



## ARCHIVOS ESPAÑOLES DE UROLOGÍA

FUNDADOS POR E. PEREZ CASTRO, A. PUIGVERT GORRO Y L. CIFUENTES DELATTE

Director / Editor: E. Pérez-Castro Ellendt

Editor Asociado: L. Martínez-Piñeiro Lorenzo

Editor Asociado Internacional: J. I. Martínez-Salamanca

Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (9): 771-772

### COMENTARIO EDITORIAL de:

#### MANEJO QUIRÚRGICO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE GRAVE

*Antonio Martín Morales. Hospital General Universitario Carlos Haya. Director Urología Andrología integradas y Medicina Sexual (UAiMS). Málaga. España.  
a.martinmorales@uaims.net*

La enfermedad de La Peyronie, es una patología frecuente en nuestras consultas y sus efectos en la morfología y funcionalidad del órgano afecto, el pene, en el sujeto que la padece y en su pareja no son despreciables y en ocasiones devastadores.

Su prevalencia se ha estimado en estudios recientes de hasta el 9% (1), por lo tanto es un problema serio y frecuente, no solo en nuestras consultas sino en la población general.

Como todos los problemas relacionados con la función sexual, la Enfermedad de la Peyronie, tiene el componente de privacidad, al que se añade el pudor o temor a la hora de consultar, lo que origina que la consulta se demore y nos encontremos con situaciones en la clínica como las descritas en el artículo objeto de comentario.

En una primera fase, la enfermedad carece hoy por hoy de tratamiento eficaz y tímidamente aparecen resultados de ensayos clínicos con colagenasa, inyecciones intralesionales de Verapamilo, etc., que desgraciadamente son pobres y que no están al alcance de la práctica clínica diaria (2).

La historia natural de la enfermedad nos dice que un 20% tenderá a la mejoría/curación, un 30% se estabilizará y un 50% progresará (3).

La progresión puede terminar en un pene algo deforme, pero funcional y que no impide o impacta significativamente la actividad sexual del sujeto. En esos casos la observación y el consejo de actividad sexual que no "fuerce" al pene, para evitar micro/macro traumatismos, que actuarían como factores (re)iniciadores de mas reacción inflamatoria y por tanto progresión, según la teoría mayoritariamente aceptada, sería la actitud correcta.

En otro porcentaje, no desdeñable, la progresión conduce a un órgano no útil para la actividad sexual, bien por su morfología, bien por su incapacidad para conseguir y mantener una erección adecuada. En estos casos y cuando la enfermedad está estabilizada (6-12 meses sin progresión), la solución si se quiere mantener la actividad sexual pasa por una corrección quirúrgica (4).

El artículo objeto de comentario, expone de forma clara y magníficamente ilustrada, soluciones para los casos complejos y no complejos con el objetivo de devolver al pene su estado pre-enfermedad, morfológicamente y funcionalmente hablando.

La estrategia es atractiva, pero no debemos perder de vista, que se trata de la experiencia de un centro con un alto volumen de cirugía cosmética del pene, y que los resultados que obtienen son excelentes, quizás debido precisamente a este alto volumen de cirugía y al perfecto conocimiento de la anatomía quirúrgica del pene.

Por otro lado, los autores introducen de forma sistemática lo que ellos llaman fisioterapia postoperatoria, incluso en pacientes a los que implantan prótesis de pene. A día de hoy, estas estrategias son temas de debate y por tanto deben ser consideradas dentro de la experiencia reportada por los autores. Su impacto en los resultados quirúrgicos son un tema a dilucidar con estudios multicéntricos y bien diseñados que confirmen o no su real utilidad, habida cuenta las diferencias con las series publicadas y referenciadas por los propios autores.

Es de destacar el concepto de abordaje de corrección de la curvatura/deformidad. En lugar de ir a una cirugía más conservadora, y con mejores resultados, al menos en cuanto a función eréctil, el artículo comentado apuesta por el restablecimiento de la morfología del pene previa a la enfermedad, utilizando un injerto/parche (Intexen™), que en la mayoría de las series citadas, con variedad de materiales, producen mayores complicaciones postoperatorias.

El concepto es atrayente, pero debe ser reproducido en otros centros y/o por otros autores como para poder ofertar el procedimiento como estándar en la corrección de incurvación/deformidad severa en enfermedad de Peyronie. Sirva este artículo como el detonante para implementar un estudio multicéntrico que nos dote de evidencia sobre la validez de este abordaje.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vardi Y, Levine LA, Chen J, Hatzimouratidis K and Sohm M: Is there a place for conservative treatment in Peyronie's disease?, J Sex Med. 2009 Apr;6(4):903-9.
2. David Ralph, MD, Nestor Gonzalez-Cadavid, PhD, Vincenzo Mirone, MD, Sava Perovic, MD, Michael Sohn, MD, Mustafa Usta, MD and Laurence Levine, MD. The Management of Peyronie's Disease: Evidence-based 2010 Guidelines. JSM Epub ahead of print 2010
3. Gelbard MK, Dorey F, James K. The natural history of Peyronie's disease. J Urol 1990;144:1376-9
4. Hauck EW, Diemer T, Schmelz HU, Weidner W. A critical analysis of nonsurgical treatment of Peyronie's disease. Eur Urol. 2006 Jun;49(6):987-97. Epub 2006 Mar 20. Review.