J. González Martín-Moro^{a,*}, D. Santos Arrontes^b,
C. Izquierdo Rodríguez^a y E. Dorrónzoro Ramírez^a

^aServicio de Oftalmología, Hospital del Henares, Madrid,
España

^bServicio de Urología, Hospital del Henares, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliogmm@yahoo.es

(J. González Martín-Moro). On-line el 24 de abril de 2010

doi:10.1016/j.acuro.2009.11.014

Enfermedad de Peyronie. Escisión completa de la placa e injerto autólogo con fascia anterior de los rectos

Peyronie's disease. Complete plaque excision and autologous graft with anterior rectus fascia

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente varón de 52 años, con antecedentes personales de diabetes tipo 2, HTA, accidente isquémico transitorio cerebral, disfunción eréctil en tratamiento con inhibidores de la fosfodiesterasa, que consultó por presentar desde hacía 2 años una incurvación dorsal dolorosa del pene que había aumentado a pesar del tratamiento médico con vitamina E+colchicina y que le dificultaba prácticamente la penetración. En la exploración se palpó una placa densa, fibrosa, localizada en la línea media dorsal a nivel de la base del pene, de aproximadamente 3 × 1,5 cm. Realizamos el test de Kelami con el que se calcularon los grados de incurvación (45°) y una ecografía penéana, que confirmó el diagnóstico y el tamaño de la placa. Durante el procedimiento quirúrgico, y tras realizar la erección artificial, observamos que el grado de incurvación era algo mayor (55°) y que el tamaño del pene era limitado (12 cm en erección), por lo que realizamos escisión completa de la placa con bisturí frío+injerto autólogo de fascia anterior de los rectos+plicatura ventrolateral de la albugínea (figs. 1 y 2). Posteriormente se procedió a la colocación de una malla de polipropileno para

cerrar el defecto de la fascia anterior. A los 12 meses postcirugía, el paciente presenta erecciones con inhibidores de la fosfodiesterasa (de los cuales precisaba previamente), sensibilidad conservada e incurvación mínima que no le dificulta el coito.

La enfermedad de Peyronie es una enfermedad poco común, probablemente consecuencia de traumatismos a nivel del pene (aunque su etiología es aún incierta) que originan una inflamación de la túnica albugínea y, en última instancia, se produce la cicatrización y la incurvación de este¹⁻³. El tratamiento inicial de la presentación aguda de la enfermedad es conservador, siendo la vitamina E, la colchicina, los antiinflamatorios no esteroideos, etc., los fármacos comúnmente utilizados². El tratamiento quirúrgico queda generalmente reservado para los casos que no responden al tratamiento conservador, una vez estabilizado el proceso de fibrosis, y para los pacientes con graves deformidades en el pene que le impidan una relación sexual satisfactoria⁴. Las opciones quirúrgicas varían en función del tamaño de la placa, la longitud del pene, el grado de

Figura 1 - Liberación de placa de Peyronie con bisturí frío.

Figura 2 - Colocación de injerto sobre los cuerpos cavernosos y fijación con dos suturas continuas de vicryl 4/0.

incurvación, la asociación o no a disfunción eréctil, etc. Si la longitud del pene es normal, con potencia sexual mantenida y la deformidad es leve o moderada ($<50^\circ$), la técnica de Nesbit o la plicatura de la túnica albugínea son adecuadas para corregir dicha deformidad y proporcionar un pene funcional. En cambio, en pacientes con grandes placas, curvaturas graves ($>50^\circ$), deformidades en reloj de arena, pene corto, flacidez distal o fallo de cirugía previa, estarán indicadas la incisión o la escisión de la placa y la colocación de un injerto, con o sin implantación de prótesis de pene, la cual quedaría reservada para pacientes con disfunción eréctil que no han respondido a las terapias médicas^{4,5}. Muchos tejidos de diferente origen han sido usados para corregir el defecto de la túnica albugínea tras la incisión/escisión de una placa de Peyronie, pero el material ideal aún no ha sido encontrado. En la actualidad, los injertos se pueden clasificar en: a) autólogos (fascia lata, fascia temporalis, fascia de Buck, túnica vaginalis, vena safena, dermis, fascia dorsal de los rectos, mucosa bucal, etc.), siendo estos los más utilizados; b) heterólogos (submucosa de intestino delgado porcino, pericardio bovino, etc.), y c) sintéticos (Dacron[®], Dexon[®], Gore-tex[®], etc.), siendo la tendencia actual no utilizar estos últimos a causa de su antigenicidad e inadecuadas propiedades funcionales^{6,7}. Las características que debería reunir el injerto ideal son que histológicamente se asemeje a la albugínea, escasa antigenicidad, que sea resistente y a su vez elástico para soportar las erecciones, fácil de obtener y que nos permita obtener injertos de gran tamaño⁶, ya que es importante que el injerto tenga al menos un 30% más de superficie que el defecto que se cubrirá, en caso contrario, la retracción del injerto conducirá a la reincurvación postoperatoria. La fascia anterior de los rectos es un tejido que cumple dichas características. Además, la literatura médica publicada hasta el momento, con resultados a largo plazo, han demostrado excelentes resultados clínicos tras la utilización de esta^{6,8,9}. En nuestro caso, documentados por las revisiones existentes y dado que necesitábamos un injerto de aproximadamente 5×3 cm, optamos por la fascia anterior de los rectos.

Aunque la mayoría de los autores en la actualidad no recomiendan exéresis completa de la placa sino su incisión, ya que requiere de un parche de gran tamaño, lo cual aumenta el riesgo de retracción, de fallo venooclusivo y de pérdida de la función eréctil, consideramos que en casos seleccionados es una buena opción terapéutica. Respecto a la

fascia anterior de los rectos, consideramos que cumple las características de injerto ideal, ya que es un tejido con una morfoestructura similar a la túnica albugínea y nos permite obtener parches amplios, añadiendo escasa morbilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tunuguntia HS. Management of Peyronie's disease a review. *World J Urol.* 2001;19:244-50.
2. Rolle L, Tamagnone A, Bollito E, Ceruti C, Timpano M, Negro CL, et al. Could plaque excision surgery with graft induce a new fibrotic reaction in la Peyronie's disease patients? *Arch Ital Urol Androl.* 2007;79:167-9.
3. Chilton CP, Castle WM, Westwood CA, Pryor J. Factors associated in the aetiology of Peyronie's disease. *Br J Urol.* 1982;54:748-50.
4. Kendirci M, Hellstrom WJ. Critical analysis of surgery for Peyronie's disease. *Curr Opin Urol.* 2004;14:381-8.
5. Levine LA, Lenting EL. A surgical algorithm for treatment of Peyronie's disease. *J Urol.* 1997;158:2149-52.
6. Craatz S, Spanel-Borowski K, Begemann JF, Olanas R, Fisch M, Hohenfellner R. The dorsal lamina of the rectus sheath: a suitable grafting material for the penile tunica albuginea in Peyronie's disease? *BJU Int.* 2006;97:134-7.
7. Kadioglu A, Sanil O, Akman T, Ersay A, Guven S, Mammadov F. Graft materials in Peyronie's disease surgery: A comprehensive review. *J Sex Med.* 2007;4:581-95.
8. Kadioglu A, Sanil O, Akman T, Cakan M, Erol B, Mammadov F. Surgical treatment of Peyronie's disease: A single center experience with 145 patients. *Eur Urol.* 2008;53:432-9.
9. Pathak AS, Chang JH, Parekh AR, Aboseif SR. Use of rectus fascia graft for corporeal reconstruction during placement of penile implant. *Urology.* 2005;65:1198-201.

A. Jiménez Pacheco^{a,*}, A. López Luque^a, A. Jiménez Pacheco^b y M. Verdú Pérez^a

^aCentro de Trabajo, Servicio de Urología, Hospital Comarcal Santa, Motril, Granada, España

^bServicio de Urgencias, Centro Hospitalario de Alta Resolución Sierra Segura, Jaén, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anjipa29@hotmail.com
(A. Jiménez Pacheco).

doi:10.1016/j.acuro.2009.12.015

Prolapso de mucosa uretral en mujer posmenopáusica

Urethral prolapse in postmenopausal women

Sr. Director:

Los prolapsos uretrales se consideran una patología relativamente infrecuente. Presentan un patrón de edad bimodal,

apareciendo en niñas prepuberales y en mujeres postmenopáusicas.

Presentamos el caso de una mujer de 74 años, con antecedentes de HTA y FA en tratamiento con Sintrom[®]. Acude al