

DIRETRIZES PARA CURVATURA PENIANA

Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Montorsi F, Vardi Y.

Curvatura peniana congênita

A curvatura peniana congênita tem causa desconhecida e uma prevalência de 4 a 10%, na ausência de anormalidades uretrais. É diagnosticada pela história médica e sexual. O exame físico com o pênis em ereção permite a identificação da curvatura e exclui outras patologias. A ereção peniana é normal, mas pode estar comprometida pela curvatura excessiva.

A curvatura congênita é tratada somente por cirurgia, usando os mesmos princípios da doença de Peyronie (veja abaixo), excetuando-se o fato de que a cirurgia pode ser realizada em qualquer momento. A cirurgia é quase que exclusivamente uma plicatura, resultando em altas taxas de correção, que variam de 67 a 97%.

Doença de Peyronie

Epidemiologia, fisiopatologia e história natural

A causa da doença de Peyronie (DP) permanece desconhecida, mas o mais aceito é a hipótese do trauma na túnica albugínea. As comorbidades e fatores de risco mais comuns são a diabetes, dislipidemias, cardiopatia isquêmica, disfunção erétil, tabagismo e consumo excessivo de álcool. A prevalência de uso varia de 0,4 a 9%.

A contratura de Dupuytren é mais comum em pacientes

com DP (9 a 39%), enquanto que DP ocorre em 4% dos pacientes com a contratura. Entretanto, é incerto se estes fatores contribuem na fisiopatologia da DP.

Duas fases da doença são bem distintas. A primeira é a fase inflamatória aguda, que pode estar associada à dor. A segunda é a fase fibrótica, identificada pela formação de placas endurecidas palpáveis, que podem estar calcificadas, o que resulta em estabilização da doença. Com o passar do tempo, a curvatura peniana piora em 30 a 50% dos pacientes, ou estabiliza em 47 a 67% deles. Melhora espontânea ocorre em somente 3 a 13% dos pacientes e é mais provável em fases mais precoces da doença. A dor tende a ser resolvida com o tempo em até 90% dos homens, geralmente durante os primeiros 12 meses.

Avaliação clínica

Particular atenção deve ser dada se a doença ainda estiver ativa, para influenciar o tratamento médico ou orientar o momento da cirurgia. Os pacientes que mais provavelmente têm doença ativa são aqueles que apresentam sintomas há pouco tempo, têm dor nas ereções e mudanças no grau de curvatura. A resolução da dor e a estabilização da curvatura por, pelo menos, 3 meses são critérios aceitos de estabilização da doença e permitem a intervenção cirúrgica.

Uma placa ou nódulo palpável pode ser facilmente identificado na avaliação geniturinária rotineira. Entretanto, não há correlação entre o tamanho da placa e o grau de curvatura. A medida do comprimento é importante, pois isto impacta diretamente na decisão terapêutica. Uma avaliação objeti-

va da curvatura com o pênis em ereção é mandatória. Isto pode ser obtido em casa, através de uma foto do pênis em ereção, com auxílio de vacuoterapia ou pela injeção intracavernosa de drogas vasoativas. Disfunção erétil é comum (mais de 50%) devido à doença vascular. A presença de disfunção erétil pode causar impacto na estratégia terapêutica.

A medida da placa por ultrassonografia é imprecisa, dependente do examinador e não deve ser empregada rotineiramente. O *ecodoppler* peniano pode ser necessário para avaliar os parâmetros vasculares.

Tratamento conservador

O tratamento conservador da DP é primariamente focado nas fases iniciais da doença. Muitas opções existem, incluindo farmacoterapia oral (vitamina E, paraminobenzoato de potássio, tamoxifeno, colchicina, carnitina, pentoxifilina), injeção intralesional (corticoides, verapamil, colagenase, interferon) e outros tratamentos tópicos (verapamil, iontoforese, terapia por ondas de choque, equipamentos de tração, vacuoterapia).

O papel da terapia conservadora em homens com doença crônica e estável não está completamente definido. Nenhuma droga foi aprovada pela Associação Médica Europeia para o tratamento da DP.

Os resultados dos estudos de tratamentos conservadores para DP são geralmente contraditórios, devido aos múltiplos problemas metodológicos na realização, o que dificulta as recomendações para o cotidiano.

Recomendações para o tratamento conservador da doença de Peyronie	NE	GR
O tratamento conservador da DP é indicado para os pacientes nas fases iniciais da doença.	3	C
O tratamento oral com paraminobenzoato de potássio pode resultar em significativa redução do tamanho da placa e da dor peniana, assim como estabilização da curvatura.	1b	B
Injeção intralesional de verapamil pode resultar em importante redução da curvatura peniana e do tamanho da placa	1b	C
Injeção intralesional de colagenase demonstrou significativa diminuição da curvatura e da placa.	2b	C
Injeção intralesional de interferon pode melhorar a curvatura, diminuir o tamanho da placa e a dor.	1b	B
Aplicação tópica de verapamil 15% gel pode melhorar a curvatura peniana e o tamanho da placa.	1b	B
Iontoforese com verapamil 5mg e dexametasona 8mg pode melhorar a curvatura peniana e o tamanho da placa.	1b	B

A terapia por ondas de choque falhou em melhorar a curvatura peniana e o tamanho da placa e não deve ser utilizada para reduzir a placa. Entretanto, pode melhorar a dor peniana.	1b	B
A tração do pênis e a vacuoterapia pode diminuir a deformidade e melhorar o comprimento peniano.	3	C
RECOMENDAÇÕES CONTRÁRIAS		
Tratamento intralesional com corticoides não reduzem a curvatura, o tamanho da placa ou a dor, e não são recomendados.	1b	B
Tratamento oral com vitamina E e tamoxifeno não é recomendado.	2b	B
Outros tratamentos orais (carnitina e pentoxifilina) não são recomendados.	3	C

Tratamento cirúrgico

Embora o tratamento conservador da DP deva resolver as ereções dolorosas na maioria dos pacientes, somente uma pequena porcentagem necessita de uma retificação do pênis.

O objetivo da cirurgia é corrigir a curvatura e permitir uma penetração satisfatória. A cirurgia é indicada somente em pacientes que apresentam a doença estável por 3 meses, embora um período de 6 a 12 meses tenha sido sugerido. Dois tipos de reparo são oferecidos para curvatura congênita e DP: procedimentos de encurtamento peniano e de alongamento peniano. Os procedimentos de encurtamento incluem a cirurgia de Nesbit, com ressecção de um segmento da túnica albugínea, e as técnicas de plicatura, realizadas na face convexa do pênis. Os procedimentos de alongamento são realizados na face côncava do pênis e requerem o emprego de enxertos. Estes procedimentos são empregados para minimizar o encurtamento peniano causado pelas cirurgias de Nesbit e pelas plicaturas da túnica albugínea, ou para corrigir as deformidades complexas. Existem muitos tipos de enxertos, tais como os autólogos (derme, veia, túnica albugínea, túnica vaginal, fáschia temporal, mucosa oral), os aloenxertos (pericárdio de cadáver, fáschia lata de cadáver, dura mater de cadáver), os xenoenxertos (submucosa de intestino delgado suína, pericárdio bovino, derme suína) e os sintéticos (Gore-Tex, Dacron). Finalmente, em pacientes com DP e disfunção erétil não responsiva ao tratamento clínico, a correção cirúrgica com concomitante implante de prótese deve ser considerada.

A decisão do procedimento cirúrgico mais apropriado para a retificação peniana é baseada na avaliação pré-operatória do comprimento do pênis, do grau de curvatura e da função erétil. O resultado das diferentes opções cirúrgicas é apresentado na Tabela 1. Deve ser enfatizado que não há qualquer estudo randomizado realizado com tratamento cirúrgico de DP. O algoritmo de tratamento de DP é apresentado na Figura 1.

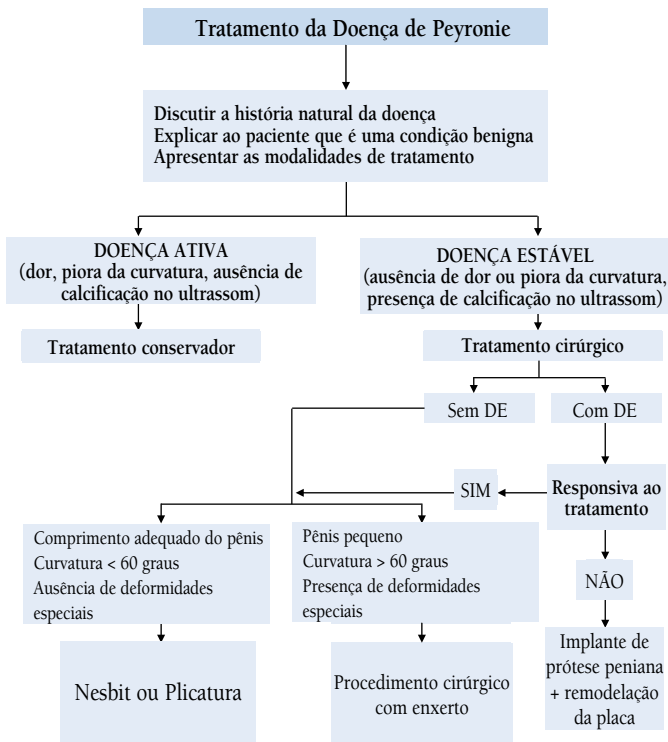
Recomendações para o tratamento cirúrgico da curvatura peniana	NE	GR
A cirurgia está indicada na DP quando há estabilidade nos últimos 3 meses (sem dor ou piora da curvatura), que geralmente ocorre após 12 meses, desde o início dos sintomas, e quando a penetração está comprometida pela deformidade.	3	C
Comprimento do pênis, severidade da curvatura, função erétil (incluindo a resposta à farmacoterapia no caso de disfunção erétil) e as expectativas dos pacientes são fatores que devem ser avaliados antes da cirurgia.	2b	B
Procedimentos de encurtamento da túnica, especialmente as plicaturas, são a primeira opção para curvaturas congênita, para DP com pênis de tamanho adequado, curvatura menores do que 60° e na ausência de deformidades especiais (ampulheta, dobradiça).	2b	B
Procedimentos de alongamento e enxerto são os preferidos para pacientes com DP e pênis de tamanho inadequado, curvatura maior do que 60° e presença de deformidades especiais (ampulheta, dobradiça).	2b	B
Implante de prótese peniana, com ou sem algum procedimento adicional (modelagem, plicatura ou enxerto), é recomendado em pacientes com DP e disfunção erétil que não respondem à farmacoterapia.	2b	B

DP – Doença de Peyronie

Tabela 1 – Resultados do tratamento cirúrgico da doença de Peyronie (dados de diferentes estudos, não comparáveis)

	Procedimentos de encurtamento da túnica		Procedimentos de alongamento da túnica
	Nesbit	Plicatura	Enxerto
Encurtamento peniano	4,7 – 30,8%	41 – 90%	0 - 40%
Retificação peniana	79 - 100%	58 - 100%	74 - 100%
Curvatura persistente ou recorrente	4 – 26,9%	7,7 – 10,6%	0 – 16,7%
Disfunção erétil pós-operatória	0 - 13%	0 – 22,9%	0 - 15%
Hipoestesia peniana	2 - 21%	0 – 21,4%	0 – 16,7%
Modificações técnicas	1	Pelo menos 3	Muitos tipos de enxertos e técnicas são empregados

Figura 1. Algoritmo de Tratamento para Doença de Peyronie



Tradução para o Português:

Carlos Teodósio Da Ros – Urologista

Urologista, TISBU

Mestre em Farmacologia

Doutor em Clínica Cirúrgica

Centro de Andrologia e Urologia

Porto Alegre, RS, Brasil

Revisão:

Dr. Márcio Augusto Averbek - TISBU

O processo de tradução para a Língua Portuguesa foi realizado sob supervisão da Sociedade Brasileira de Urologia. A European Association of Urology - EAU, juntamente com a “Guidelines Office”, não se responsabiliza pela correção das traduções disponibilizadas.

O texto deste livreto é baseado nas orientações mais abrangentes da EAU (ISBN: 978-90-79754-96-0), disponível a todos os membros da Associação Europeia de Urologia em seu site, <http://www.uroweb.org>.