

Corrección de la enfermedad de Peyronie con injerto de dermis

Dermis graft for the correction of the Peyronie's disease

Virasoro, Ramón

Sección Urología. Departamento de Cirugía. CEMIC.

Estamos presenciando un momento de la historia de la urología, en el cual los pacientes tienen un mayor conocimiento de la salud sexual. Los medios de comunicación, especialmente Internet, favoreció el acceso a la información, permitiendo la búsqueda de ayuda en procesos que eran considerados vergonzosos en el pasado.

La disfunción eréctil y la curvatura peneana adquirida son dos motivos de consulta frecuente en la práctica urológica diaria. La enfermedad de Peyronie, un proceso cicatrizal de la túnica albugínea que provoca curvatura peneana, es una entidad establecida clínicamente a pesar de la incertidumbre de su etiología.

Varias teorías han sido propuestas desde su primera descripción a mediados del siglo XVII, pero ninguna aceptada aún. Para algunos científicos, el desarrollo del proceso estaría relacionado a la anatomía especial de la túnica albugínea y su relación con las fibras septales que la componen.

La enfermedad de Peyronie tiene dos etapas clínicas: la primera, fase activa, está asociada a erecciones dolorosas y deformidad del pene. Está seguida de una etapa de quiescencia que se caracteriza por estabilización de la deformidad y desaparición del dolor de haber estado presente. Hasta un tercio de los pacientes desarrolla un cuadro abrupto, con la aparición de curvatura peneana “de un día para otro”.

Existe tratamiento médico solamente para la etapa inicial; muchos de ellos con el objetivo de contrarrestar el fenómeno inflamatorio y evitar la cicatriz retráctil.

La cirugía es para aquellos pacientes con una curvatura/deformidad y disfunción eréctil que les impide el coito. Los candidatos a cirugía deben tener enfermedad “madura”, que incluye el cese del dolor y la estabilización de la deformidad/curvatura.

Varias técnicas quirúrgicas han sido descritas para la corrección de la curvatura peneana secundaria a la enfermedad de Peyronie; incluyendo la plicatura de la túnica albugínea en el aspecto opuesto de la curvatura y la incisión/resección de la placa con el posterior injerto del defecto.

Los tejidos y materiales utilizados como injertos han sido varios: dermis, túnica vaginal, fascia temporal, venas, piel de pene desepitelizada, pericardio cadavérico y submucosa de intestino delgado porcina.

Esta editorial se focaliza en el uso de parche dérmico en la corrección de la curvatura asociada a la enfermedad de Peyronie.

Técnica quirúrgica

Las maniobras delicadas en el manejo de los tejidos son esenciales. Se aconseja el uso de lupas de aumento para obtener resultados óptimos.

La incisión a realizar dependerá de la técnica a utilizar y de la localización de la placa.

En el caso de las placas ventrales, la incisión en el rafe medio del pene es adecuada. Las placas dorsales, en cambio, son mejor abordadas utilizando una incisión circunferencial subcoronal. En pacientes previamente circuncidados, la incisión debe coincidir con la cicatriz previa para evitar linfedema distal o glandelar.

Una vez alcanzado el plano de la fascia de Buck, el pene es desnudado hasta su base siguiendo el plano avascular entre la hoja superficial de la misma y la fascia de Dartos. Los pequeños vasos perforantes son controlados con electro bisturí bipolar.

Para placas dorsales, el paquete neurovascular es elevado de la túnica albugínea en conjunto con la fascia de Buck. Esto puede ser logrado con incisiones laterales al cuerpo esponjoso y disecando el paquete neurovascular de las caras laterales y dorsal de la túnica albugínea. Alternativamente, se puede acceder al lecho de la vena dorsal profunda y luego separar el paquete neurovascular hacia los laterales (**Figura 1**).

En caso de optar por el acceso medial, la resección

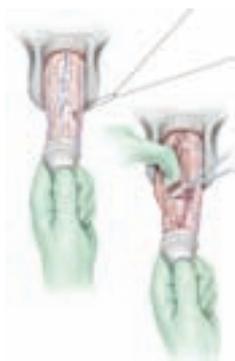


Figura 1. Disección de la vena dorsal del pene. (Impreso con permiso del Dr. Gerald Jordan)



Figura 2. Vena dorsal resecada.

de la vena dorsal profunda se realiza hasta la región pubiana en sentido proximal y hasta la ramificación de la misma a nivel subcoronal (**Figura 2**). Nuevamente, la hemostasia de las venas circunflejas es controlada ya sea con electro bisturí bipolar o con ligaduras.

Una vez expuesta la cara dorsal de la túnica albugínea, se provoca una erección artificial para determinar la longitud de la placa y el sitio de máxima curvatura, donde se coloca una sutura demarcatoria con prolene. En manos experimentadas, la inelasticidad de la placa puede ser evidente a la palpación y su extensión puede ser delimitada en la superficie de la túnica albugínea. Luego se colocan suturas demarcatorias en los límites de la placa y se realiza la marcación de las líneas de incisión. El uso de torniquete proximal para el control de la hemostasia, muy utilizado en este paso, puede encubrir curvaturas proximales.

Se realiza entonces la incisión en forma de "H" en la túnica albugínea (**Figuras 3 y 4**). Los colgajos de la túnica se elevan utilizando tijera o bisturí frío, separándolos del tejido eréctil subyacente. Los mismos son luego suturados obteniendo un defecto cuadrangular en la túnica albugínea.

A nivel del punto de máxima curvatura, el cual es determinado con bastante precisión al realizar la erección artificial, una pequeña banda de túnica albugínea puede ser resecada. De esta manera nos aseguramos de



Figura 3. Demarcación de la incisión.



Figura 4. Incisión de la placa. (Impreso con permiso del Dr. Gerald Jordan)

incidir la zona de máxima tracción de la placa. Esto crea un defecto mayor, pero el mismo sigue siendo cuadrangular y no dificulta la posterior inclusión del injerto.

El pene puede ser enderezado efectivamente con la sola incisión de la túnica albugínea en aproximadamente el 79% de los casos. La resección de una fina banda de túnica albugínea permite alcanzar el enderezamiento de casi el 100% de los pacientes. Sólo un 5% requerirá una plicatura de "retoque", la cual en la mayoría de los casos se debe a persistente flexión del glande.

Una vez que la placa ha sido incidida o reseca, medimos el defecto resultante en el cuerpo cavernoso, al tiempo que elongamos el pene para asegurar una cobertura adecuada. El injerto es entonces marcado en el sitio dador, teniendo en cuenta que el mismo se contraerá un 30% una vez extraído y un 30% adicional durante el proceso de "prendimiento". Se recomienda el uso de la piel que se encuentra por encima de la cresta ilíaca, lateral a la línea de vello central del abdomen. El sitio dador es cerrado en forma primaria con suturas subcuticulares (Figura 5).

Como se dijo previamente, hay que utilizar un injerto que mida un 30% más en todas sus dimensiones, con el que cubrimos el defecto de la corporotomía. El parche dérmico es suturado con PDS 4/0, tras lo cual recreamos una nueva erección artificial para comprobar la sutura y corroborar que se haya corregido la curvatura (Figuras 6 y 7). De haber pérdidas entre suturas, se refuerzan con el mismo material. Si el pene no está derecho en esta instancia no lo estará en el postoperatorio, con lo cual será necesario corregirlo con nuevas incisiones y parche, o bien con plicaturas contra laterales.

Una vez completado el injerto se cierra el pene anatómicamente. La fascia de Buck es reposicionada y dos drenajes aspirativos se colocan entre ésta y la fascia de Dartos. La piel se cierra con Vicryl 5/0.

De haber realizado una incisión ventral que traspasa el límite peno-escrotal, hay que realizar una Z-plastia para evitar la escrotalización del pene.

El pene es cubierto con un film adhesivo desde su base hasta la mitad del glande para evitar deslizamientos. Un vendaje levemente compresivo es aplicado por unas horas para limitar el edema y favorecer el colapsamiento de los planos alrededor del drenaje. Este vendaje es retirado a las 4 horas y es prudente observar el glande cada 30 minutos durante ese período.

Se deja una sonda Foley 14 Fr. y se retira, junto con los drenajes, al día siguiente, previo al alta del paciente.

Se pueden suprimir las erecciones con diazepam, y se instruye al paciente para que las evite por un período de 2 semanas.

Los injertos de dermis maduran de la misma manera que otros injertos: las primeras 48 hs se nutren por imbibición de fluidos y luego se produce la inosculación de vasos adyacentes. El moldeo del injerto tiene lugar al final de la fase madurativa, y el injerto primero tiende a contraer y luego recupera elasticidad. En los primeros 3 meses puede recrearse la curvatura, pero con el tiempo el injerto se elastiza y el pene se endereza. Los pacientes deben ser advertidos de esta situación para evitar frustración.

Luego de la segunda semana, hay que incentivar al paciente para que provoque erecciones y, de esta manera, colaboren con los procesos de estiramiento del injerto. El coito debe ser evitado por 10 a 12 semanas, aunque en este período el pene debe ser manipulado manualmente para evitar adherencias de la piel a los planos profundos. Se puede utilizar la bomba de vacío con el fin de distender el injerto, teniendo la precaución de no usar el anillo compresivo en la base del pene.

La plicatura y el injerto de la túnica albugínea son las dos técnicas quirúrgicas disponibles para corregir la curvatura y/o deformidad asociadas a la enfermedad de Peyronie. Cuando la longitud del pene no es



Figura 5. Extracción del injerto de dermis. A la izquierda epidermis, centro defecto de hipodermis, derecha parche de dermis.



Figura 6. Presentación del parche de dermis.



Figura 7. Parches de dermis suturados en los defectos de la albugínea.

adecuada, la plicatura deja de ser una opción. Los pacientes con pene de longitud inadecuada, ya sea genética o adquirida por cicatrización, habitualmente optan por técnicas de injerto. En los últimos 60 años se utilizaron diferentes injertos biológicos y sintéticos. El material ideal aún no ha sido descubierto o desarrollado y debería ser: autólogo o, en su defecto, alogénico, con características similares a la túnica albugínea, de fácil manipulación, y que no provoque reacción inmunológica. Hasta que descubramos el injerto ideal, el parche de dermis es una opción reproducible y que ha pasado la prueba del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akkus E, Carrier S, Baba K, y cols.: Structural alterations in the tunica albuginea of the penis: Impact of Peyronie's disease, ageing and impotence. *Br J Urol* 1997;80(1):190.
2. Brock G, Hsu GL, Nunes L, y cols.: The anatomy of the tunica albuginea in the normal penis and Peyronie's disease. *J Urol* 1997;157:276-281.
3. Carson CC, Jordan GH, Gelbard MK: Peyronie's disease: New concepts in etiology, diagnosis and treatment. *Contemp Urol* 1999;11:44-64.
4. Davis CJ Jr: The microscopic pathology of Peyronie's disease. *J Urol* 1997;157:282-284.
5. Gelbard MK, Dorey F, James K: The natural history of Peyronie's disease. *J Urol* 1990;144:1376-1379.
6. Jardin A, Wagner G, Khoury S, y cols.: Erectile Dysfunction. First International Consultation on Erectile Dysfunction. Co-sponsored by World Health Organization, International Society for Impotence Research, and Société Internationale d'Urologie, Paris, July 1-3, 1999.
7. Jones WJ: Counseling men with sexual dysfunction. *AUA Update Series* 1997;XVI(Lesson 23):178-184.
8. Kelami A. Classification of congenital and acquired penile deviation. *Urol Int* 1983;38(4):229-33.
9. Kendirici M, Nowfar S, Gur S, Jabren GW, Sikka S, Hellstrom W. The Relationship between the type of penile deformity and penile vascular status in patients with Peyronie's disease. *JU* 2005 In Press.
10. Nyberg LM Jr, Bias WB, Hochbert MC, Walsh PC: Identification of an inherited form of Peyronie's disease with autosomal dominant inheritance and association with Dupuytren's contracture and histocompatibility B7 cross-reacting antigens. *J Urol* 1982;128:48-51.
11. O'Brien K, Parker M, Guhring P, Mulhall FP, y cols. Analysis of the natural history of Peyronie's disease. *J Sex Med* 2004(1) Supplement 1, p50, Abstract 69.
12. Williams J, Thomas G: The natural history of Peyronie's disease. *J Urol* 1970;103:75.
13. World Health Organization Report, Sexual Medicine, Sexual Dysfunctions in Men and Women, 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions-Paris, 2004, (Editors: Lue T, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, and Montorsi F), Health Publications.