

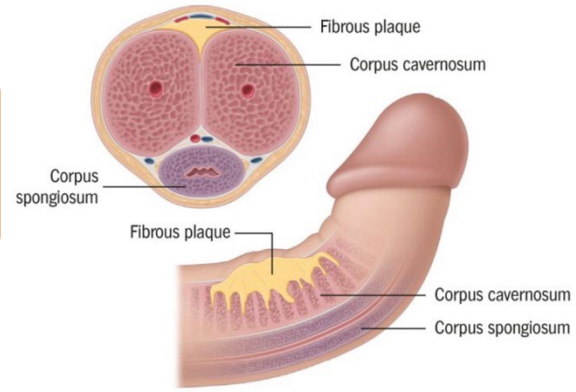
BÁSICOS EN ENFERMEDAD DE PEYRONIE

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

Trastorno adquirido del tejido conectivo, caracterizado por la formación de **placas fibróticas en la túnica albugínea** de los cuerpos cavernosos que pueden producir una **deformidad del pene**, más evidente durante la erección.

Prevalencia: hasta 9-13%.

Posible aparición en todas las edades pero pico de incidencia entre **los 50 y 60 años**.



ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Etiología desconocida. Teoría más extendida: **microtrauma durante las relaciones sexuales** → respuesta inflamatoria local con remodelación del tejido conectivo y aparición de la placa fibrosa. Posible aparición después de un traumatismo peneano significativo. Otras teorías: predisposición genética, estrés oxidativo, autoinmunidad, infecciones.

Factores de riesgo: diabetes, hipertensión, dislipidemia, tabaquismo, cardiopatía isquémica y abuso de alcohol.

Estrecha correlación epidemiológica y fisiopatológica: enfermedad de Dupuytren (fibromatosis palmar) y Ledderhose (fibromatosis plantar).

DIAGNÓSTICO

Historia clínica y sexual: Esencial la evaluación de la **función eréctil**.

Evaluar la condición psicológica y **las expectativas del paciente**.

Herramientas validadas para evaluar la enfermedad y la función sexual (PDQ, GAPD, VAS, IIEF).

Examen físico: longitud, la placa y curvatura. El calibre y el goniómetro son herramientas útiles. Se necesita una erección suficiente para evaluar correctamente la curvatura: fármacos vasoactivos intracavernosos, dispositivos de vacío, autofotografías (**método de Kelami**).

Ecografía del pene: La ecografía basal no está recomendada rutinariamente para evaluar las placas (poco fiable). **La ecografía Doppler** se puede ofrecer en pacientes con disfunción eréctil (especialmente si está indicada la cirugía).

FASES CLÍNICAS

1) Fase aguda (activa, inflamatoria): desarrollo progresivo de la curvatura del pene, dolor peneano (especialmente en la erección) y placa fibrótica palpable. Duración variable, hasta 12-18 meses.

2) Fase crónica (estable): estabilización de la curvatura, desaparición del dolor y calcificación de la placa.

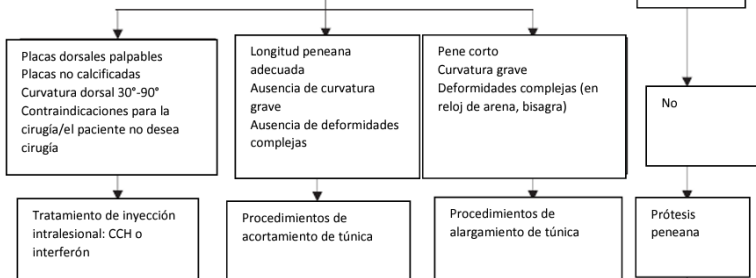
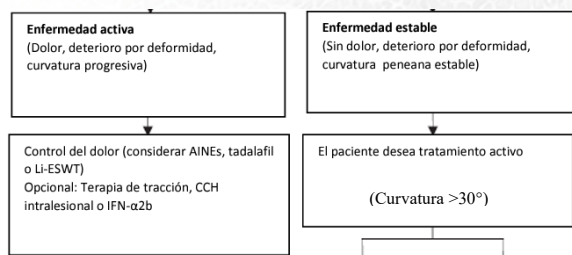
Importante: el dolor en la fase aguda puede estar ausente en un porcentaje significativo de pacientes.

La placa calcificada como un signo patognomónico de fase crónica está en discusión.

Tipo de curvaturas peneanas: **dorsal (más común)**, ventral, lateral, mixta, deformidades complejas (bisagra, reloj de arena).

Otros síntomas comunes: dificultad en las relaciones sexuales, **hasta disfunción eréctil**, **contracción del pene**, **angustia psicológica** (incluso depresión).

TRATAMIENTO



No hay "terapia etiológica" con "propósito curativo".

Objetivos principales:

- **Fase aguda:** para aliviar el dolor y evitar el empeoramiento de la curvatura.

- **Fase crónica:** para corregir la deformidad peneana.

En ambos casos: preservar o mejorar la función sexual.

Tipo:

- **Conservador:** indicado principalmente en la fase aguda, pero puede ofrecerse en pacientes seleccionados durante la fase crónica.

- **Cirugía:** tratamiento de referencia durante la fase crónica (después de al menos 3 meses de estabilización).

- **Tratamientos orales** (Pentoxifilina, Vitamina E, Potaba, Carnitina, Coenzima Q10): evidencia limitada sobre su eficacia, **no recomendable**.
- **Otros tratamientos intralesionales** (verapamilo, ácido hialurónico, plasma rico en plaquetas): pueden reducir la curvatura (evidencia limitada).
- **Modelado peneano** (tracción, dispositivos de vacío): puede reducir la curvatura y aumentar la longitud del pene (evidencia limitada).