

CAPÍTULO DE LIVRO

DOENÇA DE PEYRONIE

Rafael Marcos Andrade Ribeiro

Residente do 3º ano do Serviço de Urologia do Hospital Federal da Lagoa

Rodrigo Ribeiro Vieiralves

Médico Staff do Serviço de Urologia do Hospital Federal da Lagoa e PhD pelo Programa de Pós Graduação em Fisiopatologia e Ciências Cirúrgicas da UERJ

José Anacleto Dutra de Resende Júnior

Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Federal da Lagoa

1. Definições

A doença de Peyronie (DP) é um distúrbio de cicatrização da túnica albugínea que resulta na formação de cicatriz exuberante, presumivelmente após uma lesão no pênis ativa.

A placa resultante é inelástica e irreversível, gerando uma deformidade peniana, incluindo curvatura, encurtamento podendo ser acompanhada de disfunção erétil. Possui uma fase ativa durante o qual a cicatriz pode crescer, resultando em deformidade progressiva e dor durante a ereção. No entanto, uma vez estabilizada (fase crônica), raramente há progressão.

Tem uma incidência estimada de 3% a 9% e pico aos 50 anos de idade. Parece haver maior incidência em pacientes diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos, cardiopatas, com doenças de colágeno (doença de Dupuytren, principalmente), após prostatectomia radical, e possivelmente em pacientes hipogonádicos, porém mais estudos são necessários para confirmar essa associação.

2. Fisiopatologia

A DP tem etiologia desconhecida. No entanto, lesão microvascular repetitiva ou trauma na túnica albugínea ainda é a hipótese mais amplamente aceita para explicar a etiologia.

A cicatrização anormal de feridas leva à remodelação do tecido conjuntivo em uma placa fibrótica. A formação da placa peniana pode resultar em uma curvatura que, se severa, pode prejudicar a relação sexual com penetração.

A camada longitudinal da túnica albugínea é mais fina nas posições de 3 e 9 horas e ausente entre as posições de 5 e 7 horas. Isso pode explicar a maior facilidade em causar curvatura dorsal.

A doença pode ser separada em duas fases. A primeira é a fase inflamatória ativa (fase aguda), que pode estar associada a ereções dolorosas e a um nódulo ou placa palpável na túnica do pênis; normalmente, mas não invariavelmente, uma curvatura peniana começa a se desenvolver. A segunda é a fase fibrótica (fase crônica) com a formação de placas duras, palpáveis, que podem calcificar, com estabilização da doença e da deformidade peniana.

No geral, a deformidade peniana é o primeiro sintoma mais comum de DP (52-94%). A dor é o segundo sintoma de apresentação mais comum de DP, que se apresenta em 20-70% dos pacientes durante os estágios iniciais da doença.

Além dos efeitos funcionais nas relações sexuais, os homens também podem desenvolver transtorno psicológico significativo.

Questionários de saúde mental validados mostraram que 48% dos homens com DP têm depressão moderada ou grave, o suficiente para justificar avaliação médica

3. Avaliação

Os pacientes geralmente se apresentam após atingir a puberdade, à medida que a curvatura se torna mais aparente com ereções, e curvaturas mais graves podem tornar a relação sexual difícil ou impossível.

O diagnóstico se inicia através da história clínica e exame físico. Uma avaliação objetiva da curvatura peniana durante ereção é obrigatória. Isso pode ser obtido por uma fotografia durante uma ereção natural, usando um teste de ereção assistida com dispositivo a vácuo ou injeção intracavernosa. O método de injeção intracavernosa é superior a outros métodos para fornecer uma avaliação objetiva da curvatura peniana com uma ereção. Exames de imagem como USG, TC ou RM possuem papel limitado e não são indicados de rotina. A medição ultrassonográfica do tamanho da placa é imprecisa, mas pode ser útil para avaliar a presença da placa e sua calcificação e localização.

O exame peniano é realizado para avaliar a presença de um nódulo ou placa palpável. Não há correlação entre o tamanho da placa e o grau de curvatura. A medição do comprimento peniano alongado ou ereto é importante porque pode ter um impacto nas decisões de tratamento subsequentes e potenciais implicações médico-legais.

4. Tratamento.

O tratamento definitivo para esse distúrbio permanece cirúrgico e pode ser adiado até depois da puberdade. Os resultados dos estudos sobre o tratamento conservador para DP são frequentemente contraditórios, tornando difícil fornecer recomendações em ambientes da vida real cotidiana.

4.1 Tratamento conservador

O tratamento conservador da DP é focado principalmente em pacientes no estágio inicial da doença como um tratamento auxiliar para aliviar a dor e

prevenir a progressão da doença ou se o paciente recusar outras opções de tratamento durante a fase ativa. Várias opções foram sugeridas, incluindo farmacoterapia oral, terapia com injeção intralesional, terapia por ondas de choque (SWT) e outros tratamentos tópicos

☒ Medicamentos orais

Diversos medicamentos orais tiveram poucas evidências de benefício, e por isso não são recomendados. São eles a vitamina E, o para-aminobenzoato de potássio (potaba), tamoxifeno, pentoxifilina, colchicina e carnitina.

A. Inibidores da fosfodiesterase-5

Evidências sugerem que o uso destes medicamentos parece diminuir a curvatura e a remodelação da placa.

B. Anti-inflamatórios não-esteroidais

Utilizados durante a fase aguda para alívio da dor.

☒ Terapia intralesional

Da mesma forma, algumas drogas não possuem evidência de benefício na DP. São elas: bloqueadores de canais de cálcio, corticosteróides, ácido hialurônico e toxina botulínica.

A. Injeção de colagenase de Clostridium histolyticum(CCH)

Pode ser oferecida em pacientes com DP estável e curvatura dorsal ou lateral > 30o, que não desejam tratamento cirúrgico. Possui alto custo.

B. Injeção de interferon alfa-2b

Pode ser oferecida em pacientes com curvatura estável dorsal ou lateral > 30o. Causam redução maior que 20% na curvatura.

☒ Outros tratamentos

A. Terapia de ondas de choque

Estudos mostraram resultados positivos em termos de alívio da dor, mas nenhum efeito na curvatura peniana.

B. Terapia de tração peniana

Dispositivos de tração peniana e dispositivos de vácuo podem ser oferecidos para reduzir a deformidade peniana, embora os dados dos resultados sejam limitados.

☒ Tratamento cirúrgico

Embora o tratamento conservador para DP possa resolver ereções dolorosas na maioria dos homens, apenas uma pequena porcentagem experimenta um endireitamento significativo do pênis. O objetivo da cirurgia é corrigir a curvatura e permitir a relação sexual penetrativa.

A cirurgia é indicada em pacientes com deformidade peniana significativa e dificuldade na relação sexual. Os pacientes devem ter uma doença estável por três a seis meses (ou mais de nove a doze meses após o início da DP).

A escolha da técnica mais apropriada é baseada na avaliação do comprimento do pênis, grau da curvatura e status da função erétil. Três tipos principais de reconstrução podem ser considerados para a DP:

☒ Procedimentos de encurtamento da túnica;

Os procedimentos de encurtamento túnico conseguem endireitar o pênis encurtando o lado mais longo e convexo do pênis para torná-lo nivelado com o lado contralateral.

Em 1965, Nesbit foi o primeiro a descrever a remoção de elipses túnicas opostas ao ponto de curvatura máxima com um segmento corporal não elástico para tratar curvatura peniana congênita. Posteriormente, esta técnica se tornou uma opção de tratamento bem-sucedida para a curvatura peniana associada à DP. Esta operação é baseada em uma excisão elíptica transversal de 5-10 mm da túnica albugínea ou ~ 1 mm para cada 10 ° de curvatura. Os resultados gerais de curto e longo prazo da operação Nesbit são excelentes. Algumas modificações do procedimento de Nesbit foram descritas (corte de espessura parcial em vez de excisão convencional; incisão em U sobreposta) com resultados semelhantes, embora estes sejam em estudos não randomizados.

A técnica Yachia é baseada em um conceito completamente diferente, pois utiliza o princípio de Heinke-Mikowitz para o qual uma incisão túnica longitudinal

é fechada transversalmente para encurtar o lado convexo do pênis. Essa técnica, inicialmente descrita por Lemberger em 1984, foi popularizada por Yachia em 1990, quando ele relatou uma série de 10 casos.

As técnicas de plicatura pura são mais simples de executar. Eles são baseados em plicaturas únicas ou múltiplas realizadas sem fazer excisões ou incisões, para limitar o dano potencial ao mecanismo veno-oclusivo. Outra modificação foi descrita como a técnica de '16-pontos' (sixteen dots), que consiste na aplicação de dois pares de plicaturas de Essed-Schroeder paralelas mais ou menos tensionadas dependendo do grau de curvatura. O uso de suturas não absorvíveis ou suturas absorvíveis de maior duração pode reduzir a recorrência da curvatura. Os resultados e as taxas de satisfação são semelhantes aos procedimentos de incisão / excisão.

Em geral, usando essas técnicas de encurtamento da túnica, o endireitamento peniano completo é obtido em > 85% dos pacientes. A recorrência da curvatura e da hipoestesia peniana é incomum (~ 10%) e o risco de DE pós-operatória é baixo. O encurtamento peniano é o resultado mais comumente relatado desses procedimentos. O encurtamento de 1-1,5 cm foi relatado em 22-69% dos pacientes, o que raramente é a causa da disfunção sexual pós-operatória e os pacientes podem perceber a perda de comprimento como maior do que realmente é. Portanto, é altamente recomendável medir e documentar o comprimento do pênis no período perioperatório, antes e depois do procedimento, qualquer que seja a técnica usada.

▣ Procedimentos de alongamento da túnica.

A cirurgia de alongamento túnico é preferível em pacientes com encurtamento peniano significativo, curvatura severa e / ou deformidades complexas (ampulheta ou dobradiça), mas sem DE subjacente. A definição de curvatura severa foi proposta quando superior a 60°, embora nenhum estudo tenha validado esse limiar. No entanto, pode ser usado como um guia informativo para pacientes e médicos em aconselhamento e planejamento cirúrgico, embora não haja um consenso unânime com base na literatura de que tal limite possa prever resultados cirúrgicos.

No lado côncavo do pênis, no ponto de curvatura máxima, que geralmente coincide com a localização da placa, é feita uma incisão, criando um defeito na albugínea que é coberto por um enxerto. A remoção completa da placa ou excisão da placa pode estar associada a taxas mais altas de DE pós-operatória devido ao vazamento venoso. Os pacientes que não têm DE pré-operatória devem ser informados sobre o risco significativo de DE pós-operatória de até 50% [1092].

▣ Implante de prótese peniana.

O implante de prótese peniana (PP) é tipicamente reservado para o tratamento da DP em pacientes com DE concomitante não responsivos à terapia médica convencional (PDE5I ou injeções intracavernosas de agentes vasoativos) [1002].

Embora as próteses insufláveis (IPPs) tenham sido consideradas mais eficazes na população geral com DE, alguns estudos apoiam o uso de próteses maleáveis nestes pacientes com taxas de satisfação semelhantes. A maioria dos pacientes com curvatura leve a moderada pode esperar um excelente resultado simplesmente pela inserção da prótese cilíndrica.

Se a curvatura após a colocação da prótese for $< 30^\circ$, nenhuma outra ação adicional é indicada, uma vez que a própria prótese atuará como um expansor interno de tecido para corrigir a curvatura durante os 6-9 meses subsequentes.

Se a curvatura for $> 30^\circ$, o tratamento de primeira linha seria modelar com a prótese inflada ao máximo (dobrada manualmente no lado oposto da curvatura por 90 segundos, muitas vezes acompanhada por um estalo audível – “*Modeling*”). Se, após a realização desta manobra, persistir um desvio $> 30^\circ$, as etapas subsequentes seriam incisão com ou sem cobertura de malha de colágeno (se o defeito for pequeno, pode ser deixado descoberto) ou incisão na placa e enxerto.

Em casos seleccionados de DP em fase terminal com DE e encurtamento peniano significativo, pode ser considerado um procedimento de alongamento, que envolve a implantação simultânea de prótese peniana e a restauração do comprimento peniano, tal como a técnica de "deslizamento". Embora a técnica "deslizante" não seja recomendada devido a casos relatados de necrose da glândula

devido à libertação concomitante do feixe neurovascular e da uretra, foram recentemente descritas novas abordagens para estes pacientes, tais como as técnicas MoST (Modified Sliding Technique), MUST (Multiple-Slit Technique) ou MIT (Multiple-Incision Technique), mas estas só devem ser utilizadas por cirurgiões experientes de grande volume e após aconselhamento completo do paciente.

A decisão sobre o procedimento cirúrgico mais adequado para corrigir a curvatura peniana baseia-se na avaliação pré-operatória do comprimento do pénis, do grau de curvatura e do estado da função erétil. Em deformidades não complexas e não graves, os procedimentos de encurtamento túnico são aceitáveis e são geralmente o método de escolha. Se estiver presente uma curvatura grave ou deformação complexa (ampulheta ou dobradiça), ou se o pénis for significativamente encurtado em doentes com boa função erétil (de preferência sem tratamento farmacológico), então o alongamento é viável. Se houver DE concomitante, que não responde ao tratamento farmacológico, a melhor opção é a implantação de uma prótese peniana, com ou sem um procedimento de endireitamento sobre o pénis (modelagem, plicatura, incisão ou excisão com ou sem enxerto).