**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD  
DE LA PEYRONIE****SURGICAL TREATMENT OF PEYRONIE'S DISEASE**

---

**Dres. Di Gregorio, M.\*; Gueglio, G.; Giúdice, C. R.; Daels, F.; Tejerizo, J. C.; Damia, O.; Rey Valzacchi, G; Schiappapietra, J.**

---

**RESUMEN:** *El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de La Peyronie es una alternativa válida cuando la función sexual se altera debido a una desviación peneana importante que dificulta o impide la penetración o por la pérdida de la función eréctil.*

*En este estudio describimos nuestra experiencia en 16 pacientes, de los cuales 8 recibieron tratamiento con la técnica de Nesbit o sus variantes; en 4 se realizó resección de placa más injerto y en los 4 restantes implante protésico peneano. La técnica de Nesbit o sus modificaciones se utilizaron cuando la placa fue pequeña y/o la desviación menor a 45°. Por el injerto dérmico se optó en aquellos pacientes con erección previa conservada, importante desviación y/o acortamiento peneano; el implante protésico peneano se empleó en los casos que presentaron disfunción sexual eréctil concomitante. En todos los casos se obtuvo una rectificación peneana adecuada y los pacientes refirieron a posteriori una actividad sexual satisfactoria. Creemos que para lograr un buen resultado en el tratamiento quirúrgico es de suma importancia una exhaustiva evaluación preoperatoria, la que permitirá seleccionar la terapéutica más adecuada.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 62, Nº 2, Pág. 60, 1997)

---

**Palabras clave:** Pene; Enfermedad de La Peyronie; Tratamiento quirúrgico.

---

**SUMMARY:** *The surgical treatment of Peyronie's disease is a valid alternative when sexual function is altered due to a significant penis bending that impairs or prevents sexual intercourse or due to loss of erectile function.*

*In this study our experience is described in sixteen patients. Eight of them were treated with Nesbit technique of modifications; four cases received plaque excision and graft repair. The remaining four underwent inflatable penile prosthesis.*

*Nesbit procedure or its modifications was used in the cases of a little plaque and/or curvature lower than 45 degrees. Dermal graft was employed in patients with normal penile erection function, important deviation and/or penile shortening; penile prosthesis implant was used in cases with concomitant sexual erectile dysfunction. Adequate straightening of penile deviations has been obtained in all cases and the patients referred normal coitus.*

---

\* Servicio de Urología del Hospital Italiano de Buenos Aires  
Gascón 450, (1181) Buenos Aires, Argentina  
Tel. 958-4922

Aceptado para su publicación en octubre de 1996

**Key words:** Penis; Peyronie's disease; Surgical treatment.

## INTRODUCCION

La enfermedad de La Peyronie es una alteración idiopática del pene asociada a una historia de dolor y desviación durante la erección debido a la presencia de una placa de fibrosis que a veces puede calcificarse o formar tejido óseo, palpable sobre la túnica albugínea del pene y que en algunos casos también puede acompañarse de alteración en la erección. La evolución natural de esta enfermedad es impredecible; puede presentar regresión espontánea (50% de los casos), mejoría con tratamiento médico (vitamina E, potaba, corticoides, radioterapia, láser, etc.) o necesidad de cirugía<sup>(1,2)</sup>.

Nunca debe llegarse a la instancia quirúrgica si la enfermedad no está estabilizada. Se entiende por tal a aquélla que no ha sufrido cambios en los últimos seis meses o cuando la placa se calcifica. Si la misma no afecta sexualmente al paciente la conducta puede ser conservadora, pero si la desviación producida durante la erección perjudica la función sexual o se asocia a una pérdida de la erección, es recomendable el tratamiento quirúrgico<sup>(1,3-5)</sup>.

Las alternativas quirúrgicas son técnicamente variadas y su elección está relacionada con las características presentadas por la enfermedad al momento de su tratamiento. Una de las técnicas consiste en la exéresis de pastillas de túnica albugínea y su cierre (técnica de

Nesbit)<sup>(6)</sup> o sus modificaciones sobre el lado convexo de la desviación. Una segunda alternativa es la exéresis de la placa albugínea enferma y la colocación de un injerto que puede ser de material orgánico (dermis, vena, fascia temporal, túnica vaginal) o sintético (dacrón, goretex, dexion)<sup>(1,7-9)</sup>; en los casos en que se asocia con disfunción sexual eréctil o desviaciones muy acentuadas, la elección puede ser un implante protésico peneano (habitualmente maleable o inflable multicomponente)<sup>(1,9)</sup>. En este estudio se describen los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico en 16 pacientes con diagnóstico de enfermedad de la Peyronie tratados con las técnicas antes mencionadas de acuerdo con el estado clínico presentado al momento de su evaluación.

## MATERIAL Y METODO

Entre febrero de 1990 y julio de 1996, 16 pacientes fueron tratados quirúrgicamente por una función sexual alterada como resultado de la enfermedad de La Peyronie. Ninguno de nuestros pacientes presentó concomitantemente contractura de Dupuytren, de la fascia plantar (enfermedad de Ledderhose) ni timpanoesclerosis. Para la selección de la alternativa quirúrgica se tuvo en cuenta la anamnesis, historia sexual, examen físico (con el que se determinó el tamaño y ubicación de la placa), fotografía tipo polaroid para determinar la orienta-

### Crterios utilizados para la selección de la técnica

|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| Desviación <45°<br>Ausencia de acortamiento peneano<br>Erección conservada                        | → | Nesbit o modificaciones               |
| Desviación >45°<br>Placas de 3 cm <sup>2</sup> o ><br>Acortamiento peneano<br>Erección conservada | → | Resección de placa + injerto o parche |
| Erección alterada<br>Desviación importante  | → | IPP                                   |

Tabla 1

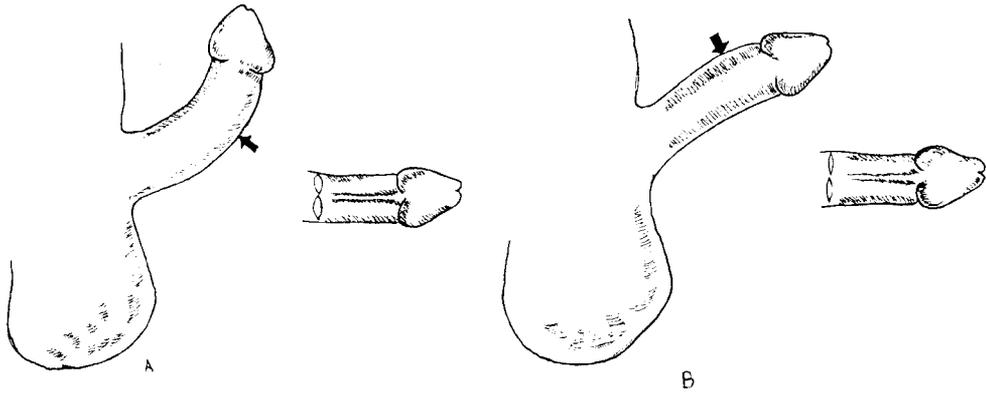


Figura 1: **A)** Corrección de curvatura dorsal por remoción de elipses simétricas de túnica albugínea desde la superficie ventral del pene. **B)** Corrección de curvatura ventral también por remoción de elipses simétricas, pero desde la superficie dorsal.

ción y el grado de desviación peneana, radiografía simple de pene con técnica mamográfica (foco dorsal y lateral) y ecografía peneana. En los casos de sospecha de patología erectiva se completó la evaluación con test de tumescencia peneana nocturna y/o eco-Doppler color de pene con drogas vasoactivas para evaluar la presencia de disfunción sexual eréctil<sup>(12)</sup>. En los casos dudosos se realizó además cavernosometría gravimétrica y cavernosografía.

El rango de curvatura fue de 5 a 90° y el tamaño de la placa osciló entre 0,5 a 9 cm<sup>2</sup>. La ubicación de la misma fue dorsal en 12 casos y ventral en 4 casos, dos de ellos con prolongación lateral de la placa. Se empleó anestesia

general en los 16 casos. Para la elección de la conducta quirúrgica se tuvo en cuenta el grado de desviación, la presencia o no de acortamiento peneano, el tamaño de las placas y el grado de erección, como muestra la Tabla 1.

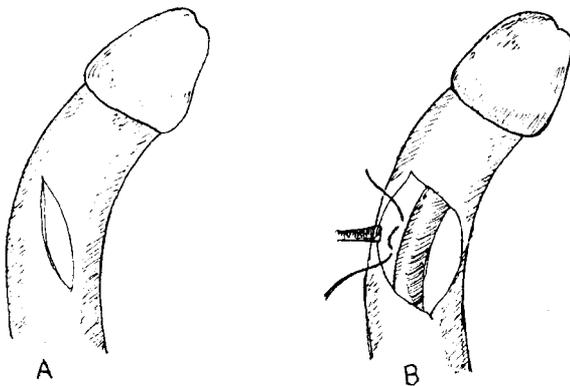


Figura 2: **A)** Incisión de la fascia de Buck en el lado convexo de la curvatura. **B)** Se realiza plicatura con material irreabsorbible tomando la túnica albugínea.

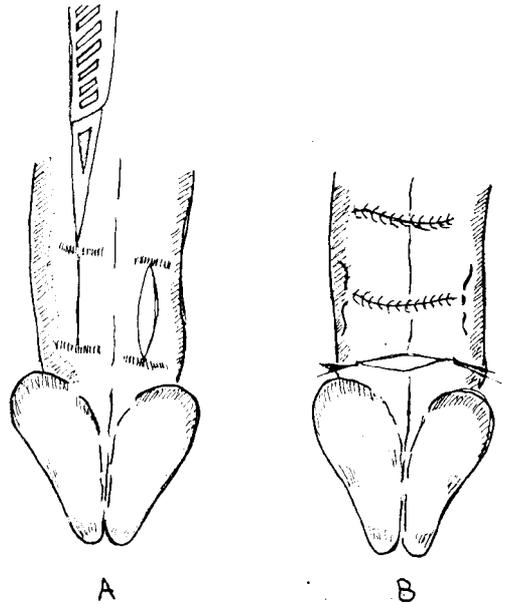


Figura 3: **A)** Incisión longitudinal con bisturí N° 11. **B)** Se traccionan los bordes de la incisión en forma transversal y cierre transversal de la incisión con sutura irreabsorbible con puntos continuos.

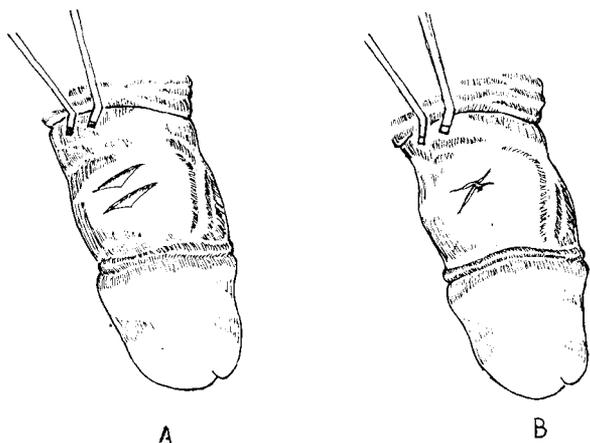


Figura 4: **A)** Incisiones paralelas transversales dejando un puente de albugínea entre las mismas. **B)** Cierre con plicatura de ambas incisiones dejando debajo el puente de túnica albugínea.

En 4 casos se realizó técnica de *Nesbit* (Figura 1) (reseción de pastillas de albugínea sobre el lado convexo de la desviación y cierre del defecto con sutura irreabsorbible con PDS 4-0 o prolene 4-0). En un caso se usó la técnica descrita por *Erpenbach* (plicatura de la albugínea) (Figura 2)<sup>(13)</sup>. En otro la técnica utilizada fue la de *Yachia*, (incisura longitudinal, se tracciona de los bordes y se sutura transversalmente) (Figura 3)<sup>(14)</sup> y en dos casos la descrita en la publicación de *Tullii* en el año 1991 (se realizan dos incisiones transversales dejando un puente de albugínea entre ellas y luego se suturan los bordes dejando invaginado el puente) (Figura 4)<sup>(15)</sup>. En todos los casos se efectuaron puntos con nudo interno.

En los pacientes con severa desviación (mayor de 50°) y/o acortamiento que generalmente cursaban con placas importantes (mayores a 2 o 3 cm) se resecó la placa de albugínea enferma con bisturí o tijera, colocándose un parche (Figura 5). En 3 de los 4 casos se utilizó dermis de la región ilíaca y se la fijó con puntos de PDS. Su tamaño fue del doble del defecto a cubrir, previéndose la retracción posterior. En el cuarto caso el defecto fue cubierto por material sintético (goretex).

En todos los casos mencionados se realizó una incisión circunferencial a 10 mm del surco coronal, luego se disecó y retrajo la piel y la fascia de *Buck* hasta la

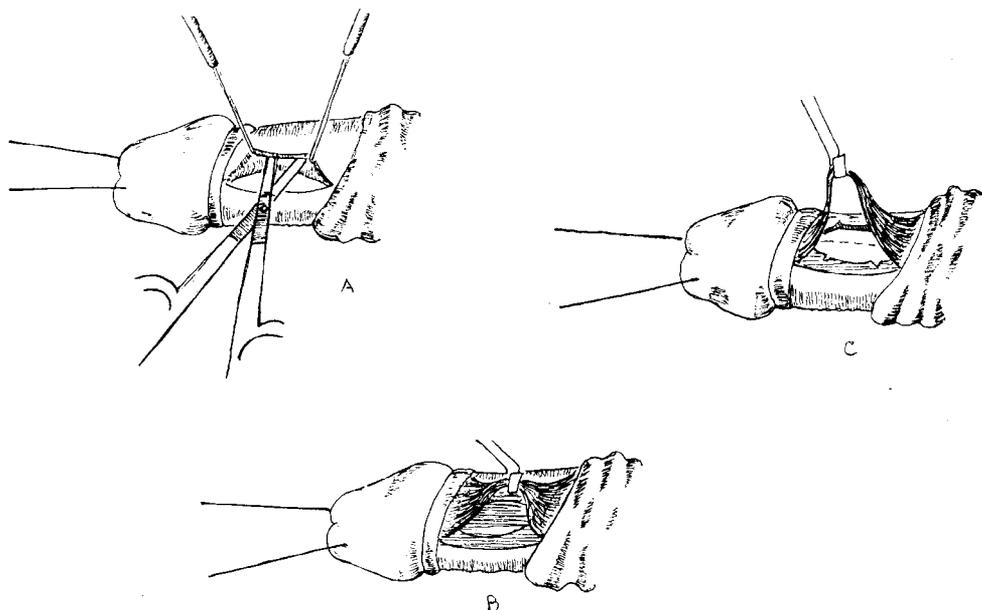


Figura 5a: **A)** Incisión longitudinal en la fascia de *Buck* para levantar el paquete neurovascular dorsal del pene. **B)** Elevación de los vasos y nervios, marcación de los bordes de la placa. **C)** Disección de la placa respetando el tejido eréctil. La placa ha sido resecada y se muestra el defecto de la lesión.

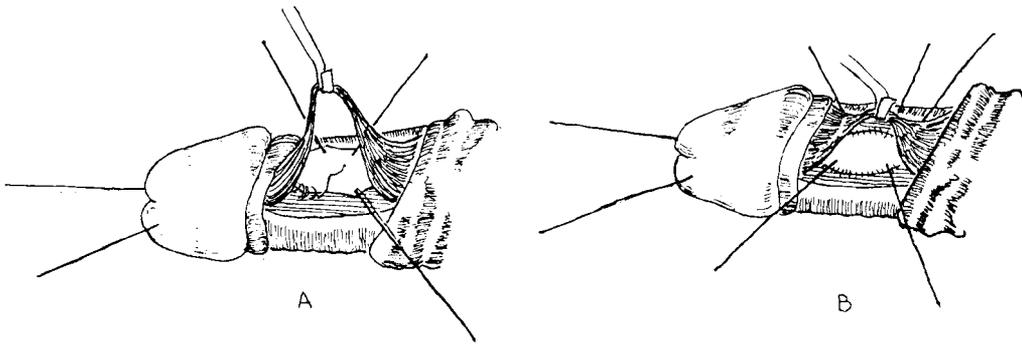


Figura 5b: **A)** El injerto se coloca sobre el defecto y se lo fija con puntos separados de sutura no reabsorbible. **B)** Realizado el cierre del defecto se procede a una nueva erección artificial para verificar la rectificación del pene o la existencia de curvatura residual.

base peneana. Posteriormente se realizó un torniquete a nivel de la base del pene y se practicó una erección artificial con aguja tipo mariposa N° 21, inyectándose solución salina para comprobar la desviación y poder marcar los lugares de corrección.

Realizada la corrección se procedió al cierre de la fascia de Buck con material reabsorbible 4-0 y luego al cierre de la piel con puntos separados de poliglactina 910 4-0. Se colocó sonda vesical que permaneció por 24 horas y se realizó un vendaje compresivo con Coban-dressing.

La profilaxis antibiótica se realizó con cefalosporina de primera generación intraquirúrgica y cada 6 horas durante 24 horas del postoperatorio. El alta hospitalaria se realizó a las 24 horas en la mayoría de los casos; el resto fue realizado en forma ambulatoria.

Para los 4 casos en los que se diagnosticó disfunción sexual eréctil en el preoperatorio la conducta fue el implante protésico peneano. En todos se usaron prótesis inflables; en 2 fue de un componente (Dynaflex) debido a que la desviación era mínima; en los otros 2 se utilizaron prótesis de 3 componentes (AMS700CX y Mentor alfa-1). El abordaje fue por incisión penoescrotal; se identificaron los cuerpos cavernosos y la uretra, luego se colocaron puntos de reparo sobre ambos cuerpos cavernosos y se llevaron a cabo las corporotomías longitudinales, se identificó el tejido cavernoso y se amplió el plano con tijeras y bujías dilatadoras de Hegar hasta el glande y las cruras. Se midió la longitud de los cuerpos cavernosos y se seleccionó la prótesis adecuada, pasándose primero la parte proximal con un introductor de Furlow y luego la parte distal. En todo momento se realizó irrigación con solución antibiótica de gentamicina. Colocados los cilindros, se cerró la corporotomía y, en los casos de prótesis de 3 componentes, se realizó el implante del reservorio y de la bomba; el primero de ellos por incisión suprapúbica creando un plano en el espacio prevesical; los conectores se

pasaron por vía subcutánea y la bomba de activación se colocó en el escroto a través de un plano creado a nivel del dartos. En ningún caso fue necesario reseca la placa ni se realizó su fractura para lograr la rectificación del pene. El cierre del escroto se realizó con sutura de material reabsorbible 4-0; los cilindros quedaron activados por 24 horas para producir hemostasia. Se dejó sonda vesical por 24 horas y se realizó vendaje sin tensión.

El seguimiento en todos los casos se llevó a cabo a los 3, 7, 15, 30 y 60 días y se realizó el control a través de un cuestionario relacionado con la actividad sexual, grado de erección, alteraciones en la sensibilidad del pene y por medio de fotografía tipo polaroid se controló la existencia o no de curvatura residual.

## RESULTADOS

En la Tabla 2 se resumen los resultados obtenidos.

### Resumen de los resultados obtenidos

| Tipo de cirugía           | Nesbit o modificada | Resección + Injerto | IPP |
|---------------------------|---------------------|---------------------|-----|
| N° de pacientes           | 8                   | 4                   | 4   |
| Realineación (%)          | 100                 | 100                 | 100 |
| Acortamiento (N° de pac.) | 2                   | 1                   | -   |
| Edema (N° de pac.)        | 3                   | 1                   | -   |
| Hematoma (N° de pac.)     | 1                   | -                   | -   |
| Infección (N° de pac.)    | -                   | -                   | 1   |
| Dolor (N° de pac.)        | -                   | -                   | 1   |

Tabla 2

Todos los pacientes tratados con técnica de Nesbit o su modificación lograron una adecuada rectificación de la desviación peneana durante el seguimiento, pero dos de ellos refirieron acortamiento peneano de 1 cm aproximadamente.

Como complicación postoperatoria, en tres casos se observó edema prepucial y hematoma en uno; todos los casos resolvieron espontáneamente sin consecuencias a los pocos días.

Un paciente que en el preoperatorio presentó disfunción sexual eréctil de características psicogénicas continuó con dificultad para mantener relaciones a pesar de la corrección de su desviación.

Ninguno manifestó alteración de la sensibilidad a nivel del glande.

De los cuatro tratados con resección + injerto, tres tuvieron buena evolución y pudieron llevar a cabo relaciones sexuales satisfactorias. El cuarto (uno de los tres injertos dérmicos) notó disminución de la potencia sexual a los 15 días del postoperatorio y actualmente tiene mucha dificultad para mantener sus erecciones.

El paciente al que se le realizó injerto con goretex refirió un acortamiento peneano de 1,5 cm aproximadamente.

De los pacientes que recibieron implante protésico peneano todos refirieron adecuada actividad sexual y sus parejas se manifestaron satisfechas. Ninguno tuvo inconvenientes en activar y desactivar la prótesis. Un paciente refirió dolor en las primeras erecciones, que más tarde resolvió espontáneamente. En un caso se produjo infección de herida, la que evolucionó favorablemente con tratamiento médico.

---

## DISCUSION

---

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de la Peyronie puede ser exitoso siempre que se tenga en cuenta que la afección se encuentre estabilizada<sup>(1,3,5,16)</sup>. Esto ocurre entre los seis y dieciocho meses posteriores a la aparición del primer síntoma (dolor, desviación, placa). Es muy importante también realizar una adecuada evaluación del paciente. Aquí la edad, el grado de curvatura, la presencia o ausencia de acortamiento peneano, la función eréctil y la situación de vida del paciente son factores importantes a considerar para la estrategia quirúrgica. Esto permitirá pronosticar resultados postoperatorios satisfactorios y adecuar una alternativa terapéutica a cada paciente en particular<sup>(1,3,16)</sup>.

El objetivo del tratamiento quirúrgico en la enfermedad de Peyronie es la corrección de la desviación con preservación de la función eréctil o la restitución de la misma cuando ésta se hubiere perdido, con una longitud peneana adecuada y sin alteraciones de la sensibilidad peneana<sup>(16)</sup>.

Con la técnica de Nesbit y/o sus modificaciones obtuvimos excelentes resultados en la corrección de la

desviación de baja magnitud (menor a 45°). Esto coincidió con el resultado de otros autores<sup>(17)</sup>. Es una técnica rápida y sencilla, pero tiene el inconveniente de que cuando se requiere la realización de varias elipses eventualmente generaría un acortamiento peneano. Además, existe el riesgo de lesionar el pedículo neurovascular cuando la corrección es dorsal, lo que llevará a una pérdida de la sensibilidad y de la vascularización del glande con impotencia secundaria<sup>(18)</sup> y necrosis distal del pene.

Por otro lado, la manipulación del tejido cavernoso al removerse los bordes de la túnica albugínea puede interferir con la hemodinámica cavernosa normal y causar falla eréctil<sup>(14)</sup>. Por este motivo *Yachia*, *Saalfeld*, *Erpenbach* y otros describieron otras variantes de corpoplastia que podrían evitar estos inconvenientes debido a que son menos cruentas e invasivas, otorgando iguales resultados que la técnica de Nesbit en términos de apariencia y performance<sup>(13-19)</sup>. Dadas estas circunstancias nosotros hemos adoptado preferentemente algunas de estas variantes.

En caso de pacientes jóvenes con enfermedad de Peyronie avanzada, desviación manifiesta, placas importantes y/o acortamiento peneano y con buena función erectiva, una alternativa válida es la resección de la placa de albugínea enferma y el injerto de un parche en la zona del defecto. Esta técnica fue descrita inicialmente por *Lowly* y *colaboradores* utilizando grasa libre como injerto y luego fue modificada con el uso de dermis por *Bystron* y *colaboradores*. Luego *Devine* y *Horton* popularizaron su empleo al comunicar excelentes resultados, así como otros autores<sup>(7,8,20,21)</sup>.

Sin embargo, otras series con esta técnica han tenido un alto porcentaje de impotencia, como por ejemplo *Melman* y *Holland* (100%)<sup>(22)</sup>.

Nosotros sólo tuvimos un paciente (25%) que refirió disfunción eréctil en el postoperatorio. Pensamos que esta baja incidencia de impotencia se debió a que las placas de albugínea resecaadas no fueron de gran tamaño. La teoría que explica la impotencia con esta técnica la atribuye a una resección importante de túnica albugínea cuyo reemplazo impide el normal mecanismo de venoclusión<sup>(23)</sup>.

Existen tres factores críticos a tener en cuenta en estos casos para evitar la disfunción según *Bruce* y *Dakin*. El tamaño y la profundidad de la albugínea a resecaar, la preservación del paquete neurovascular y el apropiado tamaño del injerto respecto del tejido resecaado.

Creemos que ésta es una alternativa válida del implante protésico peneano en pacientes que la prefieren y que tienen una severa desviación peneana evitándose, por otro lado, un acortamiento peneano que se produciría casi con seguridad con la técnica de *Nesbit* o sus modificaciones.

Es necesario que estos pacientes sepan que si se produce una disfunción sexual eréctil luego del procedimiento, es muy factible que se requiera una segunda

intervención y que la alternativa más segura será el implante protésico peneano si fracasa el uso de drogas vasoactivas.

Le elección de un implante protésico peneano tiene indicación en aquellos pacientes con disfunción sexual eréctil concomitante<sup>(24,24,25)</sup>.

En los casos en que la desviación peneana es mínima y la disfunción sexual eréctil es lo más importante se podría considerar un implante protésico maleable o inflable de un componente. Pero si la desviación es importante lo adecuado sería implantar prótesis inflables que tengan capacidad de transferir grandes volúmenes (3 componentes) para poder superar la curvatura generada por la placa. Otros autores proponen, además, la resección o fractura de la placa<sup>(25)</sup>.

Nosotros optamos por las prótesis inflables porque tienen mayores ventajas, ya que el pene puede ser rectificado con el ingreso del contenido líquido en los cilindros. La circunferencia y la longitud del pene no disminuyen y el paciente tiene asegurada una buena erección con una normal apariencia en flaccidez del pene. Este tipo de prótesis permite además realizar cualquier procedimiento urológico que fuera necesario en el futuro. Sin embargo, existen algunas desventajas, como ser posibilidad de fallas mecánicas (menor al 8%) y la presencia de una infección (alta chance de remoción de la prótesis).

Creemos que no es la solución ideal para todos los pacientes y que debería optarse por ella en casos bien determinados.

---

## CONCLUSIONES

---

La calidad de los resultados en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de la Peyronie depende esencialmente del rigor que se tenga en la selección del paciente.

Con la técnica de Nesbit y sus modificaciones se obtienen buenos resultados, pero puede ocurrir acortamiento peneano visual o funcional.

La resección de la placa + injerto es una alternativa válida en aquellos paciente jóvenes (menores de 55 años) con buena función sexual y desviación importante. En los pacientes cuya disfunción eréctil sea atribuible a la presencia de la placa también se puede indicar esta técnica. Tiene el riesgo de producir impotencia postoperatoria.

El implante protésico peneano es la alternativa cuando la enfermedad de la Peyronie cursa con disfunción sexual eréctil y/o desviación peneana muy marcada.

---

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Walsh, P. C.; Retik, A. B.; Stamey, T. A. y Vaughan, E. D. (Jr.): *En: Campbell: Urología*, T. 3, Cap. 83. Ed.

- Panamericana, 1994.
2. Gingell, J. C. y Desay, K. M.: Peyronie's Disease. *Brit. J. Urol.*, 63: 223-226, 1989.
3. Jordan, G. H. y Devine, Ch. J.: Peyronie's disease. *En: Bennett, A. H.: Impotence: Diagnosis and Management of Erectile Dysfunction*, Chapter 11. W. B. Saunders Company, 1994.
4. Bruskwit, R. y Raz, S.: Surgical considerations in the treatment of Peyronie's Disease. *Urology*, 15: 2, 1980.
5. Palomar, J. M.; Halikiopoulos, H. y Thomas, R.: Evaluation of surgical management of Peyronie's Disease. *J Urol*, 123: 680-682, 1980.
6. Nesbit, R. M.: Congenital curvature of the phallus: report of three cases with description of corrective operation. *J Urol*, 93: 230-233, 1965.
7. Wild, R. M.; Devine, C. J. (Jr) y Horton, C. E.: Dermal graft repair of Peryonie's Disease: survey of 50 patients. *J Urol*, 121: 47-50, 1979.
8. Horton, C. E. y Devine, C. J.: Peyronie' Disease. *Plast Reconstr Surg*, 52: 5, 1973.
9. Schiffman, Z. J.; Gursel, E. O. y Laor, E.: Use of dacron patch graft in Peyronie's Disease. *Urology*, 25: 1, 1985.
10. Bazeed, M. A.; Thuroff, J. W.; Smith, R. A. y Tanagho, E. A.: New surgical procedure for management of Peyronie's Disease. *Urology*, 21: 5: 1983.
11. Malloy, T. R.; Wein, A. J. y Carpinello, V. L.: Advanced Peyronie's Disease treated with the inflatable penile prosthesis. *J Urol*, 125: 327-328, 1981.
12. López, J. A. y Jarow, J. P.: Penile vascular evaluation of men with Peyronie's Disease. *J Urol*, 149: 53-55, 1993.
13. Tuli, R. E.; Pinto, A. F. C. y Vaccari, R.: Impotencia, diagnóstico e tratamiento.
14. Yachia, D.: Modified corporoplasty for the treatment of penile curvature. *J Urol*, 143: 80-82, 1990.
15. Erpenbach, K.; Rothe, H. y Derschum, W.: The penile plication procedure and alternative method for straightening penile deviation. *J Urol*, 146: 1276-1278, 1991.
16. O'Donnell, P. D.: Results of surgical management of Peryonie's Disease. *J Urol*, 148: 1184-1187, 1992.
17. Goldstein, M.; Laungani, G.; Abrahams, J. y Waterhouse, K.: Correction of adult penile curvature with Nesbit operation. *J Urol*, 131: 56-58, 1984.
18. Ralph, D. J.; Al-Akraa, M. y Pryor, J. P.: The Nesbit operation for Peyronie's Disease: 16 years experience. *J Urol*, 154: 1362-1363, 1995.
19. Saalfeld, J.; Ehrlich, R. M.; Gross, J. M. y Kaufman, J. J.: Congenitale curvature of the penis: successful results with variations in corporoplasty. *J Urol*, 109, 1973.
20. Jones (Jr), W. J.; Horton, C. E.; Stecker (Jr), J. F. y Devine (Jr), C. J.: The treatment of psychogenic impotence after dermal graft repair for Peyronie's Disease. *J Urol*, 131: 286-287, 1984.
21. Hicks, C. C.; O'Brien III, D. P.; Bostwick III, J. y Walton, K. N.: Experience with the Horton-Devine dermal graft in the treatment of the Peyronie's Disease. *J Urol*, 119: 504-506, 1978.
22. Melman, A. y Holland, T.: Evaluation of the dermal graft inlay technique for the surgical treatment of Peyronie's Disease. *J Urol*, 120: 421-422, 1978.
23. Dalkin, B. L. y Carter, M. F.: Venogenic impotence follow-

ing dermal graft repair for Peyronie's Disease. *J Urol*, 146: 849-851, 1991.

24. Gangai, M. P.; Rivera, L. R. y Spence, C. R.: Peyronie's plaque: excision and graft versus incision and stent. *J Urol*, 127: 55-56, 1982.
25. Wilson, S. K. y Delk II, J. R.: A new treatment for Peyronie's Disease: modeling the penis over an inflatable penile prosthesis. *J Urol*, 152: 1121-1123, 1994.

---

## COMENTARIO EDITORIAL

---

En la presente comunicación los autores nos transmiten una interesante experiencia con el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de la Peyronie, asociada a dificultades coitales (imposibilidad mecánica para la penetración o con disfunción eréctil). Su casuística está representada por un grupo de 16 pacientes operados con distintas técnicas quirúrgicas, según las características particulares de cada caso.

Los autores proponen el uso de tres alternativas de tratamiento quirúrgico para tres modalidades distintas de presentación de esta afección: a) en los pacientes con placas pequeñas, desviación peneana de < 45 grados, ausencia de acortamiento peneano y erección conservada, sugieren la técnica quirúrgica descrita por *Nesbit* (o alguna de sus variantes); b) en los casos con placas de mayor tamaño, desviación del pene de > 45 grados, con acortamiento peneano y erección conservada, aconsejan la resección de la placa e injerto con parche de dermis o materiales sintéticos y c) en los pacientes con enfermedad de la Peyronie asociada a disfunción eréctil, recomiendan el implante protésico peneano.

Personalmente creo que la fibrosis plástica de La Peyronie es una "enfermedad difícil" para los pacientes que la padecen y también para los médicos tratantes. Los primeros porque requieren explicaciones respecto del origen de su afección y demandan tratamientos curativos con restitución anatómica y funcional. Mientras que los médicos desconocemos la etiología y la historia natural de la enfermedad y lamentablemente tampoco estamos en condiciones de garantizar terapéuticas exitosas.

Desde esta perspectiva personal de la enfermedad de la Peyronie, considero que su tratamiento quirúrgico es "un mal menor", ya que en algunas circunstancias no es posible ofrecer otras alternativas mejores. La selección de la cirugía será condicionada para cada paciente en particular y en general coincido con la propuesta realizada por los autores de esta comunicación.

También creo importante rescatar algunos conceptos expresados en este trabajo, como que "la evolución natural de la enfermedad de La Peyronie es impredecible", por lo cual nunca debe llegarse a una instancia quirúrgica si la afección no está estabilizada. Otro criterio fundamental también manifestado es que "si la

*misma no afecta sexualmente al paciente, la conducta terapéutica debe ser conservadora*".

En nuestra experiencia con el tratamiento quirúrgico de la afección de La Peyronie, que no es muy importante, coincidimos con los buenos resultados terapéuticos logrados con la técnica de *Nesbit* modificada y en los casos de corrección con implantes protésicos peneanos (cuando se asoció a disfunción eréctil). Pero en algunos casos en que realizamos la resección de la placa fibrosa y posterior injerto de parche con material sintético, los resultados finales no fueron buenos.

Luego de la lectura literal de la presente comunicación y a título aclaratorio o para expresar una postura personal distinta desco comentar algunas observaciones:

a) Cuando los autores describen la técnica quirúrgica y en referencia a la denudación del pene, manifiestan "la disección y retracción de la piel y la fascia de *Buck* hasta la base peneana", cuando en realidad el plano del clivaje más laxo corresponde a la fascia celular por donde transcurren los vasos sanguíneos superficiales y la fascia de *Buck* queda firmemente adherida a los cuerpos cavernosos, recubriendo los filetes del nervio dorsal del pene y las arterias y venas dorsales profundas y circunflejas.

b) Con referencia a los implantes protésicos peneanos, los autores mencionan que "cuando la desviación del pene es importante, lo adecuado sería implantar prótesis inflables que tengan capacidad de transferir grandes volúmenes (3 componentes) para poder superar la curvatura generada por la placa". Más adelante también manifiestan su opción por las prótesis inflables, ya que el pene puede ser rectificadado por el ingreso del contenido líquido en los cilindros". Coincidiendo con esta idea los autores también expresan que "en ningún caso de implante protésico peneano fue necesario reseca la placa ni se realizó su fractura para lograr la rectificación".

En nuestra experiencia, y en todos los casos de implantes protésicos peneanos de pacientes con enfermedad de La Peyronie (con placas fibrosas grandes y desviación del pene) asociada a disfunción eréctil, nos hemos visto obligados a reseca, seccionar o fracturar dicha placa fibrosa para corregir la incurvación y recuperar el tamaño original del pene (circunstancia muy importante para la mayoría de los pacientes). Supongo que los casos presentados por mis colegas serían portadores de pequeñas placas, pues resulta difícil imaginar que la presión ejercida por una prótesis inflable constituya una fuerza suficiente para vencer la resistencia de una placa fibrosa de La Peyronie, cuya característica principal es su falta de elasticidad.

c) Cuando se hace referencia a los resultados obtenidos (Tabla 2), se interpreta que de los 8 pacientes operados con la técnica de *Nesbit* o sus modificaciones, solamente en 2 casos se produjo acortamiento del pene.

Entiendo que la realización de plicaturas en los cuerpos cavernosos con la técnica de *Nesbit* o sus variantes

produce acortamiento del pene en todos los casos, aunque generalmente no es muy significativo. Pero menciono esta circunstancia para resaltar la importancia de aclarar a los pacientes esta característica de la técnica de *Nesbit* y evitar futuros problemas, especialmente si se toman en cuenta las "personalidades particulares" de algunos de nuestros pacientes.

Todas estas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la enfermedad de La Peyronie generalmente son sencillas de realizar y logran buenos resultados cosméticos y funcionales. Sin embargo, existen posibilidades de

fracasos o complicaciones, por lo cual los pacientes deben recibir una adecuada información antes de la intervención quirúrgica.

---

**Dr. José Vázquez**

*Jefe de la Sección Andrología-Sexología, Servicio de Urología  
Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA*

*Av. Córdoba 2351, 4° Piso, (1120) Buenos Aires, Argentina*

*Tel. 961-6061*