

Enfermedad de La Peyronie. Causa y tratamiento quirúrgico.

Dr. GIUDICE, C. (h)

La enfermedad de La Peyronie es una alteración localizada del tejido conectivo de la túnica albugínea que recubre los cuerpos cavernosos.

Está caracterizada por una cicatriz fibrosa que impide la normal distensión de albugínea durante la erección generando una curvatura (1).

Francoise de La Peyronie presentó en la Real Academia de Cirugía de París los primeros tres casos publicados de esa enfermedad, que desde entonces lleva su nombre (2).

Considerada hasta hace 20 años una entidad rara debido a tabúes o represiones sexuales, podemos decir que hoy es motivo frecuente de consulta.

ETIOLOGIA

Smith observó en estudios histopatológicos un proceso inflamatorio, más concretamente una vasculitis entre la túnica albugínea y el tejido cavernoso (3). Aunque nunca se ha conocido el origen de este proceso inflamatorio, múltiples tratamientos antiflogísticos han sido ensayados tratando de controlarlo.

Devine y colaboradores opinan que la inflamación y su posterior consecuencia, la placa, es el resultado y no la causa del proceso en la túnica albugínea. Estos autores encontraron una excesiva deposición de colágeno en la placa y una reducida producción y anormal disposición de las fibras de elastina (4).

En su esquema, así como en el de otros autores (1, 5, 6), la enfermedad de La Peyronie resulta de un traumatismo agudo o repetitivo en el tiempo, generando una lesión microvascular con posterior anormal disposición de fibrina y elastina.

La pregunta sería dónde y por qué se produce el trauma. Frank Hinman Jr. encontró sin excepciones que todas las placas son dorsales y/o ventrales (7). Esto se podría explicar del siguiente modo: las fibras que parten del septum intercavernoso se abren en abanico y se unen a la cara interna de la albugínea (Fig. 1), participando en la rigidez del pene durante la erección, impidiendo doblarlo tanto en sentido dorsal como ventral. A lo largo de la vida sexual estas uniones se tensan y en algunos casos se lesionan, desencadenando el proceso de cicatriz y fibrosis previamente mencionado. Algunos pacientes recuerdan exactamente el momento y refieren una erección normal y la siguiente con el pene curvado. Otro grupo de pacientes refieren un comienzo más lento de la enfermedad y muchos perciben primero el dolor y la placa antes que la curvatura.

En este grupo de pacientes una incipiente falta de rigidez condiciona microlesiones en las fibras de unión entre el septum y la túnica albugínea que determinarán el proceso de cicatriz y fibrosis que caracterizan el inicio de esta entidad.

Muchos otros factores se postulan como causales, tales como autoinmunitarios, farmacológicos, enzi-

máticos, etc. Lo importante es que cualquiera sea el factor causante es imprescindible que se dé en un individuo susceptible de desarrollar la enfermedad.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Como expresamos anteriormente muchos tratamientos médicos han sido ensayados, desde los primitivos productos iodados y azufrados hasta los empleados en nuestros días (Orgotefna, corticoides, Potaba, Vit. E, etc.). Luego de estar intentando durante 200 años distintos tratamientos, ninguno específico y con malos resultados, inferimos que poco se ha avanzado. Tal vez la mejoría se deba sólo al paso del tiempo y a la característica de ser una enfermedad autolimitada hagan que la enfermedad se estabilice o bien retroceda.

De los medios físicos, radioterapia, ultrasonido, iontoforesis y láser, ninguno proporciona resultados predecibles oscilando los porcentajes de mejorías en alrededor de 65% y de curación entre el 2-8%. Algunos autores no establecen diferencia entre la evolución natural y estos tratamientos (8).

Debido al fracaso de las medidas mencionadas es que también se ha intentado y se intentan cirugías correctivas.

Para ofrecer el mejor tratamiento quirúrgico es importante conocer el estado de la función sexual del paciente.

Jordan (9) realiza preoperatoriamente a todos los pacientes candidatos a cirugía correctiva, una cavernometría y una cavemosografía con drogas vasoactivas. Sus conclusiones, aunque incipientes, son claras. Hay tres tipos de pacientes.

En el primero están los pacientes con estudios de la función sexual normal. Estos tienen virtualmente el 100% de posibilidades de obtener buenos resultados postoperatorios, esto es: buenas erecciones sin curvatura.

En el segundo grupo se encuentran aquellos pacientes con estudios patológicos no corregibles y por lo tanto son candidatos al implante protésico.

En el tercer grupo de pacientes se encuentran aquellos que sin tener un estudio totalmente normal tampoco es absolutamente patológico, ejemplo: fuga venosa mínima asociada que puede ser susceptible de tratamiento en el mismo acto quirúrgico. Jordan le atribuye a estos pacientes el 60-65% de posibilidades de éxito con el injerto de dermis.

Nosotros sólo hemos operado con estudios normales y en todos los casos obtuvimos resultados satisfactorios. Indicamos el tratamiento quirúrgico sólo en aquellos pacientes que no pueden mantener relaciones sexuales satisfactoriamente. Aún en estas circunstancias esperamos 6 meses al menos de enfermedad estable, salvo que la placa esté calcificada.

Dentro de las técnicas de resección e injerto existen varios tejidos empleados a tal fin. Nosotros empleamos el injerto de dermis. Este tejido ha demostrado ser el que menos se contrae y el que más elasticidad aporta en animales de experimentación (10). Los resultados satisfactorios obtenidos con esta técnica oscilan entre el 40 y 70%, sin tener una adecuada valoración pre-operatoria de la función sexual. El 30% de impotencia postoperatoria observada en la revisión hecha por Jimenez-Cruz (11), quizá se deba a que un buen número de esos pacientes ya tenía otra causa de disfunción eréctil no diagnosticada y por lo tanto la impotencia postoperatoria no está relacionada con la operación en sí misma (12). Además, Warren Jones (13), afirma que en el 75% de pacientes con impotencia postoperatoria la causa es psicógena y tratable con psicoterapia.

Otros autores solucionan el problema de la impotencia postoperatoria con planes de autoinyección de drogas vasoactivas (14).

Creemos que la resección e injerto de la placa tiene su indicación en los pacientes más jóvenes y con un normal estudio de la función sexual preoperatoria. De este modo se logran buenas erecciones y el pene sin curvatura.

También se emplean otros tejidos como son la duramadre liofilizada con un 70% de éxito, el Dacron y la túnica vaginalis con porcentajes algo más elevados, pero con escasa experiencia a nivel internacional.

De las técnicas que no resecan la placa, la plástica de la albugínea (Nesbit), es quizás la más empleada (15, 16). Sus defensores argumentan la simplicidad y los resultados uniformemente buenos, mientras que sus detractores hacen hincapié en el acortamiento del pene y la persistencia de dolor en el área de la placa (17).

Con respecto al implante protésico, compartimos con otros autores el concepto de no implantar a los pacientes que logran y mantienen sus propias erecciones. Sí lo indicamos en aquellos que no tienen erecciones o son muy defectuosas, objetivadas en los estudios preoperatorios.

CONCLUSION

1) La cirugía se debe aplicar a pacientes que no pueden mantener relaciones sexuales o que las mismas son muy dificultosas, que además presenten una enfermedad estable de por lo menos 6 meses de evolución y/o la placa calcificada.

2) La técnica a emplear será la que mejor conozca el cirujano, pero hacemos hincapié en una buena evaluación de la función sexual.

3) No consideramos necesario implantar a pacientes que logran mantener sus propias erecciones.

BIBLIOGRAFIA

1. DEVINE, Ch. Jr.: "In Urology Surgery". Ed. James F. Glenn, MD. J.B. Tippincott Company, East Washington Square, Philadelphia. P.A. 19105
2. PEYRONIE, F. de La: "Sur quelques obstacles qui opsent á l'éjaculation naturelle de la semence". R. Acad. Chir., 1743:425
3. SMITH, B. H.: "Peyronie's Disease". Am J. Path. 45:670, 1966
4. SOMERS, K. D. et al.: "Isolation and characterization of collagen in Peyronie's disease". J. Urol. 141:629-631, 1989.
5. FUNEY, C. A.: "Peyronie's Disease: treatment by the local injection of meticortelare and hydrocortisona". J. Urol., 77:25, 1957
6. McROBERTS, J. W.: "Peyronie's Disease". Surgery Gynec. Obstet. 129:1291, 1969
7. HINMAN, F. Jr.: "Etiologic factors in Peyronie's disease". Urol. Int., 35; 407-413, 1980
8. WILLIAMS, J. L.: "The natural history of Peyronie's disease". J. Urol., 10:75, 1970
9. JORDAN, G. M.: "Peyronie's Disease Conference". Oct. 14, 1989, Norfolk
10. JORDAN, G. M.; DEVINE, P. et al.: "The dermal graft procedure for Peyronie's disease surgery". Abstract 466. J. Urol., 132, 680, 1984
11. JIMENEZ CRUZ, J. F. et al.: "Enfermedad de La Peyronie: sistemática, diagnóstica y terapéutica". Ed. Lab. Liade en colab. con la A.E.U., pp 34-35
12. STECKER, J. Jr. et al.: "Evaluation of erectile dysfunction in patients with Peyronie's disease". J. Urol. 132, 680, 1984
13. WARREN, J. et al.: "Treatment of psychogenic impotence after dermal graft repair for Peyronie's disease". J. Urol. 131: 286-288, 1984
14. TREIBER, U. et al.: "Surgical treatment of Peyronie's disease". Int. J. Impotence Rec. 1990 (2), Supplement 2, 388-389
15. PRYOR, J. P.: "A new approach to the correction of penile deformation in Peyronie's disease". J. Urol., 122:622
16. BORRELLI, M.: "Surgical correction of Peyronie's disease using Nesbit's technique. An excellent way to reconstruct erectile potency". W. J. Urol. 1:257-259, 1983
17. BECKERT, R. et al.: "Plaque section us corporoplasty in correcting Peyronie's disease". Int. Imp. Res. (1990) 2, supp. 2, 313

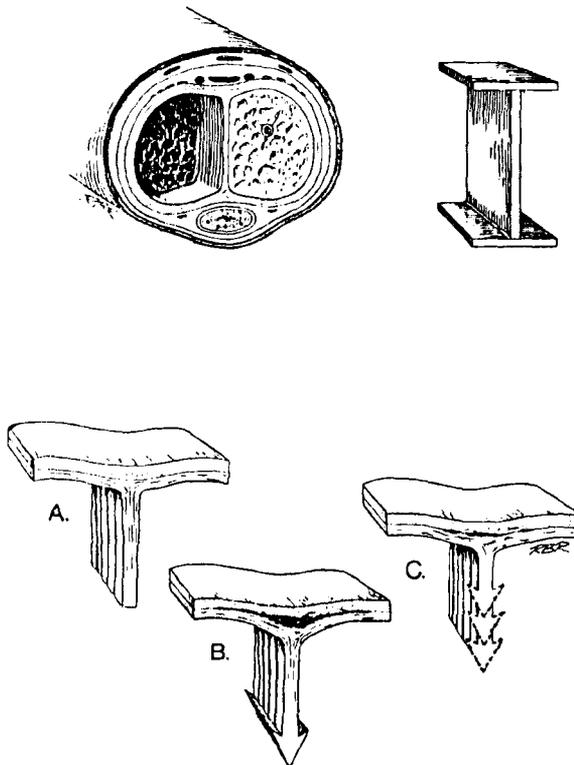


Figura 1: Septum intercavernoso y albugínea.
(Reproducido con autorización de Charles Devien Jr., J. P. Lippincott Co., Filadelfia)

El urólogo y la andrología

Dr. JOSE VAZQUEZ

El renovado interés de las autoridades de la Sociedad Argentina de Urología por impulsar y desarrollar el Comité de Especialidades relacionadas con la Urología, resulta propicio para efectuar algunas reflexiones respecto del urólogo y la andrología.

La actividad científica andrológica comenzó hace algunas décadas, aglutinando a profesionales investigadores y médicos clínicos que se ocupaban de los distintos aspectos de la infertilidad masculina. Y aunque este es el tema central de la Andrología, progresivamente se han incorporado nuevos motivos de estudio relacionados con el área genital masculina, tales como disfunciones sexuales, pubertad, senectud, etc.

Hoy la Sociedad Internacional de Andrología agrupa a 22 sociedades nacionales y aproximadamente 5000 afiliados. Ha realizado 4 exitosos congresos internacionales y con frecuencia se organizan cursos y reuniones científicas, que promueven el interés de numerosos profesionales.

Los miembros integrantes de las sociedades andrológicas proceden de distintas especialidades médicas, en su mayor parte son endocrinólogos y urólogos y en menor proporción investigadores básicos, genetistas, obstetras, ginecólogos, etc.

En nuestro país, la Sociedad Argentina de Andrología fue fundada en 1976 y actualmente cuenta con más de 100 afiliados, incluyendo entre sus miembros a investigadores, médicos provenientes de distintas disciplinas y bioquímicos, todos interesados en la problemática andrológica.

*Facultad de Medicina, UBA
Hospital de Clínicas "José de San Martín"
División Urología, Prof. Tit. Dr. Carlos Scorticati
Sección Andrología, Sexología.*

Es importante señalar el significativo desarrollo que han experimentado los temas andrológicos en los últimos años, en sus aspectos básicos, diagnósticos, clínicos y terapéuticos. Y también debemos reconocer la decidida contribución de las Sociedades Andrológicas, a este crecimiento sostenido.

Si bien la actividad andrológica se la puede identificar con las funciones reproductiva y sexual del aparato genital masculino, tratar de definir al andrólogo como especialista, parece ser un problema más complejo. Pues coexisten enfoques multidisciplinarios, distintas actividades específicas y superposición programática con otras especialidades médicas clásicas.

De hecho aún no existe uniformidad de criterios respecto de la actividad curricular que debería reunir un andrólogo. En la actualidad no se otorgan títulos o certificados de andrólogo o especialista en Andrología en casi ningún país del mundo.

El centro de la cuestión no radica en quien debe ejercer la Andrología, sino que tiene idoneidad para ello. En nuestro medio no es infrecuente la existencia de pseudoespecialistas, quienes careciendo de las más elementales normas éticas y científicas, engañan a los pacientes y desprestigian la profesión médica.

¿Que relación tiene toda esta problemática con el urólogo y la Andrología?

Para evitar un mayor grado de confusión es necesario que las actuales Especialidades Médicas, cuya orientación tengan afinidad con los temas andrológicos, fomenten la creación de áreas específicas para el desarrollo de esta disciplina.

En tal sentido la Urología es una de estas materias, que por ocuparse de la fisiología y patología del aparato urogenital masculina y urinario femenino en sus

aspectos clínico y quirúrgico, brinda una excelente plataforma para la actividad asistencial y formación de especialistas en esterilidad y disfunciones sexuales orgánicas masculinas.

Numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos en estas patologías requieren de métodos invasivos e intervenciones quirúrgicas sobre el aparato genital del varón, y es el urólogo quien por su experiencia en este campo, se encuentra en inmejorables condiciones para realizarlas.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el del urólogo, quien por su condición de cirujano, recibe pacientes derivados por otros colegas con la indicación de realizar tal o cual estudio o intervención quirúrgica (test con drogas vaso-activas, cavernosografías, biopsias testiculares, correcciones de varicocele, drenaje de priapismos, etc.).

En tales circunstancias no es suficiente el saber ejecutar dichas intervenciones, también es necesario poder evaluar la indicación. De lo contrario nos exponemos a la realización de prescripciones incorrectas y a la eventual responsabilidad de posibles complica-

ciones.

Considerando que en la actualidad, la práctica médica tiende a la superespecialización temática y a la integración de los profesionales en grupos de trabajo multidisciplinarios, es otro motivo para que los urólogos aspiremos a participar con un rol protagónico, aportando nuestra propia experiencia y criterios.

Estas son algunas de las múltiples razones por lo cual, quienes nos sentimos identificados con la urología, creemos que es importante el compromiso activo de los urólogos e instituciones urológicas, para facilitar, promover y difundir nuestro trabajo.

Estamos convencidos que la Urología brinda excelentes condiciones para el desarrollo de la actividad asistencial, académica y docente en los problemas sexuales y reproductivos masculinos. También se facilitará a los pacientes la ubicación de centros de referencia idóneos para su atención y a los profesionales un ámbito adecuado para su formación. Además de evitar la fragmentación o atomización de la especialidad.



B. ACHER ARGENTINA S.R.L.

EN REPRESENTACION
DE SUS MARCAS
EXCLUSIVAS:

COOK
UROLOGICAL
A COOK GROUP COMPANY



MENTOR

SE COMPLACE EN OFRECER LA LINEA MAS COMPLETA
DE PRODUCTOS DE VANGUARDIA PARA EL UROLOGO.

CONSULTE A NUESTROS TELEFONOS Y UN REPRESENTANTE LO VISITARA.

SAU