

TENDENCIAS EN ANDROLOGÍA

PRESENTE Y FUTURO DE LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE

DIRECCIÓN DE CONTENIDOS

Dr. Josep Torremadé

COORDINACIÓN

Dr. Esaú Fernández Pascual

Dr. Rodrigo García-Baquero

Dra. Leticia Lamas

Dr. Juan Ignacio Martínez Salamanca



© Saned 2025

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de los Editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.

gruposaned@gruposaned.com

Bravo Murillo, 101, 9ª planta. 28020 Madrid.

Tel.: 91 749 95 00

Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern. Barcelona.

Tel.: 93 320 93 30

4

INTRODUCCIÓN
PRESENTE Y FUTURO DE LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE

CASO CLÍNICO
ENFERMEDAD DE PEYRONIE SIN DISFUNCIÓN ERÉCTIL
TRATADA CON PRÓTESIS HIDRÁULICA Y MODELING

6

10

ENTREVISTA
HACIA UNA MEDICINA DE PRECISIÓN
EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE

REVISIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS

13

16

CALENDARIO DE CONGRESOS RELEVANTES EN ANDROLOGÍA (2025 - 2026)

PRESENTE Y FUTURO DE LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE

Esaú Fernández-Pascual

Urólogo, especializado en Medicina Sexual y Andrología Hospital Universitario La Paz y LYX Instituto de Urología. Madrid

Escribo estas líneas con una profunda gratitud y también con una gran ilusión al presentar este primer número de Tendencias en Andrología, coordinado por quien firma estas palabras y bajo la dirección del Dr. Josep Torremadé. Haber recibido la confianza para desempeñar esta tarea constituye para mí un privilegio y un motivo de orgullo, más aun tratándose de una iniciativa académica y clínica que pone en valor los avances y desafíos de la andrología contemporánea.

El número lleva por título “Presente y futuro de la enfermedad de Peyronie”, y no podría imaginar un tema más pertinente para inaugurar esta publicación. La enfermedad de Peyronie representa uno de los mayores retos dentro de nuestra práctica clínica: una afección compleja, con un marcado impacto físico y psicológico en los pacientes, y todavía rodeada de incógnitas que desafían la investigación biomédica. Coordinar un número íntegramente dedicado a este tema me permite, al mismo tiempo, aprender y agradecer a los compañeros que han querido sumarse generosamente a este proyecto, convirtiéndolo en una obra realmente enriquecedora.

En primer lugar, debemos resaltar la aportación del Dr. Rodrigo García-Baquero, que comparte un caso clínico en el ámbito de la cirugía protésica aplicada a pacientes con enfermedad de Peyronie. Su experiencia demuestra tanto las dificultades técnicas como las posibilidades terapéuticas de un recurso que, en casos avanzados, se convierte en una herramienta eficaz y resolutive. Además, refleja muy bien la tendencia creciente de recurrir a este tipo

de cirugía, mostrando hasta qué punto ha pasado a ocupar un papel cada vez más destacado.

De la mano de la Dra. Leticia Lamas contamos con una completa actualización sobre las guías clínicas más recientes en relación con la enfermedad de Peyronie. Su revisión ofrece una síntesis clara y práctica de las recomendaciones actuales, y ayuda a situar al lector en el marco de actuación más actualizado y con mayor respaldo científico. Además, aporta el análisis de varios artículos relevantes publicados en los últimos años, lo que enriquece notablemente la visión general y permite identificar de manera crítica aquellos aspectos de la práctica clínica que están cambiando gracias a la evidencia más reciente. Su contribución constituye, sin duda, una herramienta imprescindible para quienes desean mantenerse al día con los avances recogidos por la literatura médica y las principales sociedades científicas internacionales.

Dentro de estas novedades, merece una mención especial la aparición del **RestoreX**, un extensor de pene de nueva generación que está marcando la diferencia respecto a modelos anteriores. Su introducción en nuestro medio ha aportado un nuevo enfoque en la terapia de tracción peneana, ofreciendo resultados alentadores tanto en la reducción de la curvatura como en la conservación de la longitud. Incorporar esta tecnología en el debate terapéutico sobre la enfermedad de Peyronie significa reconocer que la combinación de investigación clínica e ingeniería biomédica puede traducirse en opciones terapéuticas tangibles, seguras y eficaces.

Finalmente, contamos con una entrevista de gran interés realizada al Dr. Juan Ignacio Martínez-Salamanca. Su visión, resultado de una sólida experiencia y de un contacto directo y constante con la realidad asistencial, aporta un valioso y enriquecedor contrapunto. La entrevista no solo nos permite conocer su postura ante los retos actuales, sino también imaginar junto a él posibles caminos para seguir avanzando. Estoy convencido de que el lector encontrará en sus palabras una mezcla de inspiración y claridad que convierten este aporte en un valor diferenciador para la revista.

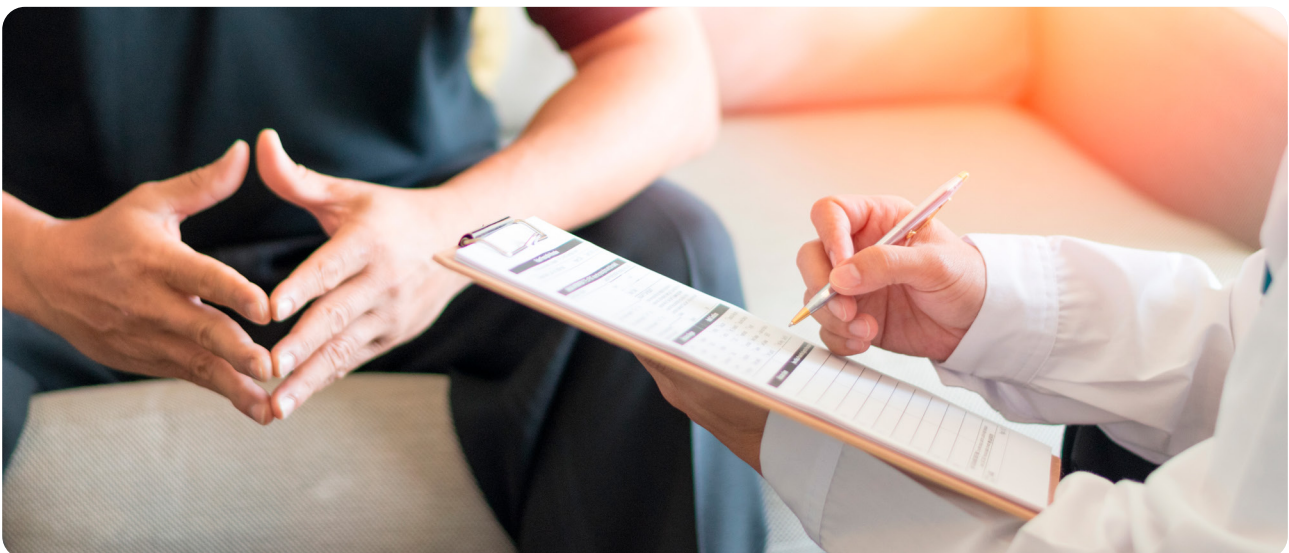
En conjunto, este número aporta una visión amplia y actual sobre una enfermedad en pleno proceso de redefinición terapéutica. Los temas tratados nos recuerdan la magnitud y relevancia de los avances recientes:

- El papel cada vez más sólido de la cirugía protésica en los casos graves.
- La necesidad de seguir indagando en la etiología definitiva como base para guiar el desarrollo terapéutico.
- Las posibilidades de las terapias intraplaca, como la colagenasa, en la búsqueda de tratamientos menos invasivos.
- La incorporación de tecnologías innovadoras, como el extensor **RestoreX**, que complementan las opciones actuales con resultados prometedores.

Estos temas, tratados con seriedad y perspectiva en los artículos incluidos, dibujan un panorama que invita a la esperanza, pero también a la prudencia. El futuro de la enfermedad de Peyronie pasa inevitablemente por la integración entre la investigación básica y la práctica clínica, por la capacidad de traducir hallazgos de laboratorio en tratamientos efectivos, y por la formación continua de los especialistas que, cada día, tratan a pacientes que buscan respuestas.

Lo que hace especial a este número inaugural no es tanto el hecho de marcar el comienzo de una serie de publicaciones, sino la oportunidad de reunir a profesionales de gran calidad y compromiso alrededor de un tema de enorme relevancia clínica. Coordinar este número ha sido una tarea sencilla y, sobre todo, muy gratificante gracias al trabajo de los compañeros que lo hacen posible. Para mí ha sido una ocasión de aprendizaje y una oportunidad de compartir con grandes profesionales, algo que valoro especialmente.

Quiero agradecer de manera sincera a los autores por sus aportaciones y al director de la revista por haber confiado en mí para coordinar este primer número. Participar en este proyecto me produce satisfacción y orgullo, pero siempre desde la conciencia de que todo el mérito reside en el esfuerzo colectivo y en la voluntad común de seguir mejorando la atención a nuestros pacientes.



ENFERMEDAD DE PEYRONIE SIN DISFUNCIÓN ERÉCTIL TRATADA CON PRÓTESIS HIDRÁULICA Y MODELING

Rodrigo García-Baquero García de Paredes

Unidad de Andrología y Cirugía Reconstructiva Urogenital Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 57 años, hipertenso y fumador, con enfermedad de Peyronie de dos años de evolución, caracterizada por una incurvación peneana dorsal pura de 85° y erecciones conservadas. El estudio mediante ecografía Doppler dinámica tras inyección intracavernosa de 20 mcg de alprostadil mostró una insuficiencia arterial leve con una moderada falla del mecanismo venocorporooclusivo. Dada la incapacidad para mantener relaciones sexuales por la deformidad, y tras consenso con el paciente, se decidió la colocación de una prótesis peneana hidráulica de tres componentes. La curvatura residual se corrigió mediante técnica de *modeling* sobre la prótesis activada, sin necesidad de maniobras quirúrgicas adicionales. El paciente evolucionó favorablemente, con restauración de su capacidad de penetración y buena satisfacción, manteniéndose sin complicaciones a los nueve meses de seguimiento. Este caso resalta el papel del implante de prótesis de pene en pacientes sin disfunción eréctil manifiesta, cuando la deformidad es incapacitante y el riesgo de disfunción eréctil posoperatoria, si se procede con una corporoplastia mediante incisión de placa y parche, es alto.

Palabras clave

Enfermedad de Peyronie; prótesis de pene; modeling; ecografía Doppler; insuficiencia arterial

Introducción

La enfermedad de Peyronie es un trastorno fibroproliferativo adquirido de la túnica albugínea, que conduce a la formación de placas fibrosas que generan deformidad peneana, curvatura y, en ocasiones, disfunción eréctil. Su prevalencia oscila entre el 0,7 y el 11 % en varones de mediana edad, aunque probablemente esté infradiagnosticada¹. El impacto clínico depende de la magnitud de la curvatura y de la repercusión sobre la capacidad de penetración. Si bien el tratamiento médico intralesional puede tener cierta utilidad², el tratamiento más efectivo y definitivo es la reparación quirúrgica³. Dentro de las opciones quirúrgicas, el implante de prótesis de pene, tradicionalmente indicado en pacientes con disfunción eréctil refractaria, puede considerarse también en varones con erecciones normales y curvaturas graves⁴. En este contexto, la técnica de *modeling* sobre la prótesis constituye una estrategia eficaz y poco invasiva para corregir la incurvación⁵.

Presentamos el caso de un varón de 57 años, hipertenso y fumador de 15 cigarrillos al día desde su juventud, que consultó por incurvación peneana de instauración progresiva de 85° dorsal pura (figura 1), estable desde hace dos años.

Figura 1. Test de Kelami preoperatorio (curva dorsal pura de 85°)



Negaba dolor y mantenía una buena rigidez en la erección (IIEF-FE 21), aunque la deformidad imposibilitaba las relaciones sexuales con penetración vaginal y afectaba anímicamente al paciente. En la exploración física se palpó una placa fibrosa dorsal en tercio medio del pene de 2,5 x 1,5 cm con una longitud del pene en estiramiento de 9,5 cm. Se realizó ecografía Doppler de pene tras administración intracavernosa de alprostadil 20 mcg, donde se comprobó la incurvación mostrada por el paciente en el test de Kelami previo y se determinaron unas velocidades picosistólicas máximas de 22-27 cm/s y velocidades diastólicas finales de 7-9 cm/s. Estos hallazgos son compatibles con una insuficiencia arterial leve y una discreta disfunción del mecanismo venocorporooclusivo. Se discutieron las alternativas terapéuticas, y se desestimó la cirugía de plicatura por el grado de angulación y el riesgo de acortamiento, así como la incisión de placa con injerto por el alto riesgo de disfunción eréctil refractaria a tratamientos clásicos, ante los factores de riesgo presentes y los resultados de la ecografía Doppler. Finalmente se optó por el

implante de prótesis de pene de tres componentes y la valoración intraoperatoria de la curvatura residual. El implante se realizó sin incidencias, y tras la completa activación del dispositivo se constató la persistencia de una curva residual de 50° que se corrigió mediante dos maniobras consecutivas de *modeling* (figuras 2 y 3). El posoperatorio fue favorable, sin complicaciones inmediatas. A las tres semanas se inició el ciclado de la prótesis y a las seis semanas el paciente inició las relaciones sexuales con penetración con una curva residual de unos 10°. Tras nueve meses de seguimiento, el paciente no ha presentado complicaciones y se encuentra satisfecho.

Figura 2. Maniobra de modeling intraoperatorio

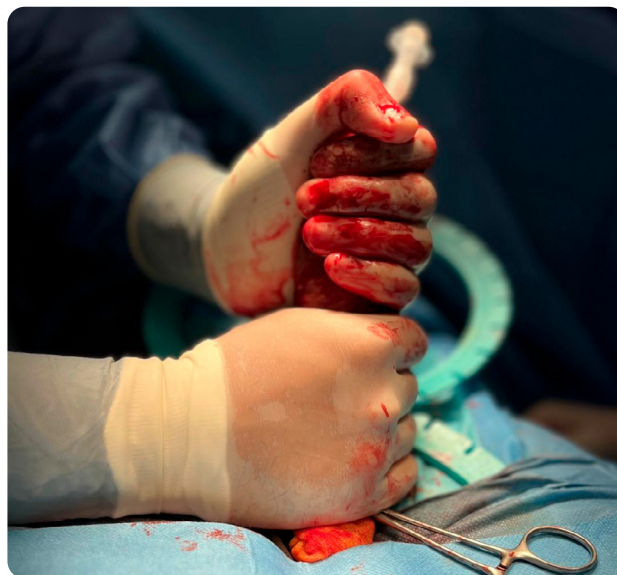


Figura 3. Resultado en posoperatorio inmediato



■ Discusión

El presente caso resulta interesante por tratarse de un paciente una incurvación incapacitante y función eréctil conservada, con ciertos factores de riesgo cardiovascular ya presentes. En pacientes como este, con una longitud de pene limitada y curvas graves (generalmente consideradas por encima de 60°) se suele optar por la incisión de la placa y la colocación de un injerto para la cobertura del defecto³. Sin embargo, la agresión quirúrgica sobre la túnica albugínea afecta a la efectividad del mecanismo venocorporooclusivo y condiciona un riesgo de disfunción eréctil de más del 50 %⁶. En este tipo de pacientes, más aún cuando existen factores de riesgo para desarrollar una disfunción eréctil de origen vascular (edad, hipertensión, tabaquismo), la ecografía Doppler dinámica del pene es tremendamente útil para valorar la reserva funcional del pene y estimar la función eréctil esperable tras la corporoplastia⁷. Por otra parte, clásicamente el implante de prótesis de pene en el contexto de la enfermedad de Peyronie se ha recomendado en pacientes con indicación de corporoplastia y disfunción eréctil refractaria a los tratamientos orales e intracavernosos³. Sin embargo, este “mantra” parece que pronto será matizado, ya que la tendencia actual es la de asegurar la función eréctil mediante el implante de prótesis de pene, siempre y cuando la función eréctil esté en riesgo de ser dañada^{4,8}. En este escenario, una vez que se opta por el implante de prótesis de pene, se

debe ser consciente de que el propio implante puede corregir la curvatura por sí solo^{9,10}. De hecho, si la curva residual es $<30^\circ$ no son aconsejables más maniobras intraoperatorias³. Si la curva residual es $>30^\circ$, la maniobra de *modeling* descrita por Wilson⁵ es una excelente opción y la más recurrida¹¹, por su efectividad, con una tasa de enderezamiento del 75 a 90 % ($<20^\circ$ residuales), y por su seguridad, pese a algún caso de mal funcionamiento del dispositivo en las series inicialmente publicadas, probablemente en relación con modelos de prótesis menos resistentes a los actuales¹²⁻¹⁵. En pacientes similares a este caso presentado, es fundamental el consejo preoperatorio¹⁶, ya que son pacientes que tienen más riesgo de quedar insatisfechos con el implante^{17,18}.

■ Conclusiones

A la hora de plantear una solución quirúrgica en un paciente con enfermedad de Peyronie, es vital considerar la longitud del pene, el grado de deformidad y la función eréctil basal. En este último aspecto, la ecografía Doppler dinámica de pene es de gran utilidad. El implante de prótesis de pene es una excelente solución, ya que permite asegurar la función eréctil y permite corregir la incurvación con maniobras sencillas como el *modeling*. El asesoramiento minucioso y la información detallada son determinantes para alcanzar la ansiada satisfacción plena del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stuntz M, Perlaky A, des Vignes F, Kyriakides T, Glass D. The Prevalence of Peyronie's Disease in the United States: A Population-Based Study. *PLoS One*. 2016;11(2):e0150157. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26907743/>
2. Lipshultz LI, Goldstein I, Seftel AD, Kaufman GJ, Smith TM, Tursi JP, et al. Clinical efficacy of collagenase Clostridium histolyticum in the treatment of Peyronie's disease by subgroup: results from two large, double-blind, randomized, placebo-controlled, phase III studies. *BJU Int*. 2015;116(4):650-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25711400/>
3. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress, Madrid, 2025.
4. Moncada I, Krishnappa P, Zaccaro C, Fraile A, Romero-Otero J, Martinez-Salamanca JI, et al. Penile prosthesis implantation is safe and effective in Peyronie's disease patients with and without erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2025;37(1):61-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38909107/>
5. Wilson SK, Delk JR 2nd. A new treatment for Peyronie's disease: modeling the penis over an inflatable penile prosthesis. *J Urol*. 1994;152(4):1121-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8072079/>
6. Carson CC, Levine LA. Outcomes of surgical treatment of Peyronie's disease. *BJU Int*. 2014;113(5):704-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24219080/>
7. Kadio lu A, Tefekli A, Erol H, Cayan S, Kandirali E. Color Doppler ultrasound assessment of penile vascular system in men with Peyronie's disease. *Int J Impot Res*. 2000;12(5):263-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11424963/>
8. Kurtzman JT, Sukumar S, Pijush DB, Brandes SB. The Rising Incidence of Penile Prosthesis Surgery as the First Line Surgical Treatment for Peyronie's Disease. *Urol Pract*. 2021;8(4):503-509. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37145469/>
9. Mulhall J, Ahmed A, Anderson M. Penile prosthetic surgery for Peyronie's disease: defining the need for intraoperative adjuvant maneuvers. *J Sex Med*. 2004;1(3):318-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16422963/>
10. Moncada I, Krishnappa P, Ascencios J, Lopez I, Martinez-Salamanca JI. Home modeling after penile prosthesis implantation in the management of residual curvature in Peyronie's disease. *Int J Impot Res*. 2021;33(6):616-619. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32641777/>
11. Hammad MAM, Barham DW, Simhan J, Nguyen T, Swerdloff D, Miller J, et al. A multicenter evaluation of penile curvature correction in men with Peyronie's disease undergoing inflatable penile prosthesis placement. *J Sex Med*. 2025;22(2):349-355. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39724925/>
12. Kadioglu A, Sanli O, Akman T, Cakan M, Erol B, Mamadov F. Surgical treatment of Peyronie's disease: a single center experience with 145 patients. *Eur Urol*. 2008;53(2):432-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17467161/>
13. Garaffa G, Minervini A, Christopher NA, Minhas S, Ralph DJ. The management of residual curvature after penile prosthesis implantation in men with Peyronie's disease. *BJU Int*. 2011;108(7):1152-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21314814/>
14. Chung E, Solomon M, DeYoung L, Brock GB. Comparison between AMS 700™ CX and Coloplast™ Titan inflatable penile prosthesis for Peyronie's disease treatment and remodeling: clinical outcomes and patient satisfaction. *J Sex Med*. 2013;10(11):2855-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23210973/>
15. Lucas JW, Gross MS, Barlotta RM, Sudhakar A, Hoover CRV, Wilson SK, et al. Optimal Modeling: an Updated Method for Safely and Effectively Eliminating Curvature During Penile Prosthesis Implantation. *Urology*. 2020;146:133-139. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32961224/>
16. Wilson S. The Top 5 Surgical Things That I Wish I had Known Earlier in My Career: Lessons Learned From a Career of Prosthetic Urology. *J Sex Med*. 2018;15(6):809-812. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29803348/>
17. Akin-Olugbade O, Parker M, Guhring P, Mulhall J. Determinants of patient satisfaction following penile prosthesis surgery. *J Sex Med*. 2006;3(4):743-748. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16839332/>
18. Khera M, Bella A, Karpman E, Brant W, Christine B, Kansas B, et al. Penile Prosthesis Implantation in Patients With Peyronie's Disease: Results of the PROPPER Study Demonstrates a Decrease in Patient-Reported Depression. *J Sex Med*. 2018;15(5):786-788. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29653913/>

HACIA UNA MEDICINA DE PRECISIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE

Dr. Juan Ignacio Martínez-Salamanca

Especialista en Urología, Uro-oncología, Andrología y Medicina Sexual, Peyronie y Cirugía Reconstructiva.
LYX Instituto de Urología. Madrid

Juan Ignacio, es un honor contar contigo para inaugurar este espacio en *Tendencias en Andrología*. Es justo que seas tú, con tu experiencia, quien abra el camino. Para arrancar, ¿cómo ves la evolución en el enfoque de la enfermedad de Peyronie en los últimos 10-15 años? ¿Estamos en una etapa de transición, consolidación o revolución?

En mi opinión, estamos en una etapa de consolidación, pero todavía con elementos de transición. Hace 15 años la cirugía era prácticamente la única herramienta sólida que teníamos. Hoy hablamos de un manejo escalonado y mucho más personalizado: diagnóstico fenotípico, uso racional de fármacos intralesionales, tracción y cirugía en función de cada caso. En varias de las publicaciones de nuestro grupo –en *European Urology* y *World Journal of Urology*– hemos insistido en la importancia de objetivar la deformidad, medir longitud y función, y aplicar un enfoque multimodal y estructurado. La revolución aún no ha llegado, pero la transición hacia una medicina de precisión en la fibrosis sí está en marcha.

Tú siempre te has interesado en el estudio de la etiología, que sigue siendo uno de los grandes retos en esta enfermedad. ¿Qué avances recientes destacarías en este campo? ¿Estamos más cerca de identificar factores gené-

ticos, inmunológicos o infecciosos que nos permitan tratar mejor a nuestros pacientes?

Uno de mis grandes intereses desde hace años ha sido comprender la verdadera causa de la fibrosis de la túnica albugínea. Durante mucho tiempo se aceptó casi sin discusión la teoría del traumatismo como explicación principal. Sin embargo, cada vez resulta más evidente que esa idea quizá sea demasiado simplista. Muchos pacientes no recuerdan un traumatismo concreto y, en realidad, mi pensamiento está más orientado hacia que la lesión ya estaba en curso cuando la persona se da cuenta, habitualmente durante las relaciones sexuales.

En este sentido, hoy hablamos más bien de un terreno predisponente: vías inflamatorias, estrés oxidativo, patrones de cicatrización aberrante. A esto se suman las hipótesis genéticas e inmunológicas, todavía sin un marcador claro.

Y, además, quiero subrayar otra posibilidad poco explorada: que la enfermedad pueda tener un origen infeccioso, incluso vírico. No sería extraño; en otras patologías (hepatitis, etc.) fibrosantes se ha visto cómo una infección inicial actúa como chispa que enciende la respuesta inflamatoria descontrolada. Quizá en Peyronie estemos ante algo similar. Por eso creo que, más que buscar “una única causa”, debemos entenderla como el resultado de una suma:

predisposición genética + microtrauma + respuesta inmunitaria alterada + (posiblemente) un desencadenante infeccioso...

¿Crees que la enfermedad de Peyronie es realmente una única entidad o estamos viendo lo que en realidad son distintos subtipos? Por ejemplo, las presentaciones con acortamiento y muy poca curvatura o las que se asocian a un gran estrechamiento en el cañal, ¿son el mismo proceso con diferente manifestación o deberían ser tratadas como entidades separadas?

Para mí no estamos ante una enfermedad homogénea. La práctica clínica y los estudios multicéntricos lo confirman: existen fenotipos distintos. La curvatura simple, el acortamiento predominante, el *hourglass* con inestabilidad, las placas calcificadas... Cada uno se comporta de manera diferente y necesita un abordaje quirúrgico y no quirúrgico específico. Fenotipar al paciente es fundamental: no se trata igual un *hourglass* inestable que una curvatura aislada de 40°, aunque ambos casos reciban la misma etiqueta de "Peyronie".

En los últimos diez años hemos visto un auge de tratamientos intraplaca con la llegada de la colagenasa. ¿Cuál es tu visión sobre su papel actual y futuro teniendo en cuenta la desaparición del Xiapex® en Europa? ¿Crees que hay espacio para nuevas moléculas o combinaciones?

La llegada de la colagenasa marcó un antes y un después. Participamos en varios estudios y consensos europeos donde analizamos su papel, y su retirada en Europa ha supuesto un claro retroceso. En este vacío, hemos usado en estudios colagenasas de ingeniería genética con resultados muy similares a la original. Estoy convencido de que veremos nuevas moléculas antifibróticas con otros mecanismos de acción y, sobre todo, combinaciones de fármacos con tracción o dispositivos bajo protocolos más estandarizados.

La cirugía protésica ha ganado protagonismo en casos avanzados, con acortamiento

significativo y en curvaturas complejas, incluso sin disfunción eréctil. ¿Cómo ha evolucionado tu enfoque quirúrgico en estos pacientes? ¿Crees que esto se debe a una mayor agresividad de la enfermedad, a un cambio en las expectativas de los pacientes o a que cada vez tenemos más experiencia en el manejo de la cirugía de implante de pene?

El enfoque quirúrgico también ha cambiado: ahora está mucho más centrado en el fenotipo y en preservar la longitud. En nuestra serie sobre injerto y sobre prótesis en pacientes complejos, hemos confirmado que la prótesis ya no es solo para la disfunción eréctil refractaria, sino también una solución válida para deformidades graves e inestables que impiden la penetración. El auge de la cirugía protésica se explica por tres factores claros: pacientes más exigentes en función y longitud, técnicas más seguras y reproducibles, y mayor experiencia de los equipos con alto volumen en cirugía andrológica.

El dispositivo RestoreX, que podríamos llamar "extensor de nueva generación", ha llegado hace ya un año a nuestro país. ¿En qué escenarios lo has usado y cómo ha sido tu experiencia?

Hemos usado RestoreX en diferentes escenarios: en fase activa, como coadyuvante en protocolos con colagenasa y en rehabilitación posquirúrgica. La experiencia ha sido positiva, sobre todo porque facilita la adherencia, el gran talón de Aquiles de los extensores clásicos o también llamados de primera generación. En nuestras series preliminares vimos mejoras relevantes en longitud y curvatura, con escasos efectos adversos. Hoy RestoreX ya es una herramienta real y útil, no solo experimental y plenamente disponible, que se ha convertido en nuestro extensor de referencia.

Ahora te quiero hacer una pregunta un poco más cercana. Como maestro y colega, ¿qué consejo darías a los urólogos jóvenes que se están formando en andrología y empiezan a enfrentarse a casos de Peyronie?

A quienes empiezan a manejar pacientes con enfermedad de Peyronie, les diría tres cosas muy simples:

- 1.** Medir siempre. No hay Peyronie sin fotografías, sin goniometría y sin evaluación objetiva de la longitud.
- 2.** No infravalorar la rehabilitación. La tracción o el vacío bien pautados no son accesorios, son parte del tratamiento.
- 3.** Formarse en centros de referencia y con mentores expertos. Yo mismo tuve la suerte de aprender de maestros que me inculcaron rigor y honestidad con el paciente. Esa es la única manera de crecer en esta área o en cualquier otra.

Para finalizar, y mirando hacia el futuro, si vieras que apostar por la principal línea de investigación que revolucionará el tratamiento de la enfermedad de Peyronie en las próximas dos décadas, ¿cuál sería?

Si tuviera que apostar, diría que el futuro estará en la medicina de precisión antifibrótica y la ingeniería tisular. Veremos terapias dirigidas contra vías como TGF- β 1 o Rho/ROCK entre otras, probablemente combinadas con dispositivos de tracción inteligentes y monitorización digital. A largo plazo, quizá lleguemos a sustitutos biosimilares de la túnica albugínea. La clave, como señalé en un editorial reciente, será cambiar el paradigma: no solo “reducir la deformidad”, sino prevenir la fibrosis desde fases muy precoces.

DRA. LETICIA LAMAS DÍAZ

Facultativo Especialista en Urología en Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Unidad de Andrología.

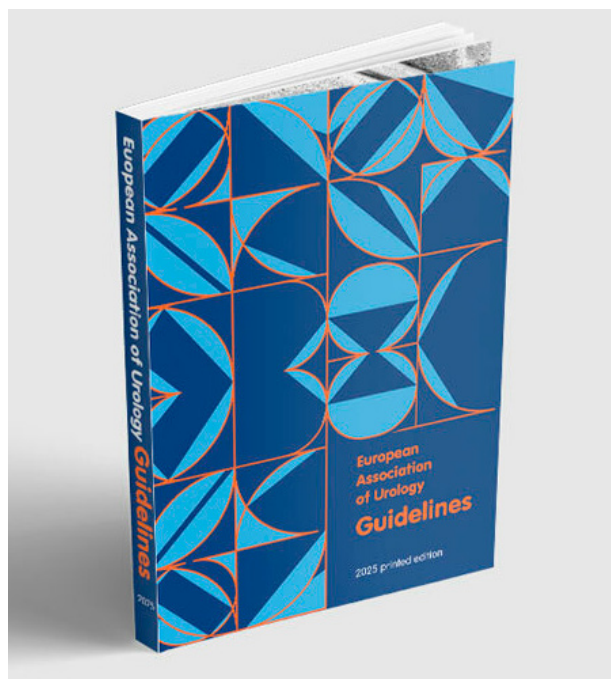
Las guías clínicas constituyen la principal herramienta de referencia para el abordaje actual de la enfermedad de Peyronie. Entre ellas, las **Guías Europeas de Urología (EAU, 2025)**, en su capítulo de salud sexual y reproductiva, proporcionan una visión sintética pero altamente relevante de las opciones terapéuticas disponibles.

El aspecto más destacable es la recomendación firme del uso de **colagenasa de *Clostridium histolyticum* (CCH)** en varones con enfermedad estable e incurvación dorsal o lateral superior a 30°, como alternativa no quirúrgica¹. Asimismo, el **interferón-α2b** puede considerarse en casos seleccionados y estables, si bien con un **grado de recomendación débil**.

Respecto a las **ondas de choque de baja intensidad (LI-ESWT)**, las guías señalan que pueden emplearse para el alivio del dolor, pero no resultan eficaces para modificar la curvatura ni reducir el tamaño de la placa¹. La **terapia de tracción peneana (PTT)** y los **dispositivos de vacío** pueden utilizarse como coadyuvantes, aunque la evidencia es limitada y la fuerza de recomendación sigue siendo débil.

Por el contrario, existe consenso en **desaconsejar los tratamientos orales** (vitamina E, tamoxifeno, pentoxifilina, potaba, carnitina o colchicina), dada la ausencia de eficacia demostrada en esta patología¹.

En cuanto al **tratamiento quirúrgico**, las guías europeas recomiendan intervenir únicamente en la **fase estable** de la enfermedad (habitualmente tras al menos 12 meses y sin progresión de la curvatura). La **plicatura** se considera la primera opción en curvaturas <60° y función eréctil preservada; las técnicas de **incisión o escisión con injerto** se reservan para deformidades más graves o complejas; y la **prótesis peneana** está indicada en pacientes con disfunción eréctil refractaria¹.



Las **Guías Estadounidenses (AUA, 2015; revisión menor 2020)** coinciden en los puntos centrales con las europeas: consideran la **CCH como terapia intralesional de elección**, mencionan **interferón** y **verapamilo** como alternativas posibles, y recomiendan el **abordaje quirúrgico en enfermedad estable con curvaturas significativas y síntomas asociados**².

De forma complementaria, el **Position Statement de la ESSM (2022)** aporta recomendaciones específicas en el ámbito quirúrgico. Esta sociedad enfatiza la individualización del tratamiento y considera la **plicatura** la técnica más coste-efectiva y reproducible en curvaturas menores de 60°. En deformidades mayores o complejas (curvaturas ventrales, *hourglass* o acortamiento peneano clínicamente significativo), aconseja recurrir a **técnicas de injerto**. La **implantación de prótesis peneana** se reserva para pacientes con disfunción eréctil grave no respondedora a fármacos, pudiéndose asociar a maniobras correctoras adicionales. Además, insiste en la importancia de adecuar las expectativas del paciente y de realizar estas cirugías en centros con experiencia³.

Pese a los avances, todas las guías reconocen la necesidad de **ensayos clínicos de mayor calidad** para reforzar la evidencia, en especial en el ámbito de las terapias emergentes como el **ácido hialurónico intralesional**, las **ondas de choque** o el uso de **dispositivos mecánicos innovadores**.

REFERENCIAS

1. European Association of Urology. EAU Guidelines. Sexual and Reproductive Health – Penile Curvature. 2025. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>
2. Nehra A, Alterowitz R, Culkun DJ, et al. Peyronie's Disease: AUA Guideline. J Urol. 2015;194(3):745-753. [Revisión menor 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26066402/>
3. Osmonov D, Ragheb A, Ward S, Blecher G, Falcone M, Soave A, et al. ESSM Position Statement on Surgical Treatment of Peyronie's Disease. Sex Med. 2022;10(1):100459. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34823053/>

Novedades en diagnóstico y terapias experimentales en la enfermedad de Peyronie

En los últimos años, distintos trabajos han explorado nuevas herramientas diagnósticas y terapias emergentes para la enfermedad de Peyronie, más allá de las recomendaciones establecidas en las guías. Aunque la evidencia aún es limitada, estas líneas de investigación marcan las posibles direcciones futuras.

Innovación en diagnóstico por imagen

La **elastografía por ondas de corte** y la **elastografía por realce tisular** han demostrado utilidad para caracterizar la placa y cuantificar su rigidez. Estudios recientes destacan que esta técnica puede **detectar lesiones no visibles en ecografía convencional** y permitir un seguimiento objetivo de la actividad de la enfermedad, si bien faltan umbrales validados y protocolos homogéneos^{1,2}.



Asimismo, se ha señalado que la **ecografía con erección inducida** mejora la identificación de placas respecto a la evaluación en flacidez, siendo de interés en planificación quirúrgica³.

Por último, revisiones panorámicas apuntan al desarrollo de **herramientas de inteligencia artificial** y sistemas de medición automatizada de curvatura, que podrían estandarizar la valoración en el futuro^{4,5}.

Terapias emergentes

Ácido hialurónico intralesional

Diversos estudios multicéntricos europeos han evaluado el **ácido hialurónico (HA)** con resultados prometedores: **mejoría media de la curvatura en torno a 10-15°** y **reducción significativa del dolor**, con un excelente perfil de seguridad^{6,7}. Comparaciones frente a verapamilo sugieren **superioridad del HA en control del dolor** y ligera ventaja en reducción de curvatura, especialmente en fases iniciales de la enfermedad⁸. Sin embargo, la ausencia de ensayos aleatorizados limita la fortaleza de la evidencia.

Plasma rico en plaquetas

El **plasma rico en plaquetas (PRP)** intralesional ha despertado interés como terapia regenerativa. Estudios prospectivos recientes han demostrado **mejoría en dolor** y el malestar subjetivo asociado a la enfermedad, con impacto limitado sobre la curvatura⁹. Ensayos en curso evaluarán su eficacia frente a suero fisiológico y comparadores activos^{10,11}. Aunque su perfil de seguridad es favorable, debe

considerarse por el momento una **terapia en investigación**.

Terapia celular y regenerativa

El empleo de **células mesenquimales derivadas de tejido adiposo (ADRC)** se ha probado en series clínicas pequeñas, con **buen perfil de seguridad** y cierta mejoría subjetiva en la forma del pene y calidad de vida, pero sin reducción significativa de la curvatura¹². Revisiones de terapia celular en urología sugieren un **potencial antifibrótico y proangiogénico**, aún pendiente de confirmación en estudios aleatorizados^{13,14}.

Estrategias combinadas

Se han descrito experiencias preliminares con protocolos multimodales, que combinan **PRP, neuromodulación o dispositivos de tracción**, con resultados alentadores en cuanto a reducción de deformidad¹⁵. No obstante, la evidencia sigue siendo muy preliminar y heterogénea.

Por el momento, ninguna de estas opciones ha modificado las recomendaciones de las guías, pero sí marcan el camino hacia terapias más regenerativas y personalizadas.

REFERENCIAS

1. Zhang X, et al. Shear wave elastography in the evaluation of Peyronie's disease plaques: diagnostic value and limitations. *J Ultrasound Med.* 2023;42(4):835-44.
2. Tsili AC, et al. Real-time elastography in Peyronie's disease: clinical applications and future perspectives. *Andrology.* 2022;10(7):1421-9.
3. Polito M, et al. Penile ultrasound in induced erection: improved diagnostic accuracy in Peyronie's disease. *World J Urol.* 2022;40(5):1209-16.
4. Ziegelmann MJ, et al. Technology and future directions in Peyronie's disease assessment. *Sex Med Rev.* 2025;13(1):67-78.
5. Serefoglu EC, et al. Artificial intelligence in the evaluation of penile deformities. *Asian J Androl.* 2024;26(2):145-53.
6. Paulis G, et al. Intralesional hyaluronic acid in Peyronie's disease: multicenter prospective study. *Int J Impot Res.* 2024;36(3):198-205.
7. Martínez-Salamanca JI, et al. Hyaluronic acid for Peyronie's disease: Spanish experience and long-term follow-up. *Andrology.* 2023;11(4):723-31.
8. Gallo L, et al. Hyaluronic acid versus verapamil intralesional therapy in early Peyronie's disease: comparative analysis. *Urology.* 2024;176:180-6.
9. Chierigo F, et al. Platelet-rich plasma intralesional therapy in Peyronie's disease: prospective study. *J Sex Med.* 2025;22(2):123-31.
10. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT05877645. Platelet-rich plasma in Peyronie's disease: randomized trial.
11. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT06109234. PRP vs placebo in Peyronie's disease: pilot study.
12. Sokolakis I, et al. Adipose-derived regenerative cells for the treatment of Peyronie's disease: early clinical results. *Stem Cell Res Ther.* 2024;15(1):56.
13. Hatzichristou D, et al. Stem cell therapy in sexual medicine: current evidence and future prospects. *J Sex Med.* 2023;20(7):951-63.
14. Albersen M, et al. Regenerative approaches in urology: implications for Peyronie's disease. *Eur Urol Focus.* 2022;8(5):1234-41.
15. Cito G, et al. Combined protocol with PRP and penile traction in Peyronie's disease: preliminary experience. *Andrologia.* 2024;56(3):e14922.

CALENDARIO DE CONGRESOS RELEVANTES EN ANDROLOGÍA (2025-2026)

CALENDARIO DE CONGRESOS RELEVANTES EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE (2025-2026)

CONGRESO	FECHA	LUGAR	INTERÉS
Congreso de la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA)	23-25 octubre 2025	Córdoba (España)	Principal foro nacional en medicina sexual y reproductiva; sesiones específicas sobre Peyronie y prótesis
ESGURS-ESAU25 (EAU Section of Genitourinary Reconstructive Surgeons & Andrological Urology)	2-3 octubre 2025	Turín (Italia)	Encuentro de referencia en cirugía reconstructiva y andrología dentro de la EAU; alto nivel técnico
Sociedad de Medicina Sexual de Norteamérica (SMSNA) - 26th Annual Fall Scientific Meeting	9-12 octubre 2025	Grapevine (Dallas, EE. UU.)	Congreso norteamericano líder en medicina sexual, con actualización en terapias médicas y quirúrgicas para Peyronie
Sociedad Internacional de Urología (SIU 2025)	29 octubre-1 noviembre 2025	Edimburgo (Reino Unido)	Visión global en urología; creciente espacio para andrología y cirugía peneana
American Society of Reproductive Medicine (ASRM 2025)	25-29 octubre 2025	Denver (EE. UU.)	Centrado en fertilidad y medicina reproductiva; incluye sesiones de interés en andrología y disfunción eréctil asociada a Peyronie
XXVIII Reunión Nacional del Grupo de Andrología y X Reunión Nacional del Grupo de Cirugía Reconstructiva (AEU)	12-13 febrero 2026	Santander (España)	Reunión de referencia de la AEU en andrología y reconstructiva; sesiones prácticas y actualización en Peyronie
7th World Meeting on Sexual Medicine (WMSM 2026)	25-28 febrero 2026	Oporto (Portugal)	Congreso mundial de la International Society for Sexual Medicine (ISSM); integra todas las novedades en salud sexual masculina y cirugía reconstructiva
41st Annual Congress of the European Association of Urology (EAU 2026)	13-16 marzo 2026	Londres (Reino Unido)	Congreso europeo de urología; actualizaciones de guías y simposios sobre Peyronie, CCH y cirugía

