



CARTAS AO EDITOR

A propósito da doença de Peyronie



Considerations in the treatment of Peyronie disease

Caro Editor,

A doença de Peyronie é habitualmente resultante de um traumatismo durante o ato sexual. Caracteriza-se por uma fibrose aberrante da túnica albugínea com desenvolvimento de placas de fibrose e deformidade do pénis. Também se admite uma base genética determinante, frequentemente associada à doença de Dupuytren e à doença de Ledderhose (fibromatose plantar), com aneuploidia dos cromossomas 7, 8, 17 e 18 e deleção do cromossoma Y¹.

Gostaríamos de resumidamente reportar uma opção terapêutica a nosso ver pouco utilizada na prática clínica para o tratamento da doença de Peyronie – o uso de associação de laserterapia e ultrassons. Esta técnica não invasiva, com a qual já tratamos 80 doentes, tem a sua indicação preferencial nos estádios mais precoces da doença, isto é, no estágio I ou inflamatório agudo ou no estágio II ou fibrótico. Mais raramente pode ser utilizada na fase III, em casos em que a calcificação da placa seja muito ligeira².

Na doença de Peyronie devemos considerar 3 estádios³. O primeiro designa-se por estágio inflamatório agudo (estádio I) com predomínio de linfócitos e plasmócitos, com uma média de duração de 4-5 meses. Nesta fase, o primeiro sinal desta patologia é a dor peniana durante a ereção e é a fase ideal para o tratamento médico. Após esta fase inflamatória aguda, segue-se um processo fibrótico (estádio II), com aumento dos fibroblastos e diminuição das fibras elásticas, processo que se pode estender por um período de 12-24 meses. Igualmente nesta fase, a nossa orientação tem uma opção médica, mas com menor possibilidades de sucesso terapêutico. Segue-se, então, a terceira fase ou estágio III, um processo de colagenose, com retração residual, e calcificação, um fator de manutenção do grau variável de curvatura peniana. Nesta fase, a terapêutica médica, habitualmente, é ineficaz, dada a sua incapacidade para reverter a colagenose. Todas estas alterações se localizam por baixo da albugínea, numa zona bilaminada, prejudicando a flexibilidade e condicionando a curvatura peniana.

Têm sido várias as drogas utilizadas na aplicação direta na lesão, quer por palpação ou guiada pela ecografia³. Citamos o verapamil, o interferon, o ácido hialurónico, o xiaflex (colagenase clostridium histolyticum) e muito recentemente um gel, designado por H-100, à base de nicardipina e superóxido de dismutase.

Outras terapêuticas não invasivas têm sido usadas como a tração peniana (durante 6-9 horas por dia) e o uso de bombas de vácuo de aplicação peniana.

Nos últimos 30 anos recorremos ao uso da associação de lasers e ultrassons para tratar 80 doentes. Usamos 2 lasers com diferentes comprimentos de onda: um com espectro de emissão nos 632,8 nm (laser vermelho) e outro com espectro de emissão nos 904 nm (laser infravermelho). A opção pela associação de 2 comprimentos de onda faz-se, não só pelo facto de a absorção pelos diferentes tecidos variar consoante o comprimento de onda da luz emitida, mas também pela diferença que se pode obter nos efeitos fisiológicos de acordo com a fonte de emissão. Embora os mecanismos de ação ainda não estejam completamente esclarecidos, a laserterapia está associada a um aumento da síntese do ATP pelas mitocôndrias, aumento da capacidade de fagocitose leucocitária, aumento da síntese de ADN e ARN, aumento da neo-vascularização, e normalização da microcirculação. Verifica-se ainda uma estimulação dos mecanismos de cicatrização através da regularização da atividade dos fibroblastos e diminuição da síntese das prostaglandinas e melhoria da oxigenação celular. Todos estes efeitos têm uma importante ação cumulativa nos processos inflamatórios, diminuindo ou inibindo a inflamação e melhorando a irrigação tecidual^{3,4}.

Associamos também no tratamento os ultrassons com frequências de emissão de 1 ou 3 MHz, escolhidas de acordo com o tamanho e localização dos nódulos. Pretende-se com este agente físico, pela sua intensa ação de micromassagem tecidual, obter uma ação sobre o tecido conjuntivo, que leva ao aumento da extensibilidade do colagénio e diminuição da fibrose tecidual.

Habitualmente o número de sessões varia entre 20-25 tratamentos, de acordo com a evolução da doença. Em alguns casos, quando se nota diminuição progressiva do tamanho dos nódulos, opta-se pela continuação do tratamento até à estabilização do tamanho da lesão ou se a evolução positiva se mantiver, até ao seu desaparecimento.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.acup.2016.08.001>

2341-4022/© 2016 Associação Portuguesa de Urologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Utilizamos este procedimento desde 1993 em cerca de 80 doentes. A maioria dos doentes referiu um rápido alívio da dor, quer espontânea com a ereção quer a que surgia com a palpação da zona afetada e diminuição da intensidade da curvatura. O tamanho dos nódulos diminuiu progressivamente ao longo dos tratamentos, sendo variável o ponto de estabilização do seu tamanho. Em alguns casos verificou-se mesmo o seu desaparecimento.

Temos ainda a noção de que os resultados são melhores quanto mais precocemente é iniciado o procedimento terapêutico, ou seja, no início da fase inflamatória aguda, estágio I.

Sendo uma terapêutica inócua, sem efeitos colaterais e muito bem suportada pelo doente, defendemos que é uma opção a considerar na doença de Peyronie, sendo uma alternativa a outras opções com mais incómodo e maiores riscos. Os injetáveis têm tido resultados variáveis e implicam um determinado período de abstinência sexual, para evitar uma possível rotura peniana. A opção cirúrgica não está isenta de complicações, como encurtamento do pénis, disfunção erétil e alterações da sensibilidade, sobretudo da glândula e flacidez permanente da glândula.

Em resumo, a doença de Peyronie exibe 3 fases ou estádios, inflamatória, fibrótica e colagénica, que deverão ser identificadas para a correta metodologia terapêutica. Se quisermos poder obter êxito com esta terapêutica não invasiva, a caracterização da patologia deve ser realizada e os melhores resultados são obtidos no estágio I, constatando-se frequentemente o desaparecimento da placa e toda a sintomatologia ou sinais manifestados pelo doente.

Igualmente, no estágio II recorreremos à terapia pelo laser e ultrassons, mas os resultados não são tão bons. Na fase III, de calcificação da placa, só pontualmente recorreremos a esta terapêutica, nas situações de incipiente calcificação do nódulo, podendo assim obter efeitos positivos sobre a colagenose.

Referências

1. Herati AS, Pastuszak AW. The genetic basis of Peyronie's disease: A review. *Sex Med Rev.* 2016;4:85–94.
2. Felipetto R, Viganò L, Pagni GL, Minervini R. Laser and ultrasonic therapy in simultaneous emission for the treatment of penile induration. *Minerva Urol Nefrol.* 1995;47:25–9.
3. Candebat Montero, Miranda Reyes PL, Díaz García F, González Ferro I, Barbosa Ramos F, Codorniu Furet J. Enfermedad de la Peyronie: tratamiento con interferon y láser. *Arch Esp Urol.* 2008;61:413–23.
4. Hashmi JT, Huang YY, Sharma SK, Kurup DB, de Taboada L, Carroll JD, et al. Effect of pulsing in low-level light therapy. *Lasers Surg Med.* 2010;42:450–66.

Adriano Pimenta^{a,*} e António Camelo^b

^a *Serviço de Urologia, Hospital Lusíadas Porto, Porto, Portugal*

^b *FISIMED, Porto, Portugal*

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: adrianopimenta2006@hotmail.com
(A. Pimenta).