
Enfermedad de Peyronie

Dr. Alexander Figueredo · Figueredo Med

Enfermedad de Peyronie

Folleto para Pacientes: Enfermedad de Peyronie (Página 1: Portada)

Cuando la Curvatura del Pene Causa Preocupación: Entendiendo la Enfermedad de Peyronie

Una guía sobre qué es, por qué ocurre y cómo se trata.

(Imagen: Una flecha recta que, al pasar por una zona de "turbulencia", se curva. Una metáfora visual simple para representar la curvatura sin usar imágenes explícitas).

(Página 2: ¿Qué es la Enfermedad de Peyronie?)

La Enfermedad de Peyronie es una condición en la que se forma una placa de tejido cicatricial (como una pequeña costra interna) en la túnica albugínea, que es la capa elástica que envuelve los cuerpos cavernosos del pene (los cilindros que se llenan de sangre para crear una erección).

¿Qué causa esta placa?

Esta placa NO es elástica. Cuando el pene se pone erecto, la parte sana de la túnica albugínea se estira, pero la placa no. Al no estirarse, la placa "tira" de ese lado del pene, provocando que se curve o se doble durante la erección.

Puntos Clave:

NO es cáncer. NO es una infección de transmisión sexual. No es algo con lo que se nace; es una condición que se adquiere a lo largo de la vida, generalmente en hombres de mediana edad. La curvatura puede ser hacia arriba, hacia abajo o hacia los lados. Además de la curvatura, la enfermedad puede causar dolor, acortamiento del pene o una deformidad en "reloj de arena" (un estrechamiento).

(Página 3: Las Dos Fases de la Enfermedad: Activa y Crónica)

La enfermedad de Peyronie evoluciona en dos fases distintas. Entender en qué fase te encuentras es clave para el tratamiento.

1. Fase AGUDA o INFLAMATORIA:

Duración: Suele durar de 6 a 18 meses.

Características:

Es la fase inicial, cuando la placa se está formando. Hay dolor en el pene, especialmente durante la erección. La curvatura está cambiando, empeorando progresivamente. Se puede notar un bulto o nódulo en el pene. Objetivo del tratamiento en esta fase: Controlar el dolor y, potencialmente, intentar limitar la progresión de la curvatura.

2. Fase CRÓNICA o ESTABLE:

Características:

La placa ha madurado y se ha calcificado. Ya no hay inflamación activa. El dolor ha desaparecido. La curvatura se ha estabilizado y ya no cambia. La placa se siente dura. Objetivo del tratamiento en esta fase: Corregir la deformidad existente si esta dificulta o impide la relación sexual. Los tratamientos más invasivos, como la cirugía, solo se realizan en esta fase. (Página 4: ¿Por Qué Ocurre? La Teoría del "Trauma y Mala Cicatrización")

La causa exacta no se conoce al 100%, pero la teoría más aceptada es la de la lesión y la cicatrización anormal.

El Trauma Inicial: Se cree que todo comienza con un microtrauma en el pene durante la actividad sexual (por ejemplo, un golpe o un doblamiento brusco). Muchas veces, este trauma es tan pequeño que el hombre ni siquiera se da cuenta de que ha ocurrido. La Respuesta de Cicatrización: El cuerpo intenta reparar esta pequeña lesión. Una Cicatrización Exagerada: En hombres con

predisposición a la enfermedad de Peyronie, este proceso de cicatrización es anormalmente agresivo. En lugar de formar una cicatriz pequeña y flexible, el cuerpo produce una acumulación excesiva de colágeno y fibrina, formando la placa dura y no elástica. ¿Quién tiene más riesgo?

Genética: Existe una predisposición familiar. Condiciones asociadas: Hombres con contractura de Dupuytren (un engrosamiento similar en la palma de la mano), diabetes, tabaquismo o que han sido sometidos a cirugía de próstata. (Página 5: El Impacto Psicológico: No Estás Solo)

El impacto de la enfermedad de Peyronie va mucho más allá de lo físico. Es normal y muy común experimentar:

Ansiedad y estrés: Preocupación por la apariencia del pene, el dolor o la capacidad para tener relaciones sexuales. Pérdida de confianza y autoestima. Miedo a la intimidad y evitación de las relaciones sexuales. Depresión. Es fundamental hablar sobre estos sentimientos con tu pareja y con tu médico. El aspecto psicológico es una parte real de la enfermedad y debe ser abordado.

(Página 6: Tratamientos para la Fase AGUDA (Dolor y Curvatura Cambiante))

En esta fase, el objetivo es manejar el dolor y tratar de evitar que la curvatura empeore. Las opciones son limitadas y su eficacia es modesta.

Tratamientos Orales:

Antiinflamatorios (AINEs): Como el ibuprofeno, pueden ayudar a controlar el dolor. Otros medicamentos: Se han probado muchos fármacos orales (Vitamina E, Potaba, Colchicina, Tamoxifeno), pero lamentablemente, ninguno ha demostrado de forma concluyente en estudios serios que pueda reducir la curvatura. Su uso es controvertido.

Terapias de Tracción Peneana:

¿Qué son? Son dispositivos mecánicos que se usan durante varias horas al día para aplicar un estiramiento suave y constante al pene. ¿Funcionan? La idea es "remodelar" la placa mientras aún es blanda. Algunos estudios sugieren que, si se usan de forma constante y disciplinada durante la fase aguda, pueden ayudar a minimizar la pérdida de longitud y, en algunos casos, reducir la curvatura. (Página 7: Tratamientos para la Fase CRÓNICA (Curvatura Estable y Sin Dolor))

Una vez la enfermedad se estabiliza, si la curvatura es severa e interfiere con la vida sexual, se pueden plantear tratamientos más definitivos.

1. Terapia con Inyecciones Intralesionales (Dentro de la Placa):

¿Qué es? El urólogo inyecta un medicamento directamente en la placa de Peyronie. El único fármaco aprobado por la FDA: Colagenasa de Clostridium histolyticum (Xiaflex®). ¿Cómo funciona? Es una enzima que "digiere" el colágeno de la placa, ablandándola y permitiendo que se estire. Protocolo: Consiste en varios ciclos de inyecciones, combinados con ejercicios de "modelado" (estiramiento y enderezamiento) del pene en casa. Eficacia: Puede lograr una mejoría significativa (pero no siempre completa) de la curvatura en pacientes bien seleccionados. 2. Cirugía (La Opción más Efectiva para Corregir la Curvatura): La cirugía se reserva para hombres con curvatura severa y estable que tienen una buena función eréctil. Hay tres tipos principales:

Plicatura (Técnica de Nesbit o similares): Se hacen unos puntos o "pliegues" en el lado opuesto a la curvatura para enderezar el pene. Es una cirugía relativamente sencilla, pero siempre causa un cierto acortamiento del pene. Incisión/Escisión de la Placa con Injerto: Se corta la placa para permitir que el pene se enderece y el "hueco" se rellena con un injerto (un parche de tejido). Es una

cirugía más compleja, que preserva mejor la longitud, pero tiene un mayor riesgo de empeorar la función eréctil. Implante de Prótesis de Pene: Es la mejor opción para hombres que tienen Peyronie Y disfunción eréctil severa. Se implantan los cilindros de la prótesis, que actúan como un "esqueleto" interno, y el cirujano endereza el pene sobre ellos. Soluciona ambos problemas a la vez. (Página 8: Conclusión: Hay Soluciones Disponibles)

La enfermedad de Peyronie es una condición de cicatrización anormal que causa curvatura y dolor en el pene. Tiene una fase aguda (activa) y una fase crónica (estable). El tratamiento depende de la fase. El impacto emocional y psicológico es real y debe ser abordado. En la fase aguda, el tratamiento se centra en el dolor y la posible prevención con dispositivos de tracción. En la fase crónica, si la deformidad es un problema, las inyecciones de colagenasa (Xiaflex®) o la cirugía son opciones efectivas para corregir la curvatura. Para hombres con Peyronie y DE severa, la prótesis de pene es una excelente solución. Si notas un nódulo, dolor o curvatura en tu pene, no lo ignores. Una evaluación temprana por un urólogo es el primer paso para entender tu condición y encontrar el camino correcto.

FIN DEL FOLLETO PARA PACIENTES

 * ### Folleto 2 de 2: Para Médicos y Profesionales de la Salud * Guía Clínica Rápida: Enfermedad de Peyronie (EP) (Página 1: Portada, Definición y Fisiopatología)

Enfermedad de Peyronie: Evaluación, Manejo por Fases y Opciones Terapéuticas.

Una guía para el urólogo, médico de familia e internista.

(Imagen: Un diagrama de la anatomía del pene en corte transversal, mostrando la túnica albugínea, los cuerpos cavernosos y la uretra, con una zona engrosada y fibrótica (la placa) en la túnica albugínea).

Definición y Epidemiología:

Definición: Trastorno adquirido del tejido conectivo de la túnica albugínea, caracterizado por la formación de una placa fibrótica que conduce a deformidad del pene (curvatura, indentación), dolor y disfunción eréctil. Prevalencia: Se estima que afecta entre el 3% y el 9% de la población masculina adulta. Probablemente infradiagnosticada debido a la reticencia de los pacientes a consultar.

Fisiopatología:

Modelo de Trauma-Cicatrización Anormal:

Trauma Mecánico: Microtraumatismos repetidos durante el coito causan delaminación entre las capas interna (circular) y externa (longitudinal) de la túnica albugínea. Extravasación y Respuesta Inflamatoria: Se forma un pequeño hematoma y se extravasan componentes sanguíneos, incluyendo fibrina. Se inicia una cascada inflamatoria con infiltración de citoquinas (TGF- β 1, PAI-1). Fibroproliferación: El TGF- β 1, un potente mediador profibrótico, estimula la transformación de fibroblastos en miofibroblastos. Deposición de Matriz Extracelular: Los miofibroblastos producen un exceso de colágeno tipo I y III, elastina y fibrina, que no es remodelado adecuadamente. Formación de la Placa: Este proceso culmina en la formación de una placa de tejido cicatricial denso e inelástico. La osificación/ calcificación de la placa es un evento tardío. Asociaciones Sistémicas: Contractura de Dupuytren, enfermedad de Ledderhose (fibromatosis plantar), diabetes mellitus, dislipidemia, hipogonadismo, tabaquismo, post-prostatectomía radical.

(Página 2: Fases Clínicas y Evaluación Diagnóstica)

El manejo de la EP depende críticamente de la fase de la enfermedad.

1. Fase Aguda (Inflamatoria):

Duración: 6-18 meses. Clínica: Dolor peneano (especialmente en erección), aparición y/o progresión de la deformidad. El nódulo puede ser palpable y blando. Objetivo Terapéutico: Manejo del dolor, posible limitación de la progresión de la enfermedad. No se realizan intervenciones quirúrgicas.

2. Fase Crónica (Estable):

Clínica: Ausencia de dolor durante al menos 3 meses, deformidad estable durante al menos 3-6 meses. Placa calcificada y bien definida. Objetivo Terapéutico: Corrección de la deformidad si interfiere con la función sexual.

Evaluación Diagnóstica:

Historia Clínica: Inicio y duración de los síntomas, presencia de dolor, cambios en la curvatura, calidad de las erecciones (usar IIEF), impacto en la vida sexual, historia de trauma peneano.

Exploración Física: Palpación del pene en estado flácido para localizar la placa, evaluar su tamaño y consistencia. Medición de la longitud del pene estirado.

Documentación de la Deformidad (CRÍTICO):

Fotografías del pene erecto: El paciente debe aportar fotos desde diferentes ángulos (superior, lateral) para documentar la curvatura. Test de Inyección Intracavernosa (ICI): En consulta, se induce una erección artificial con Alprostadil. Permite una evaluación objetiva y reproducible de: Grado y dirección de la curvatura (medido con un goniómetro). Presencia de deformidades complejas (reloj de arena, bisagra). Calidad de la rigidez axial. Evalúa la función eréctil y la posible disfunción veno-oclusiva. Ecografía Doppler Peneana: Se realiza durante la erección inducida por ICI. Permite visualizar la placa, detectar calcificaciones, y evaluar los parámetros hemodinámicos (Pico de Velocidad Sistólica - PSV, Velocidad de Fin de Diástole - EDV).

(Página 3: Manejo de la Fase AGUDA)

El objetivo es sintomático y potencialmente modificador de la enfermedad. La evidencia para la mayoría de las terapias orales es débil o inexistente.

1. Manejo del Dolor:

AINEs: Primera línea para el control del dolor. Tadalafilo 5mg diario (Off-label): Puede mejorar el dolor y la oxigenación tisular a través de su efecto antifibrótico y vasodilatador.

2. Terapias Orales (Evidencia Limitada/Controvertida):

Vitamina E, Potaba, Tamoxifeno, Colchicina: Las guías de la AUA no recomiendan su uso debido a la falta de eficacia demostrada en ECA rigurosos.

3. Terapia de Tracción Peneana (TTP):

Mecanismo: Aplica una fuerza de estiramiento longitudinal sostenida, induciendo mecanotransducción que puede promover la remodelación de la placa. Evidencia: Evidencia de nivel moderado. Puede reducir la pérdida de longitud y, en algunos estudios, mejorar la curvatura cuando se utiliza de forma disciplinada (3-8 horas/día) durante varios meses, especialmente en la fase aguda.

4. Terapias Intralesionales (en fase aguda):

Verapamilo, Interferón: Se han utilizado off-label con resultados mixtos. No son recomendados como primera línea por la AUA. Colagenasa (Xiaflex®): No está indicada en la fase aguda. Su uso es exclusivo para la fase crónica. (Página 4: Manejo de la Fase CRÓNICA: Terapia Intralesional)

Reservada para pacientes con enfermedad estable y deformidad que compromete la función sexual.

Colagenasa de Clostridium histolyticum (CCH / Xiaflex®):

Mecanismo: Es una mezcla de dos colagenasas (AUX-I y AUX-II) que degradan enzimáticamente los componentes de colágeno tipo I y III de la placa fibrótica. Indicaciones (FDA): Hombres con una placa palpable y una curvatura dorsal o lateral de 30 a 90 grados. Protocolo: Un ciclo de tratamiento consiste en dos inyecciones separadas por 24-72 horas, seguido de un procedimiento de "modelado" peneano por el médico. Se pueden administrar hasta 4 ciclos (8 inyecciones en total). El paciente debe realizar ejercicios de modelado en casa. Resultados (Estudios IMPRESS): Mejoría media en la curvatura de ~34% (unos 17 grados) en comparación con placebo. Es una mejoría estadísticamente significativa, pero no una "cura" completa. Efectos Adversos: Hematoma, edema, dolor peneano (muy comunes y autolimitados). El riesgo más serio es la fractura de pene (ruptura de la túnica albugínea), que es rara (<1%) pero requiere reparación quirúrgica urgente. (Página 5: Manejo de la Fase CRÓNICA: Opciones Quirúrgicas)

La cirugía es el tratamiento más definitivo y eficaz para la corrección de la curvatura. Se reserva para pacientes con enfermedad estable, deformidad significativa y cuya función eréctil preoperatoria determina la técnica.

Algoritmo Quirúrgico Simplificado:

¿Función Eréctil Normal (con o sin IPDE5)?

Sí -> ¿Curvatura <60° y sin deformidad compleja, longitud peneana adecuada? Sí -> Cirugía de Plicatura (Técnica de Nesbit, Yachia, 16-dot). Técnica: Acortamiento del lado convexo (el lado más largo) para igualarlo al lado cóncavo. Ventajas: Técnicamente sencilla, bajo riesgo de DE de novo. Desventaja: Acortamiento peneano garantizado. No -> ¿Curvatura >60°, deformidad en reloj de arena o longitud comprometida? Sí ->

Incisión/Escisión de la Placa con Injerto. Técnica: Se incide la placa en el punto de máxima curvatura para permitir el enderezamiento. El defecto creado en la túnica se cubre con un material de injerto (vena safena, pericardio bovino, submucosa intestinal). Ventajas: Preserva la longitud peneana, corrige deformidades complejas. Desventaja: Mayor riesgo de DE postoperatoria (hasta 15-20%), técnicamente más demandante. ¿Disfunción Eréctil Refractaria a Tratamiento Médico?

Sí -> Implante de Prótesis de Pene (IPP). Técnica: La inserción de los cilindros de la prótesis proporciona rigidez axial. El enderezamiento se consigue mediante el "modelado" forzado del pene sobre los cilindros inflados. Si la curvatura residual es $>30^\circ$, se puede realizar una incisión de la placa o una plicatura en el mismo acto quirúrgico. Ventajas: Trata simultáneamente la curvatura y la DE, proporcionando una solución definitiva. Altas tasas de satisfacción. (Página 6: Complicaciones y Manejo de la Disfunción Eréctil en EP)

La DE es comórbida con la EP en un 30-50% de los casos.

Causas de la DE en EP:

Ansiedad y factores psicógenos: Miedo al dolor, a la apariencia, ansiedad de rendimiento. Disfunción veno-oclusiva: La placa puede alterar la estructura de la túnica albugínea, impidiendo la compresión de las venas subtunicales y causando "fuga venosa". Esto se evidencia en el Doppler con una Velocidad de Fin de Diástole (EDV) > 5 cm/s. Disfunción arterial: Menos común, pero la fibrosis puede afectar las arterias cavernosas.

Manejo:

Primera Línea: Inhibidores de la PDE5 (IPDE5). Pueden mejorar la rigidez y la confianza. Segunda Línea: Inyecciones intracavernosas. Muy eficaces, pero pueden ser más dolorosas en pacientes con EP. Tercera Línea: Prótesis de pene, como se

describió anteriormente. (Página 7: Resumen del Algoritmo Terapéutico)

(Diagrama de Flujo)

Paciente con sospecha de EP -> Historia clínica, IIEF, exploración física.

Determinar Fase:

FASE AGUDA (Dolor, curvatura inestable):

Manejo conservador: AINEs para el dolor. Considerar Tadalafilo 5mg diario. Considerar Terapia de Tracción Peneana.

NO CIRUGÍA, NO CCH.

Seguimiento hasta la estabilización.

FASE CRÓNICA (Sin dolor, curvatura estable > 3 meses):

¿La deformidad impide la relación sexual? -> Si no, observar.

Si sí:

Documentar curvatura (fotos, ICI+Doppler). Si curvatura 30-90° y sin DE severa: Discutir Inyecciones de CCH (Xiaflex®) vs. Cirugía.

Si se opta por cirugía:

Buena EF: Plicatura (curva simple <60°) vs. Incisión+Injerto (curva compleja >60°). Mala EF (refractaria): Implante de Prótesis de Pene. (Página 8: Conclusiones para el Clínico)

La Diferenciación entre Fase Aguda y Crónica es el Eje del Manejo: Las estrategias terapéuticas son mutuamente excluyentes. La Evaluación Objetiva es Mandatoria: La autoevaluación del paciente no es suficiente. Se requiere

documentación fotográfica o, idealmente, una erección inducida farmacológicamente en consulta para planificar el tratamiento. Manejar las Expectativas: Las terapias no quirúrgicas (orales, tracción) en la fase aguda tienen una eficacia limitada. La CCH mejora, pero raramente elimina por completo la curvatura. La cirugía es el tratamiento más eficaz pero conlleva riesgos (acortamiento, DE). La DE es una Comorbilidad Frecuente y Determinante: La evaluación y el manejo de la función eréctil son inseparables del manejo de la curvatura y dictan la elección del procedimiento quirúrgico. El Impacto Psicológico es Severo: Validar la angustia del paciente y proporcionar apoyo es una parte fundamental del tratamiento.

FIN DEL FOLLETO PARA MÉDICOS

Aviso: documento de divulgación médica del Dr. Alexander Figueredo. No sustituye la consulta ni el criterio de tu médico tratante. Ante cualquier síntoma, acude a un profesional licenciado.