

TÍTULO: La ecografía del pene en la enfermedad de Peyronie.

AUTORES: Dr. Juan Carlos Muñoz Torres (juancmuinos@infomed.sld.cu); Dra. Isabel Caravia Pubillones; Dra. Ileana Peña Brito; Dr. Julio H. Smith García Menocal.

CENTRO DE PROCEDENCIA : Hospital "Enrique Cabrera"
Facultad Enrique Cabrera, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

PALABRAS CLAVE: Ecografía, Enfermedad de Peyronie.

Resumen:

Se estudiaron 45 pacientes que acudieron a consulta de urología del Hospital Docente Enrique Cabrera por incurvación del pene, dolor en la erección o disfunción sexual. El síntoma más frecuente fue la incurvación del pene seguido del dolor. En todos los pacientes se empleó la ecografía del pene después de realizado el examen físico, constatándose que la primera tiene mucho valor en el diagnóstico de la Enfermedad de Peyronie, siendo su mayor utilidad para el diagnóstico de placas únicas o clínicamente incurvación y con examen físico negativo. En este estudio coincidió en el 79,4% fueron corroborado el diagnóstico por la ecografía. Se debe señalar que en la revisión realizada se encontró publicado la utilidad de la ecografía en el seguimiento evolutivo para valorar la respuesta al tratamiento.

Summary

Forty five patients were studied in the urology department from Enrique Cabrera Hospital due to penis bending, erection pain or sexual dysfunction. The most frequent symptom was the penis bending followed pain. The penis ultrasound scan was performed after the physical exam. This revealed that the first is of a great value in the diagnosis of the Peyronie's disease and it is mostly used in the diagnosis of fissures or bending with negative physical exam. The study agreed with the 79.4% of the diagnosis by the penis ultrasound scan. We should indicate that in the bibliographical revision we found published the importance of the penis ultrasound scan in the follow up evolution to give value to the answer to the treatment.

Introducción

La enfermedad de Peyronié es una afección del tejido conectivo del pene localizada e idiopática, que afecta a los cuerpos cavernosos y a la túnica albugínea y el espacio areolar que lo rodea., suele provocar curvatura, dolor y acortamiento del pene durante la erección (1,2). Ver Fig. No 1.

A pesar de tratarse de una enfermedad conocida desde hace muchos años, la etiopatogenia continúa siendo desconocida (3,4) si bien las hipótesis existentes llevan a creer que se trata de un proceso inflamatorio de probable etiología multifactorial en individuos genéticamente predispuestos.

Numerosos estudios sugieren un mecanismo inmunogenético. La presencia de anticuerpos antinucleares en un 24% de los pacientes, la hipergammaglobulinemia y la asociación con otras enfermedades fibroblásticas sugieren una base auto inmune (5).

El diagnóstico se realiza mediante una anamnesis cuidadosa y la exploración física del pene, la palpación nos permitirá determinar la existencia de una o más placas así como la extensión de estas. (1,2,5).

La fibrosis (cicatriz) que se produce en la superficie del pene (túnica albugínea) puede provocar los siguientes problemas:

- Dolor del pene durante la erección.
- Incurvación del pene durante la erección, que puede dificultar, incluso impedir la penetración.
- Acortamiento o estrechamiento del pene.
- Impotencia o descenso de la erección.

Otras pruebas complementarias son utilizadas como es la ecografía de alta fiabilidad, la cual nos da una determinación exacta del tamaño, localización y el número de placas (6,7).

La radiografía simple de pene sólo es útil si existen calcificaciones; la cavernosografía por su carácter invasivo y la escasa utilidad clínica no es aconsejable su utilización; la resonancia magnética nuclear ofrece una información más precisa y objetiva que la

ecografía, pero su elevado costo impide que pueda ser utilizada como método diagnóstico de rutina.

El tratamiento está encaminado a aliviar el dolor, mejorar la curvatura así como la función sexual. Este puede ser por vía oral, administración intraplaca de medicamentos, tratamientos físico y quirúrgico en dependencia de cada caso (1,8,9,10,11,12,13).

En la primera fase se emplean los tratamientos médicos, pero con una eficacia muy limitada. Los fármacos más utilizados son: pentoxifilina, tamoxifeno, vitamina E, propóleo y colchicina (1, 14,15).

Otra variante terapéutica es la inyección intraplaca de esteroides, verapamilo, interferón alfa, etc., con resultados satisfactorios en algunos casos.

Recientemente se han presentado diferentes trabajos sobre el efecto de las ondas de choque de baja energía en pacientes con Enfermedad de Peyronie con buenos resultados.

En una segunda fase, cuando el dolor haya cedido, si persiste la incurvación debe valorarse una intervención quirúrgica que corrija la curvatura del pene y en ocasiones llegar hasta la colocación de una prótesis peniana.

Dada la frecuencia con que se observa la Enfermedad de Peyronie, sobre todo en hombres jóvenes y la introducción del ultrasonido para el estudio de estos pacientes ha sido de reciente instalación en nuestro servicio, se hace necesario saber la correlación existente entre el examen físico del pene realizado por el urólogo; la localización única o múltiple de las placas y su corroboración con el estudio ecográfico y así poder determinar su utilidad en la evaluación de la terapéutica empleada en los pacientes con esta afección médica. Por tal motivo se decidió investigar junto al servicio de Imagenología del Hospital Enrique Cabrera la correlación existente entre lo hallado en el examen físico del pene y los resultados ecográficos que se observaron.

Material y Método:

Se estudiaron 45 pacientes que asistieron a la consulta de Urología del Hospital Nacional Enrique Cabrera entre Enero de 2004 a Diciembre de 2007 por presentar

incurvación del pene, dolor o algún grado de Disfunción Sexual Eréctil (DSE), a todos se les realizó una historia clínica detallada con el examen físico inicial .

Se analizaron las siguientes variables: tiempo de aparición de los síntomas antes de la primera consulta urológica; cuál era el síntoma más importante que consideraba el paciente y si existía algún grado de DSE . Luego se indicó a continuación una ecografía del pene. Todos estos datos obtenidos se recopilaron en una base de datos Microsoft Excel, mostrando los resultados obtenidos en por cientos.

Para la ecografía se utilizó un equipo ALOKA 5500 con traductor 5 y 8 mhz realizándose cortes sagital y coronal del pene.

Resultados y discusión:

En la tabla #1 podemos observar que la curvatura peniana fue en la muestra el síntoma más común como motivo de consulta de esta enfermedad (8,15) con 26 pacientes para un 57.7 % seguido del dolor durante la erección para un 22.2% y en menor cuantía la DSE que apareció en los momentos tempranos de la enfermedad para un 20% (15,16).

La tabla #2 refleja el tiempo transcurrido desde que el paciente comienza con los síntomas hasta que acude a su primera consulta. Debido a los tabúes que aún existen en los hombres cuando se trata de algún proceso patológico de sus genitales, demoran en acudir a la consulta, así se observa que la mayoría de ellos concurre a la misma después de 3 meses de iniciados los síntomas para un 40% de los casos y solamente 8 pacientes consultaron a su médico antes de los 3 meses para un 17.7%

En la tabla #3 se puede observar que en el caso de las placas únicas, coincidieron el hallar las placas únicas tanto en el examen físico como en el estudio ecográfico en un 79,48%, sin embargo esta coincidencia es menor ante pacientes con placas múltiples.

El ultrasonido diagnóstico es un estudio inocuo y con grandes ventajas en estos pacientes , sobretodo a la hora de decidir el tipo de tratamiento (6,7,8) ya sea médico o quirúrgico pues los pacientes con placas múltiples seguramente se beneficiaran más con el tratamiento médico, oral y no quirúrgico o inyecciones intraplaca (12,13).

Conclusiones:

- El síntoma más frecuente en estos pacientes es la incurvación peniana y se observó que los pacientes no acuden a consulta externa de urología hasta pasado 3 meses de comenzar los síntomas.
- El empleo del ultrasonido diagnóstico es de gran ventaja en los pacientes con Enfermedad de Peyronie, incluso en aquellos pacientes con examen físico negativo y clínicamente refieren incurvación del pene.

ANEXOS

Tabla #1: Principal causa de motivo de consulta. N= 45

Motivo principal de consulta	No. de casos	%
Curvatura durante la erección	26	57.7
Dolor durante la erección	10	22.2
DSE	9	20

Fuente Base de datos

Tabla #2: Tiempo transcurrido desde que comienzan los síntomas y la asistencia a la primera consulta. N = 45

Tiempo transcurrido para la primera consulta	No de casos	%
Menos de 3 meses	8	17.7
Entre 3 – 6 meses	18	40
Entre 6 meses- 1 año	10	22.2
Más de 1 año	9	20
TOTAL	45	100

Fuente Base de datos

Tabla #3: Resultado comparativo entre examen físico y la ecografía.

Número de placas	Examen Físico	Ultrasonido diagnóstico	(Coinciden)	No coinciden
única	34	27	79,41%	20,58%

Múltiple	7	16	56,25%	43,35%
Total	41*	43		

Fuente Base de datos

* En 4 pacientes con síntomas de curvatura del pene no se encontraron placas en el examen físico y en ellos en dos pacientes se observaron placas en la ecografía.

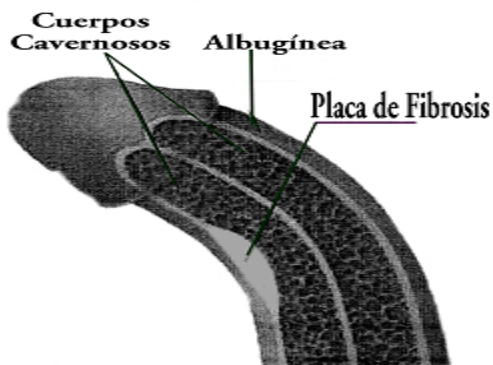


Figura No.1 . Esquema de la enfermedad de Peyronie. (1)

Bibliografía:

1.- Rodríguez Vela. L. Incurvación del pene y Enfermedad de Peyronie. Instituto de Urología y Medicina Sexual y Zaragoza. España.

http://www.institutouroandologico.com/servicios/incurvacion_pene_peyronie.php

(Revisado en enero 2012).

2.- Campbell-Walsh. Urology, 8th edición Editorial Médica Panamericana, Tomo II, 2007, pag 1856.

3.- Hellstrom WJ, Bivalacqua TJ. "Peyronie's disease: etiology, medical and surgical therapy". J Androl (2000); 21(3): 347-54

4.- Kadioglu, A., Tefekli, A., Sanly, O., et al: Lessons learned from 307 men with Peyronie's disease. J Urol (2001).165:(suppl 202, abstract), 838,

5.- Gentile V, Modesti A, La Pera G, Vasaturo F: Ultrastructural and

- immunohistochemical characterization of the tunica albuginea in Peyronie is disease and veno- occlusive dysfunction. J Androl. (1996) 17(2):96-103
- 6.- Vives Iglesias A. Ultrasonido diagnóstico. Uso y relación con las competencias Profesionales. Rev Cubana Med Gen Integr (2007) ; 23:3.
- 7.- Díaz García F; Rojas Soulyary E; Rodríguez Díaz J : Valor del ultrasonido diagnóstico en la enfermedad de Peyronie. MEDISAN (2000); 4(2):36-42.
- 8.- Lemourt Oliva M., Fragas Valdés R, Bordonado Ramírez R, Santana j L, Enfermedad de Peyronie. Evaluación de tres modalidades terapéuticas Propóleo, Láser y Propóleo Láser. Arch. Esp. Urol. (2005) ;58 :9 .
- 9.- Cavallini G, Biagiotti G, Loverech et al. Oral propionyl-L-carnitine and intraplaque verapamil in the therapy of advanced and resistant Peyronie's Disease. BJU Int (2002) 89:895-900,.
- 10.- Shin D, Dodge JS, Lo KS, et al. An improved regimen of intralesional verapamil injection therapy in the treatment of Peyronie's disease. J Urol 2004 abstract in print
- 11.- Levine LA, Goldman K, Greenfield J. Experience with intraplaque injection of verapamil for Peyronie's disease. J Urol (2002) 168:621-626,
- 12.- Martin DJ, Badwan K, Parker M, et al. Transdermal application of verapamil gel to the penile shaft fails to infiltrate the tunica albugínea. J Urol ,(2002) 68(16):2483-2485,
- 13.- Perovic S.V , Djordjevic: The penile disassembly technique in the surgical treatment of Peyronie is disease. BJV international (2001); 88:731-738.
14. Lemourt Oliva Manuel, Rodríguez Barroso Ada, Bordonado Ramírez Rafaela, González Orama Elizabeth, Molina Castillo Félix. Estudio de dosis con propóleo en la enfermedad de Peyronie. Arch. Esp. Urol (2003), 56 (7):814-819.
- 15.- . Frederick L. Taylor, Laurence A. Levine. Enfermedad de Peyronie. Clínicas urológicas de Norteamérica (2007), 34 (4) : 517-533.