elásticas y sustancia interfibrilar o fundamental; ricos en ácido condroitinsulfúrico, de real importancia en la formación de dichos tejidos.

Así tenemos presente a todos los elementos necesarios para la formación

de hueso, y esto es lo que se encuentra a veces en la induración plástica de los cuerpos cavernosos.

Se trataría entonces de un proceso metaplásico, de transformación ósea, en el cual encontramos laminillas y verdaderos conductos de Havers, pero no osteoblastos ni osteoclastos. Aunque según Testut (4) estos elementos celulares no son indefectiblemente necesarios para la formación de hueso... "En el embrión, el tejido mesenquimatoso sirve de punto de partida normal a ciertas formas de huesos; pero, aparte de este tipo embrionario, todos los tejidos conjuntivos son susceptibles de osificarse a favor de circunstancias particulares, totales o generales: tejido fibroso, cartilaginoso, paredes arteriales, etc. Pero, y este es el punto esencial, el tejido conjuntivo sólo puede osificarse cuando revierte gracias a mecanismos que debemos exponer a una forma embrionaria, absolutamente embrionaria"... "Se han comprobado frecuentes osificaciones sin presencia de osteoblastos"... "Los conductos de Havers son producidos por procesos de resorción en los que participan los osteoclastos y un factor vascular que por aumento del régimen circulatorio produce osteolisis; esta osteolisis parece tomar parte más activa que la osteoclastia celular"... "La sustitución del tejido cartilaginoso o fibroso por tejido óseo no puede efectuarse sin que aquéllos sean llevados al estado de tejido conjuntivo embrionario, el único apto para experimentar los antedichos procesos de osificación. Esto hace de la osificación una verdadera metaplasia del tejido conjuntivo".

De todas maneras, ante la verdadera incógnita que rodea la íntima patogénesis de esta anormal producción de hueso, hemos denominado a esta presentación "Induración osteoide del pene".

RESUMEN Y CONSIDERACIONES

En los animales el hueso penano es una formación normal y por naturaleza útil. En el hombre se trata de un proceso patológico que dificulta en última instancia el acto sexual.

Presentamos 3 casos de induración plástica de los cuerpos cavernosos del pene con formación de tejido osteoide, que fueron extirpados quirúrgicamente; creemos que debe ser el tratamiento indicado en estos enfermos por considerarlo racional y el único posible.

Llamamos la atención sobre la posible impotencia a posteriori del acto quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bett, W. R.: The os penis in man and beast. An. of the Royal College of Surgeons of England. Vol. X. Pág. 405. 1952.
- 2) Villamil, M. F. y Mancini, R. E.: Tejido conectivo y enfermedades del colágeno. 1959.
- 3) Ribbert, H. y Hamperl, H.: Tratado de Patología General y Anatomía Patológica. Pág. 151. 1956.
- 4) Testut, L. y Latarjet, A.: Tratado de Anatomía Humana, tomo primero. Pág. 26. 1954
- 6) Chesney, J.: Peyronie's Disease. British Jou. of Urol. March 1963. Pág. 61.
- 5) Di Fiore, M. S. H.: Diagnóstico Histológico. Pág. 489, 1953.
- 7) Bernardi y Wainberg: Rev. Arg. de Urol. 1954, 23:132.
- 8) Domenech, A.: Enfermedad de La Peyronie. Premio Salaberry. 1955.
- 9) May, J.: Rev. Arg. de Dermatosis. 1944. 4:528.
- 10) Vidiella, J. y Borzone, R. J.: Nuevo Enfoque Terapéutico de la Ind. Plás. de los Cuerpos Cavernosos. Rev. Arg. de Urol. 1961. 30:420.
- 11) Paten, B. M.: Embriología Humana. 1956.
- 12) Arey, L. B.: Anatomía del Desarrollo. 1954.