

Enfermedad de la Peyronie. De la extirpación a la incisión de la placa de fibrosis

Peyronie's disease. Incision or extirpation of the plaque



Núñez Serrano, A. A.

Núñez Serrano, A. A.*, García Martínez, L.**, Elena Sorando, E.**

Resumen

La Enfermedad de La Peyronie es una entidad médica bien descrita y conocida, sin embargo su tratamiento quirúrgico no siempre consigue el resultado esperado. Las técnicas habituales (Nesbitt, Horton-Devine), basadas en la extirpación de la placa fibrosa que desvía el pene eréctil, suelen conllevar acortamiento peneano y/o recidiva de la enfermedad.

Presentamos una serie de 20 pacientes con Enfermedad de La Peyronie tratados con una nueva técnica basada en la incisión de la placa fibrosa e interposición de injerto dérmico autólogo. Describimos indicación, procedimiento quirúrgico y resultados obtenidos en un período de seguimiento de entre 16 y 1 años (último paciente incluido).

La técnica supone un cambio sustancial del enfoque terapéutico; la incisión de la placa frente a su extirpación respeta el tejido peneano, protege el paquete vasculonervioso aminorando la incidencia de impotencia, no acorta la longitud peneana, disminuye la incidencia de recidivas y su ejecución quirúrgica es asequible y simple.

Abstract

Peyronie's disease is a well-known medical entity but its surgical treatment does not get the expected outcome all the time. Usual techniques are based on the extirpation of fibrous plaque which distorts the erectile penis. These traditional techniques can produce shortening of the penis and/or disease recidivation.

We report a 20 patient series afflicted of Peyronie's disease who were treated by a new surgical procedure; it consists of the incision over the fibrotic plaque and the insertion of a dermal autologous graft. We describe indication, surgical procedure, and results achieved by us with a following time within 16 to 1 year (last patient included).

This technique changes the essential therapeutic approach. Using plaque incision instead of plaque extirpation we contribute to preserve vessels, nerves and we penis length. The incidence of impotence and disease recidivation also decreases with this simple and available technique.

Palabras clave Enfermedad de la Peyronie. Extirpación. Incisión. Fibrosis.

Código numérico 640

Key words Peyronie's disease. Extirpation. Incision. Fibrosis.

Numerical Code 640

* Jefe de Sección.

** Médico Adjunto.

Introducción

En este trabajo partimos de la hipótesis de que la técnica quirúrgica descrita por Horton y Devine para el tratamiento de la Enfermedad de la Peyronie (1), aun siendo una técnica buena y muy avanzada para su época, era, sin embargo, mejorable. Esta hipótesis, que constituye el punto de partida, surgió espontáneamente como consecuencia del mero análisis de los resultados obtenidos al aplicar la técnica. Fue cuando me planteé el objetivo de estudiar y desarrollar las modificaciones que tuvieran la finalidad de evitar los dos grandes inconvenientes observados tras su aplicación:

- Acortamiento peneano.
- Recidiva frecuente de la incurvación.

Tras el empleo de las modificaciones de la técnica original y una vez analizados los resultados obtenidos en los pacientes tratados con ellas, pude encontrar la corrección, o más bien la nueva técnica, que conseguía desterrar definitivamente los dos grandes inconvenientes de la técnica de Horton y Devine.

Para poder explicar cómo se fue gestando este logro, permítanme que me retrotraiga al mes de junio de 1.977, cuando tuve la oportunidad de conocer en la Clínica Planas de Barcelona al Profesor Horton, coautor junto con el Profesor Devine de la técnica descrita por ambos en 1.973 y que actualmente es conocida por sus nombres (2). La técnica de Horton-Devine básicamente consiste en la extirpación completa de la placa de fibrosis, cerrando el defecto creado con un injerto autólogo de dermis (Fig. 1-3).

Comprobé que los resultados obtenidos, al utilizar esta técnica, eran mejores que los obtenidos por mí al aplicar otras, aunque el pene aún seguía sufriendo un acortamiento considerable (de 1 a 3 cm) y, en algunos casos, pasado un tiempo variable que oscilaba entre 4 y 6 meses, la incurvación volvía a ser casi igual a la existente antes de la intervención. Estaba claro que ambos inconvenientes eran debidos al proceso normal de cicatrización, ya que la cicatriz lineal al madurar se retraía originando tanto el acortamiento como la incurvación peneanas (Fig. 4).

Horton y Devine intentaron evitar la incurvación y el acortamiento mediante incisiones de descarga perpendiculares u oblicuas, que realizaban en los bordes lineales que quedan en la albugínea sana, una vez realizada la extirpación de la placa de fibrosis (3). De ese modo conseguían una mayor longitud de la cicatriz longitudinal residual (Fig. 5).

Ante estos resultados, opté por realizar dos o más resecciones triangulares de la albugínea sana, situando la base de los triángulos en los bordes lineales lon-

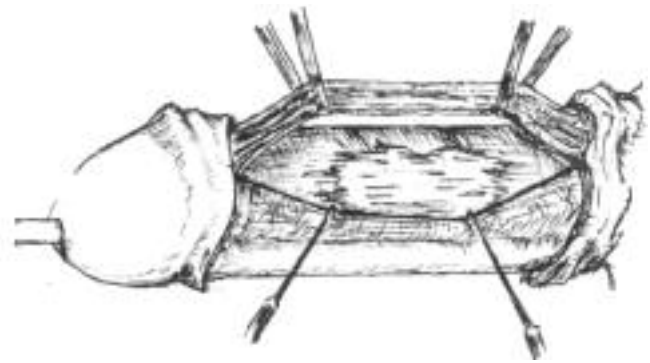


Fig. 1. Placa de fibrosis causante de la incurvación

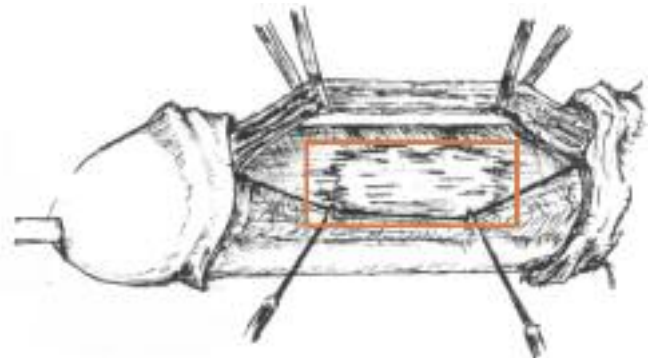


Fig. 2. Extirpación rectangular de la placa de fibrosis

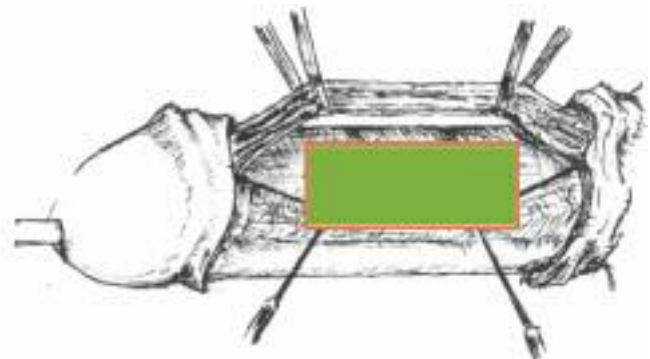


Fig. 3. Cierre de la albugínea con dermis autóloga

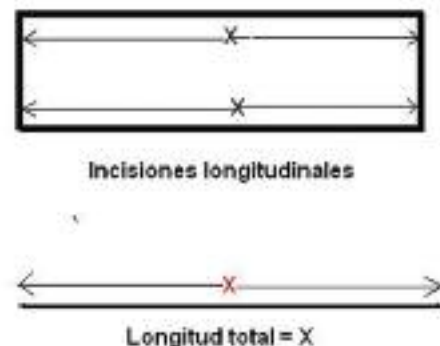


Fig. 4. Longitud de la cicatriz lineal

gitudinales de la incisión de resección de la placa de fibrosis (4) (Fig.6). Con esta modificación intentaba que, al cerrar el defecto con el injerto libre de dermis, la cicatriz resultante fuese como las conseguidas con las plastias en Z, de manera que, al igual que con

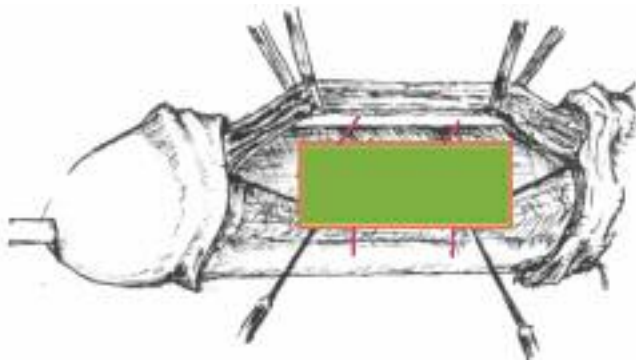


Fig. 5. Incisiones de descarga en los bordes de la albugínea

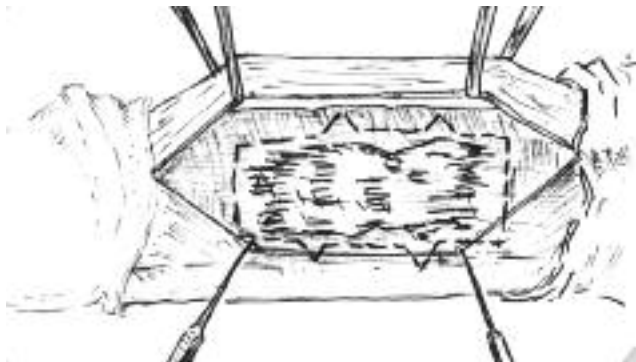


Fig. 6. Resecciones triangulares en la albugínea sana

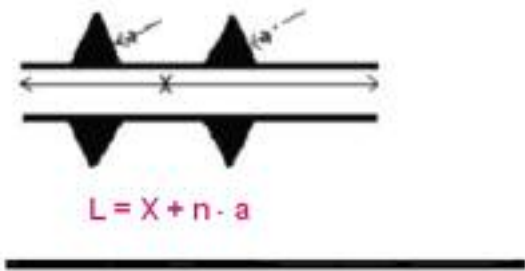


Fig. 7. Longitud conseguida con las resecciones triangulares

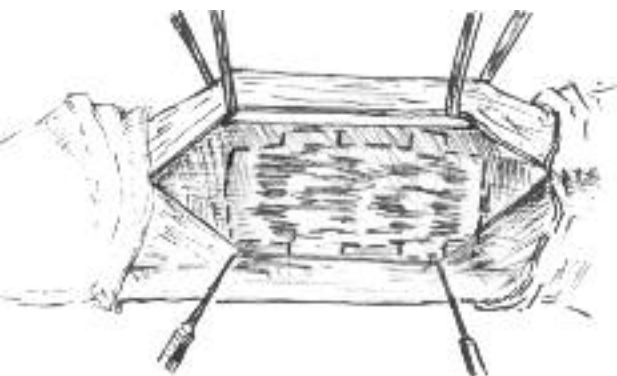


Fig. 8. Resecciones cuadrangulares o rectangulares en la albugínea no afectada

éstas, al estirarse la cicatriz durante la erección, se comportase como un acordeón.

Durante la erección, al llenarse los cuerpos cavernosos y el glande de sangre, se produce una fuerza de dirección paralela al eje longitudinal del pene y de sentido proximal a distal. Esta fuerza, que tiene como

punto de apoyo el vértice del ángulo situado en la albugínea sana, actúa traccionando de los lados del triángulo, con lo que distiende y estira tanto la cicatriz como la dermis de la base. La consecuencia es que la longitud final de la cicatriz aumenta, pues a la longitud de la incisión de la cicatriz (X) se suman las longitudes de uno de los lados de cada triángulo reseca-do e injertado (n = número de triángulos, a = a' lado triangular) (Fig. 7).

Con las resecciones triangulares los resultados mejoraron, pero todavía no eran los buscados por el cirujano, ni los apetecidos por el paciente. Por ello cambié las resecciones triangulares por resecciones cuadrangulares o rectangulares (Fig. 8). Así, una vez reseca-dos e injertados los defectos de la extirpación de la placa, durante la erección, la fuerza de tracción tiene dos puntos de apoyo (en cada uno de los vértices de los ángulos externos del cuadrado o del rectángulo) y, de este modo, la cicatriz residual incre-menta su longitud en el doble de la altura del cua-drado multiplicado por el número de cuadrados reseca-dos. Si se tratara de resecciones rectangulares, el incremento de longitud sería el mismo respecto a la de los cuadrados, con la única diferencia de que se alejan los puntos de aplicación de las tracciones cicatriciales (Fig. 9).

Con las resecciones cuadrangulares o rectangula-res, se consigue un incremento de longitud mayor que el obtenido con las resecciones triangulares.

Al utilizar las dos modificaciones anteriores, a pesar de que la albugínea tiene un tope de distensión, el acortamiento peneano y la incurvación práctica-mente desaparecían, pero en cambio la rigidez y el tiempo de mantenimiento de la erección peneana no mejoraban. Esta falta de mejoría, sin duda alguna, se podía atribuir a las manipulaciones intraoperatorias, ya que estas pueden producir los siguientes efectos:

- Al disecar y extirpar la placa de fibrosis, se destruye parte del tejido erétil intracavernoso.

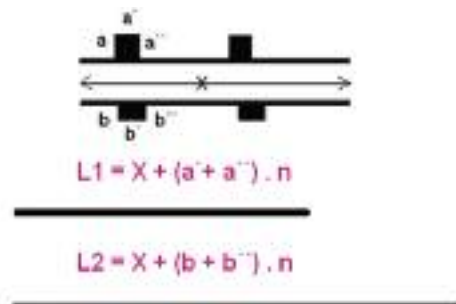


Fig. 9. Longitudes conseguidas con las resecciones cuadrangulares o rectangulares

- n = Número de cuadrados o de rectángulos.
- $a = a' = a''$ = Lado del cuadrado.
- $b = b' = b''$ = Altura o lado pequeño del rectángulo.
- $b'' = b''$ = Base o lado largo del rectángulo.
- L_1 = Incremento de longitud con los cuadrados.
- L_2 = Incremento de longitud con los rectángulos.

- Se desinsertan y destruyen parte de las fibras elásticas y musculares que, insertadas en la superficie interna de la albugínea y rodeando a las lagunas vasculares, provocan con su contracción o relajación, el vaciado o el llenado sanguíneo del tejido esponjoso eréctil.
- Las cicatrices residuales dificultan e incluso impiden el mecanismo de venoclusión, que junto con la contracción y relajación de las fibras elásticas y musculares, es el que mantiene la rigidez peneana en la erección y permite la detumescencia posterior. Todo lo que he descrito anteriormente, me permitió llegar a la conclusión de que, no sólo era necesario realizar modificaciones de la intervención de Horton y Devine, sino que además, había que conseguir:
 - Minimizar las lesiones de las estructuras intracavernosas.
 - Reducir el acortamiento peneano.
 - Utilizar para el cierre un material autólogo abundante y de fácil extracción, que al interrumpir la continuidad de la placa, impidiese la recidiva de la incurvación.

Teniendo en cuenta todos estos objetivos, cambié la extirpación de la placa de fibrosis por su incisión, y continué cerrando el defecto creado en la albugínea con un injerto autólogo de dermis (Fig. 10-12). Con esta técnica se endereza el pene, se evita su acortamiento y además se puede mejorar tanto la rigidez como la erección y su tiempo de mantenimiento (5).

Pacientes y Método

En total, seleccionamos para este trabajo 20 pacientes; en todos se realizó incisión de la albugínea y cie-



Fig. 10. Placa de induración



Fig. 11. Incisión de la placa



Fig. 12. Cierre con dermis

rra de la misma con dermis autóloga; en 15 de ellos se realizó una sola incisión, en otros 4 la incisión fue doble y en 1 se hicieron tres incisiones (Tabla I).

Tabla I: Tratamiento quirúrgico realizado

Número	Iniciales	Técnica quirúrgica utilizada
1	AR, L	Incisión única de la placa e injerto de dermis
2	BV, S	Incisión única de la placa e injerto de dermis. Reintervenido con la técnica de Nesbit
3	RP, G	Incisión única de la placa e injerto de dermis
4	EC, P	Incisión única de la placa e injerto de dermis
5	LP, M	Incisión única de la placa e injerto de dermis
6	ML, A	Incisión única de la placa e injerto de dermis
7	PG, R	Incisión única de la placa e injerto de dermis
8	PM, I	Incisión única de la placa e injerto de dermis
9	SG, M	Incisión única de la placa e injerto de dermis
10	SM, A	Incisión única de la placa e injerto de dermis
11	VV, C	Incisión única de la placa e injerto de dermis
12	SC, J	Incisión única de la placa e injerto de dermis
13	BM, A	Incisión única de la placa e injerto de dermis
14	GS, M	Incisión única de la placa e injerto de dermis
15	HM, R	Incisión única de la placa e injerto de dermis
16	AS, C	Incisión doble de la placa e injertos de dermis
17	HA, E	Incisión doble de la placa e injertos de dermis
18	TS, A	Incisión doble de la placa e injertos de dermis
19	SG, L	Incisión doble de la placa e injertos de dermis
20	LS, H	Incisión triple de la placa e injerto de dermis

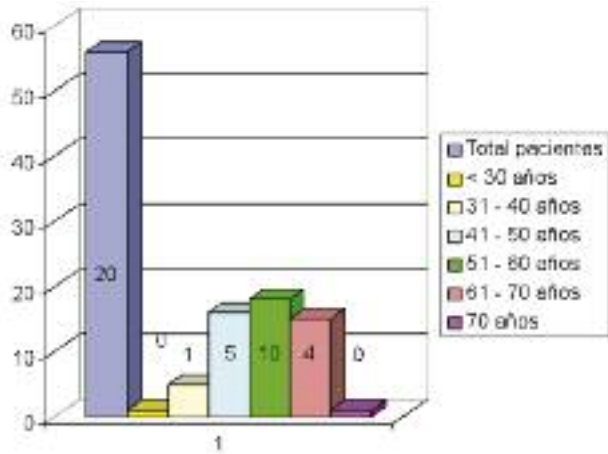


Gráfico 1: Edad de los pacientes

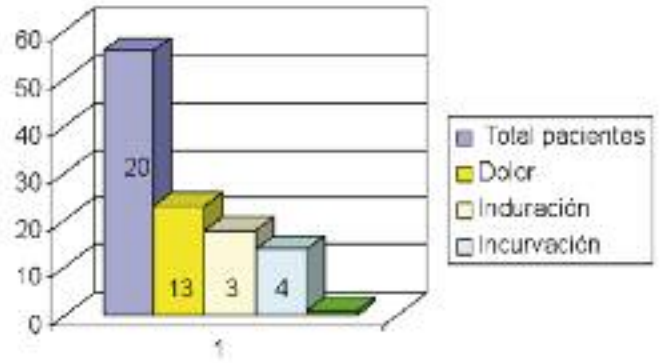


Gráfico 2: Sintomatología en la Enfermedad de la Peyronie

Tabla II: Edad, año de estudio, tiempo de evolución y manifestación principal

Número	Iniciales	Edad y año	Tiempo de evolución	Síntoma principal
1	AR, L	50/1995	12 meses	Dolor e incurvación
2	BV, S	50/2000	10 meses	Dolor e incurvación
3	RP, G	59/1990	4 meses	Dolor en erección
4	EC, P	53/1996	8 años	Dolor
5	LP, M	52/1993	8 meses	Dolor e incurvación
6	ML, A	54/1999	10 meses	Incurvación
7	PG, R	60/1994	4 meses	Incurvación
8	PM, I	52/1992	3 meses	Induración
9	SG, M	56/1999	7 meses	Dolor
10	SM, A	63/1995	18 meses	Dolor e incurvación
11	VV, C	61/1999	12 meses	Dolor e induración
12	SC, J	52/1998	10 meses	Incurvación
13	BM, A	55/1995	10 meses	Dolor
14	GS, M	37/1997	5 meses	Dolor
15	HM, R	56/1991	7 meses	Dolor
16	AS, C	47/2001	27 meses	Induración
17	HA, E	42/1999	12 meses	Dolor
18	TS, A	44/1998	12 meses	Dolor
19	SG, L	62/2000	4 meses	Induración
20	LS, H	65/1998	12 meses	Incurvación

Edad, tiempo de evolución y sintomatología principal

Los 20 pacientes estudiados tenían una edad comprendida entre los 37 años el más joven y 65 el mayor. La incidencia más alta aparece en la quinta década de la vida (10 pacientes, 50 %), seguida de la cuarta y sexta décadas (5 pacientes, 25 % y 4 pacientes, 20 %, respectivamente). Es poco frecuente la enfermedad por debajo de los 40 años (1 paciente, 5 %) y muy rara a partir de los 70 años de edad (Gráfico 1. Tabla II).

El tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad hasta que el paciente acude a la consulta del médico fue variable; dependió en gran parte de la personalidad del paciente, de su temor a padecer un problema tumoral o neoplásico y de otras circunstancias personales, fundamentalmente relacionadas con la erección y la virilidad.

La sintomatología principal que aparece al principio de la enfermedad también varió en cada paciente, pudiendo aparecer un único síntoma o más de uno; entre ellos encontramos (Gráfico 2. Tabla II):

- Dolor 13 (65 %).
- Induración 3 (15 %).
- Incurvación..... 4 (20 %).
- Dificultad en la penetración durante el coito..... 1 (1,8 %).

Placa fibrótica de induración: tamaño, situación y grado de maduración

Se analizaron las placas en los 20 pacientes; el tamaño de las mismas y su situación se determinó mediante palpación y ecografía penenanas; la penografía simple nos indicó si existían o no calcificacio-

Tabla III: Tamaño y localización de la placa. Calcificaciones

Número	Iniciales	Tamaño placa	Situación	Calcif.
1	AR, L	3 x 1 x 0,5 cm	Dorsal. 2/3 medio y distal	Sí
2	BV, S	3 x 1 x 0,4 cm	Dorsal. 1/3 medio	Sí
3	RP, G	2 x 1 x 0,5 cm	Dorsolateral derecha. 1/3 medio	No
4	EC, P	3 x 0,8 x 0,3 cm	Dorsolateral derecha. 2/3 medio y distal	Sí
5	LP, M	2,5 x 1 x 0,3 cm	Dorsolateral izquierda. 2/3 medio y distal	Sí
6	ML, A	2,5 x 1 x 0,4 cm	Dorsal. 1/3 medio	No
7	PG, R	3,3 x 0,8 x 0,4 cm	Dorsolateral izquierda. 1/3 proximal	Sí
8	PM, I	2 x 1 x 0,5 cm	Dorsal y lados. 1/3 distal	No
9	SG, M	5 x 1,2 x 0,5 cm	Dorsal. 1/3 medio	No
10	SM, A	3 x 1 x 0,5 cm	Dorsal. 2/3 proximal y medio	Sí
11	VV, C	5 x 1,3 x 0,6 cm	Dorsal. 2/3 medio y distal	Sí
12	SC, J	5 x 1,2 x 0,5 cm	Dorsolateral izquierda. 2/3 proximal y medio	Sí
13	BM, A	5 x 1,2 x 0,6 cm	Dorsolateral derecha. 2/3 proximal y medio	No
14	GS, M	2 x 1 x 0,5 cm	Ventral. 2/3 proximal y medio	Sí
15	HM, R	2,5 x 0,7 x 0,6 cm	Dorsolateral izquierda. 1/3 proximal	No
16	AS, C	6 x 1 x 0,5 cm	Dorsal. Tres tercios	Sí
17	HA, E	3 x 1 x 0,5 cm	Dorsolateral izquierda. 1/3 medio	Sí
18	TS, A	2,5 x 1 x 0,5 cm	Ventral. 1/3 medio	No
19	SG, L	2,5 x 1 x 0,7 cm	Dorsolateral izquierda. 1/3 proximal	No
20	LS, H	5 x 1 x 0,4 cm	Dorsolateral izquierda. 1/3 distal y medio	Sí

nes, que son los hallazgos propios de la madurez o no de la placa (Tabla III).

Dolor: Tipo e intensidad

El dolor peneano espontáneo o en erección apareció en 18 de los 20 pacientes estudiados; los 2 pacientes restantes no tenían dolor. Este dolor inicial desapareció en todos los afectados.

Aproximadamente a los 6 meses de evolución de la Enfermedad de la Peyronie el dolor desaparece; esto sucedió en todos los pacientes de nuestro estudio, pero no podemos saber si se debió al tratamiento en alguno de ellos con infiltraciones de Superóxido Dismutasa o a la regresión espontánea del mismo.

El dolor en erección es la causa principal de la disfunción eréctil que presentan los pacientes portadores de la Enfermedad de la Peyronie.

Incurvación peneana

Desaparecido el dolor, la incurvación no es causa de disfunción eréctil, pero sí lo es de que el coito muchas veces no sea posible, ya sea por dificultad en la penetración vaginal o por dispareunia en la mujer.

La incurvación peneana tiene dos magnitudes: angulación, que se mide en grados y dirección, que puede ser unidireccional, con un solo sentido hacia alguna de las caras peneanas, o bidireccional, con dirección hacia el dorso o vientre y a la vez hacia una de las caras laterales (Tabla IV).

Tabla IV: Grados de angulación y dirección de la incurvación

Número	Iniciales	Angulación y dirección de la incurvación
1	AR, L	70°. Dorsal
2	BV, S	60°. Dorsal
3	RP, G	50°. Dorsolateral derecha
4	EC, P	35°. Dorsolateral derecha
5	LP, M	40°. Dorsolateral izquierda
6	ML, A	70°. Dorsal
7	PG, R	70°. Dorsolateral izquierda
8	PM, I	70°. Dorsal
9	SG, M	45°. Dorsal
10	SM, A	75°. Dorsal
11	VV, C	85°. Dorsal
12	SC, J	75°. Dorsolateral izquierda
13	BM, A	70°. Dorsolateral derecha
14	GS, M	45°. Ventral
15	HM, R	30°. Dorsolateral izquierda
16	AS, C	55°. Dorsal
17	HA, E	50°. Dorsolateral izquierda
18	TS, A	55°. Ventral
19	SG, L	50°. Lateral izquierda
20	LS, H	80°. Dorsolateral izquierda

La angulación de la incurvación se mide con el pene en erección, ya sea directamente o con la técnica de Kelami (6). El número de pacientes y los grados de angulación encontrados fueron los siguientes:

0 - 30°	1 (5 %).
30° - 40°	3 (15 %).
41° - 50°	5 (25 %).
51° - 60°	3 (15 %).
61° - 70°	6 (30 %).
71° - 80°	1 (5 %).
81° - 90°	1 (5 %).

La dirección de la incurvación peneana se explora visualmente con el pene en erección, erección que puede ser espontánea o inducida. Esta dirección en nuestros pacientes fue :

Unidireccional:	11 (55 %)
Ventral	2
Dorsal	8
Lateral derecha	0
Lateral izquierda.....	1
Bidireccional:	9 (45 %)
Dorsolateral derecha.....	3
Dorsolateral izquierda	7

Resultados

Los resultados obtenidos en los 20 primeros pacientes intervenidos con la técnica quirúrgica consistente en la incisión de la placa de fibrosis y el cierre del defecto creado con un injerto libre de dermis son variables, tanto a corto como a largo plazo. Fundamentalmente analizamos los resultados parciales referentes a la incurvación y a la longitud

peneanas; otros datos como la potencia (erección y rigidez) y la actividad sexual presentan una valoración muy aleatoria y compleja, al estar relacionados además con un conjunto de circunstancias no menos importantes tales como la edad, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, de tabaco o el padecer a la vez otras enfermedades entre las que se encuentran: diabetes, procesos hepáticos, hipertensión arterial, epilepsia, procesos vasculares (arterioesclerosis, ateromatosis de las arterias ilíacas), depresión, etc.

Longitud peneana

La longitud peneana en erección medida antes de la intervención quirúrgica en el lado contralateral al afectado por la placa de fibrosis, estaba comprendida entre los 13 y 17 cm. Quedó de manifiesto pues, que la diferencia de longitudes entre el total de penes no ha sido muy amplia, pues prácticamente todos se encuentran alrededor de la longitud media considerada normal que es de 13 a 14 cm, cuando el pene está en erección (Gráfico 3. Tabla V).

De los 20 pacientes operados con esta técnica, 11 (55 %) conservaron prácticamente la misma longitud que tenían antes de la intervención quirúrgica; en otros 9 (45 %) la longitud peneana disminuyó y en ningún paciente aumentó. Al analizar los valores de la longitud postoperatoria del pene puede apreciarse que, en los casos en los que se produjo disminución, ésta fue de 1 cm como máximo, a excepción de un caso (el número 4) que, presentando un buen resultado funcional, sufrió una disminución de su longitud peneana de unos 2 cm (Gráfico 4. Tabla V).

Tabla V. Medidas peneanas antes y después de la intervención quirúrgica

Número	Iniciales	Longitud preoperatoria	Longitud postoperatoria	Diferencia postoperatoria
1	AR, L	15 cm	15 cm	Igual
2	BV, S	13,5 cm	12,5 cm	Menos 1 cm
3	RP, G	13 cm	13 cm	Igual
4	EC, P	15,5 cm	13,5 cm	Menos 2 cm
5	LP, M	13,5 cm	12,5 cm	Menos 1 cm
6	ML, A	17 cm	16 cm	Menos 1 cm
7	PG, R	13 cm	13 cm	Igual
8	PM, I	15 cm	15 cm	Igual
9	SG, M	14 cm	14 cm	Igual
10	SM, A	14 cm	14 cm	Igual
11	VV, C	15 cm	14,5 cm	Menos 0,5 cm
12	SC, J	15 cm	15 cm	Igual
13	BM, A	15 cm	14 cm	Menos 1 cm
14	GS, M	14,5 cm	14 cm	Menos 0,5 cm
15	HM, R	14,5 cm	14,5 cm	Igual
16	AS, C	14 cm	13 cm	Menos 1 cm
17	HA, E	15 cm	15 cm	Igual
18	TS, A	13 cm	13 cm	Igual
19	SG, L	15 cm	14 cm	Menos 1 cm
20	LS, H	15 cm	15 cm	Igual

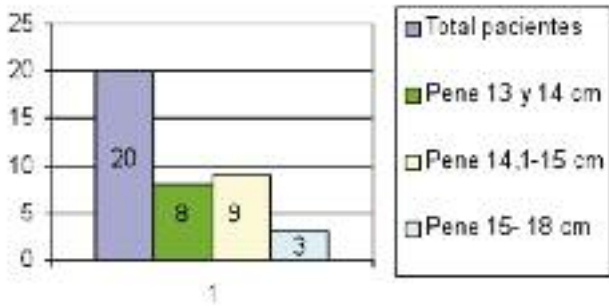


Gráfico 3: Longitud peneana preoperatoria

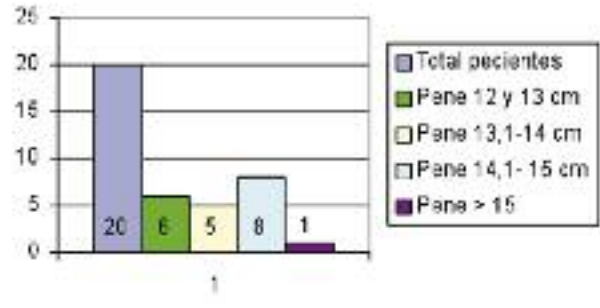


Gráfico 4: Longitud peneana postoperatoria

Incurvación peneana

Los grados del ángulo de la incurvación peneana también fueron medidos en el pre y en el postoperatorio. Antes de la intervención se encontraron incurvaciones con ángulos cuyas medidas oscilaban entre los 30° y los 85° (Gráfico 5. Tabla VI).

Realizada la intervención quirúrgica, esta medida fue de 0° a 10°, excepto en 2 pacientes: uno con incurvación de 30° que fue reintervenido obteniéndose una incurvación residual de 0° y otro con incurvación de 15° que no necesitó tratamiento quirúrgico (Gráfico 6. Tabla VI).

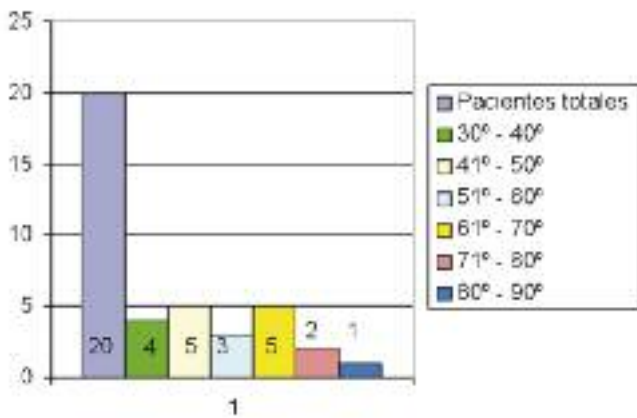


Gráfico 5: Grados del ángulo de la incurvación preoperatoria

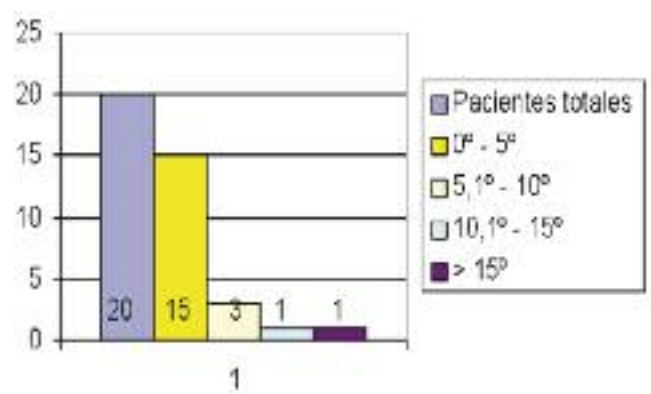


Gráfico 6: Grados del ángulo de la incurvación postoperatoria

Tabla VI. Medida en grados de la angulación peneana en el pre y en el postoperatorio.

Número	Iniciales	Angulación preoperatoria	Angulación postoperatoria
1	AR, L	70°	0°
2	BV, S	60°	30°/0°
3	RP, G	50°	0°
4	EC, P	35°	0°
5	LP, M	40°	15°
6	ML, A	70°	10°
7	PG, R	70°	0°
8	PM, I	70°	10°
9	SG, M	45°	0°
10	SM, A	75°	5°
11	VV, C	85°	10°
12	SC, J	75°	0°
13	BM, A	70°	0°
14	GS, M	45°	0°
15	HM, R	30°	0°
16	AS, C	55°	5°
17	HA, E	50°	5°
18	TS, A	55°	0°
19	SG, L	50°	0°
20	LS, H	80°	0°

Tabla VII. Resumen de los resultados parciales obtenidos: M – mejoró; I – igual; E – empeoró; + (Valoración de 1 a 5 cruces).

Iniciales	Longitud	Incurvación	Erección	Potencia	Coito
AR, L	15 cm (=)	0° - 5°	+++ (M)	+++ (M)	Normal (M)
BV, S	12,5 cm (-)	30°/0°	++++ (I)	+++ (E)	Normal (M)
RP, G	13 cm (=)	0° - 5°	++ (I)	++ (I)	No (E)
EC, P	13,5 cm (-)	0° - 5°	++++ (M)	+++ (I)	Normal (M)
LP, M	12,5 cm (-)	10° - 15°	+ (E)	+ (E)	No (E)
ML, A	16 cm (-)	10° - 15°	+++ (M)	++ (I)	Discreto (I)
PG, R	13 cm (=)	0° - 5°	++++ (I)	++++ (I)	Normal (M)
PM, I	15 cm (=)	10° - 15°	++++ (M)	++++ (M)	Normal (M)
SG, M	14 cm (=)	0° - 5°	++++ (M)	++++ (M)	Normal (M)
SM, A	14 cm (=)	5° - 10°	+++ (M)	+++ (M)	Discreto (I)
VV, C	14,5 cm (-)	10° - 15°	+++ (M)	+++ (M)	Discreto (M)
SC, J	15 cm (=)	0° - 5°	++++ (M)	++++ (M)	Normal (M)
BM, A	14 cm (-)	0° - 5°	+++ (I)	+++ (I)	Discreto (I)
GS, M	14 cm (-)	0° - 5°	++++ (I)	++++ (I)	Normal (M)
HM, R	14,5 cm (=)	0° - 5°	++++ (I)	++++ (I)	Normal (I)
AS, C	13 cm (-)	5° - 10°	++++ (M)	++++ (M)	Normal (M)
HA, E	15 cm (=)	5° - 10°	++++ (E)	+++ (E)	Normal (M)
TS, A	13 cm (=)	0° - 5°	+++++ (I)	+++++ (I)	Normal (M)
SG, L	15 cm (-)	0° - 5°	++++ (I)	++++ (I)	Normal (M)
LS, H	15 cm (=)	0° - 5°	+++ (I)	+++ (I)	Discreto (I)

El análisis conjunto de los resultados parciales obtenidos que afectan al pene, a la erección, a la potencia sexual y a la penetración vaginal (Tabla VII), nos ha permitido realizar una valoración global de los resultados definitivos logrados en los 20 pacientes intervenidos con la nueva técnica (Gráfico 7. Tabla VIII):

Resultados muy buenos.....	2 (10 %).
Resultados buenos.....	14 (70 %).
No varió la situación.....	2 (10 %).
Resultados malos.....	2 (10 %).

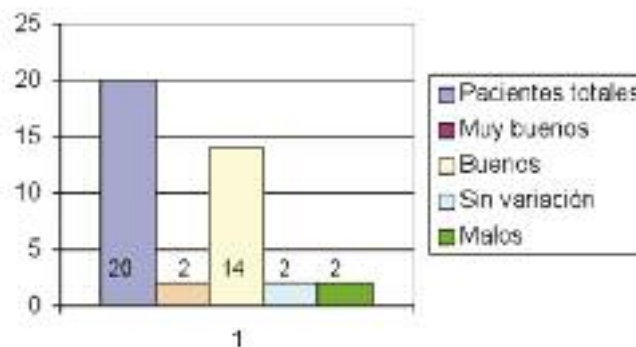


Gráfico 7: Resultados obtenidos con la nueva técnica

Tabla VIII. Resultados definitivos

Número	Iniciales	Resultados
1	AR, L	Igual. Mejoró un poco
2	BV, S	Buenos
3	RP, G	Malos. Sección del nervio dorsal del pene. Reintervenido. Recuperó sólo la sensibilidad
4	EC, P	Buenos
5	LP, M	Malos. Candidato a prótesis penenana
6	ML, A	Igual. Mejoró un poco la incurvación
7	PG, R	Buenos
8	PM, I	Buenos
9	SG, M	Buenos
10	SM, A	Buenos
11	VV, C	Buenos
12	SC, J	Muy buenos
13	BM, A	Buenos
14	GS, M	Buenos
15	HM, R	Buenos
16	AS, C	Muy buenos
17	HA, E	Buenos
18	TS, A	Buenos
19	SG, L	Buenos. Al año, erección poco mantenida
20	LS, H	Buenos

En algunos casos la valoración individual de cada paciente es muy interesante; analizaremos en primer lugar los dos casos en los que se obtuvieron malos resultados (los números 3 y 5). En el primero se debió a que durante la intervención se lesionó el nervio dorsal del lado derecho del pene. Injertado en una intervención posterior, se pudo conseguir la recuperación de la sensibilidad del hemiglande, pero no la de la erección, aunque ya prácticamente no existía en el preoperatorio. En el segundo caso se produjo una infección con necrosis de los bordes de la incisión; tras su resección y resutura, presentó un gran edema prepucial y del tercio distal del pene de forma que cuando se solucionó, la erección no era posible. Pasó a ser candidato a una prótesis penenana, tratamiento que el paciente rehusó.

De los dos pacientes en los que se considera haber obtenido un buen resultado, destacamos al paciente número 16 que padecía una depresión exógena, como ya se ha comentado anteriormente. Fue un caso excepcional, pues una vez curado (al menos aparentemente) de su depresión, fue intervenido quirúrgicamente recuperando total y satisfactoriamente su actividad sexual.

En dos de los pacientes no se consiguió mejorar su actividad sexual, pero al menos no empeoraron respecto a su situación preoperatoria.

En el resto de los pacientes se considera que el resultado fue bueno ya que todos o parte de los parámetros estudiados mejoraron con la intervención quirúrgica.

Discusión

Los resultados que se muestran en este trabajo, conseguidos después de realizar la incisión de la placa de fibrosis y el cierre del defecto creado en la túnica albugínea con un injerto libre de dermis autóloga, son muy parecidos a los resultados obtenidos por otros autores que cierran la albugínea con otros materiales autólogos o heterólogos.

Cuando en 1991 comencé a aplicar esta técnica, no conocía la existencia de ninguna otra parecida, pero, un mes antes de presentarla en el Congreso Nacional de Cirugía Plástica de 1993 celebrado en Valladolid (España), descubrí que Sampaio (7) utilizaba una técnica idéntica aunque cerrando la albugínea con duramadre, material no utilizado desde la aparición de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob en humanos.

Revisada una amplia bibliografía no he encontrado ningún otro que primariamente utilice la dermis del propio paciente para cerrar el defecto creado al realizar la incisión, que no la extirpación, de la placa de

fibrosis causante de la Enfermedad de la Peyronie. Únicamente Backhaus (8) y su equipo añaden dermis al injerto venoso cuando éste no es suficiente para realizar el cierre de la albugínea.

Al existir tantísimas variantes de unas pocas técnicas clásicas en las que los diferentes cirujanos utilizan incisiones, extirpaciones y materiales de cierre tan diversos sin conseguir unos resultados homogéneos o, al menos, muy parecidos, se puede concluir que aún no se ha encontrado la técnica adecuada.

La técnica ideada y utilizada con un 90 % de buenos resultados, añade una variante más al tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de la Peyronie (9).

Conclusiones

Consideramos que esta técnica quirúrgica presenta sobre todas las demás las siguientes ventajas:

- Aún siendo necesario disecar prácticamente en su totalidad el paquete vasculonervioso dorsal del pene, no produce disfunciones eréctiles relacionadas con estos vasos y nervios.
- Al alargar el lado afectado del pene, prácticamente no se produce acortamiento peneano postoperatorio.
- La erección no se modifica o lo hace muy poco, ya que prácticamente no se dañan las estructuras intracavernosas,
- El enderezamiento, siempre que la placa esté estabilizada, se consigue en todos los casos y no se modifica posteriormente.
- Además, como la incisión produce una ruptura total de la placa que queda definitivamente interrumpida por el injerto de dermis, es prácticamente imposible que se produzca una recidiva de la incurvación.
- No existe dificultad mecánica en la penetración vaginal durante el coito, pues la incurvación residual es mínima.
- El cierre del defecto de la albugínea con un injerto libre de dermis, tiene las ventajas siguientes:
 - Su extracción manual o con un dermatomo es sencilla y rápida, lo que apenas añade tiempo adicional a la intervención quirúrgica.
 - Se dispone de todo el tejido autólogo necesario para el cierre del defecto creado al incidir la placa de fibrosis.
 - Al extraer el injerto libre de dermis no quedan secuelas postoperatorias funcionales, lo que sí ocurre cuando se utilizan otros tejidos autólogos para el cierre del defecto de la túnica albugínea.
 - No añade ningún coste económico adicional a la intervención quirúrgica.

Dirección del autor

Dr. Agapito Adrián Núñez Serrano
Paseo de Carmelitas, 20, 6º A.
37007 Salamanca.
España.

Bibliografía

1. **Peyronie, F.:** "Sur quelques obstacles qui s'opposent a l'éjaculation naturelle de la semence ». Acad. Chir. 1.743 ; 1 : 318.
2. **Horton, C., Devine, C. :** "Peyronie's disease". Plast. Reconstr. Surg. 1.973 ; 52 : 503.
3. **Devine, C.H., Horton, C.H.:** "Surgical treatment of Peyronie's disease whith a dermal graft". J. Urol. 1.974; 111: 44.
4. **Núñez Serrano, A.A.:** "Enfermedad de la Peyronie. Análisis de los resultados obtenidos y modificación de la técnica de Horton-Devine". Libro de resúmenes. XXIII Reunión de la Sociedad Española de Cirugía Plástica. Salamanca (España) 2-5 de junio 1.993 P:63.
5. **Núñez Serrano, A.A., Benito Duque, P., Arranz López, J.L., Toledo Lucas, J.M.:** "Enfermedad de la Peyronie. Nueva técnica". Comunicación al VI Congreso Hispano-Luso de Cirugía Plástica. Libro de resúmenes, Valladolid (España), 15-18 de junio 1.994. P:143.
6. **Kelami, A.:** "Autophotography in evaluation of functional penile disorders". Urology 1983; 21: 628.
7. **Sampaio, J.S., Passarinho, A., Alveira, A.G., Cristino, J., Madeira, A., Cardoso, P., Bello, N.:** "Surgical correction of severe Peyronie's disease whithout plaque excision". Eurol.Urol. 1.992; 22: 130.
8. **Backhaus, B.O., Muller, S.C., Albers, P.:** "Corporoplasty for advanced Peyronie's disease using venous and / or dermis patch grafting: new surgical technique and long term patient satisfaction". J. Urol. 2.003; 169: 981.
9. **Núñez Serrano, A.A., Núñez Laiseca, M.:** "Enfermedad de la Peyronie. Corporocavernosoplastia: incisión transversal de la placa y cierre con dermis antóloga", en "Cirugía Plástica Urológica". SYG Editores, Asturias, 2.007, Pp.: 107-122.

Comentario al trabajo «Enfermedad de Peyronie. De la extirpación a la incisión de la placa de fibrosis»

Hevia, M.*, González Sarasúa, J.**

* Jefe de Sección de Urología.

**Jefe de Servicio de Cirugía Plástica.

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España.

Las numerosas técnicas quirúrgicas y variantes de las mismas descritas para corregir la curvatura en la enfermedad de Peyronie, sin efectos secundarios, son el reflejo de que no existe un tratamiento óptimo.

El artículo de Núñez Serrano y cols. presenta 20 pacientes, intervenidos con la misma técnica quirúrgica y con un seguimiento de entre 1 y 16 años.

En el presente trabajo existe una gran proporción de pacientes jóvenes (12 de 20 tienen edad ≤ 55 años) en los que el tratamiento quirúrgico es la indicación correcta. El caso 3 de la serie probablemente hubiese sido una buena indicación para una prótesis de pene, con técnicas añadidas o no, para la corrección de la curvatura (1).

En la literatura sobre el tratamiento quirúrgico de esta patología existen muchos trabajos que no incluyen una evaluación detallada de la función eréctil preoperatoria. En el que nos ocupa, los objetivos van dirigidos a la corrección de la incurvación conservando la longitud peneana. El *Índice Internacional de Función Eréctil* (IIEF) es suficiente para conocer el estado preoperatorio y las modificaciones, si aparecen, en el postoperatorio (2).

La curvatura, según los datos de la tabla IV, es elevada en la casuística del trabajo (el 50 % de los pacientes presenta incurvación $\geq 60^\circ$). Las técnicas para medir objetivamente el grado de incurvación peneana son fundamentalmente dos (los dispositivos de vacío ya no se utilizan): la auto fotografía y la inyección intracavernosa de drogas vasoactivas (prostaglandina E1), ésta última considerada Standard (3).

En la serie, los pacientes presentan una longitud preoperatoria del pene en erección de ≥ 15 cm., aunque solo 3 de ellos tienen incurvación moderada, siendo importante en el resto. Cuando la incurvación es $\leq 60^\circ$ y el pene ≥ 13 cm se recomienda practicar una cirugía tipo Nesbit (o la modificación de la misma por Essed), porque se asume que el acortamiento que se va a producir en el pene es aceptable a cambio de un menor riesgo de disfunción eréctil postoperatoria, que aparece en las técnicas de extirpación, e incluso de incisión de la placa y sustitución del tejido por algún material injertado (4). En estos casos la plicatura no está indicada. Los autores coinciden con esta apreciación, puesto que están operando pacientes con curvaturas importantes.

El trabajo del Dr. Núñez Serrano y colaboradores es riguroso y está bien documentado.

Bibliografía

1. **Knoll LD, Furlow WL, Benson RC Jr.:** "Management of Peyronie's disease by implantation of inflatable penile prosthesis". *Urology*. 1990; 36:406.
2. **Mulhall J, Anderson M, Parker M.:** "A surgical algorithm for men with combined Peyronie's disease and erectile dysfunction: functional and satisfaction outcomes". *J Sex Med*. 2005;2:132.
3. **Ohebshalom M, Mulhall J, Guhring P, Parker M.:** "Measurement of penile curvature in Peyronie's disease patients: comparison of three methods". *J Sex Med*. 2007;4:199.
4. **Bokarica P, Parazajder J, Mazuran B, Gilja I.:** "Surgical treatment of Peyronie's disease based on penile length and degree of curvature". *Int J Imp Res*. 2005;17:170-4

Respuesta al comentario de los Drs. González Sarasúa y Hevia

Dr. Agapito A. Núñez

No tenemos nada que replicar a los Doctores Sarasúa y Hevia, su comentario no sólo es correcto sino constructivo. Sólo nos queda agradecerles su imparcialidad y su colaboración.