

“Una aproximación al significado inconciente de la enfermedad de La Peyronie”

María Adamo
Sofía García Belmonte

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
-11 de noviembre 2016-

“Sin ese convivir, que es compartir la vida, la opacidad del blanco paraíso nos abrume, arrojándonos con fuerza redoblada hacia la manzana roja que produce, con precisión deliberada, el árbol del Edén. No se trata, como podría creerse con inadvertido descuido, de sexo solamente, la manzana proviene del árbol de la vida y la aventura ofrecida es conocer. Un conocer que es conocerse y crecer, desarrollarse y multiplicarse conviviendo con alguien que es otro, semejante, pero complementario y diferente. Con alguien que despliegue, como sucede cuando se sopla dentro de los farolitos chinos, las partes todavía plegadas de nuestra personalidad. Con alguien que necesitamos para poder trascender, salirnos del encierro que nos confina dentro de nosotros mismos transformando nuestra vida en una esterilidad sin otro sentido que no sea el sufrir”.

Luis Chiozza (2005a, pág. 231)

Introducción

Durante el corriente año presentamos el trabajo “Volviendo a pensar en la enfermedad de Dupuytren” (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2016b), en el cual intentamos acercarnos a la comprensión del significado inconciente de dicha afección¹. En esa ocasión mencionamos que la enfermedad de Dupuytren pertenece a un grupo de afecciones que se denominan “fibromatosis superficiales”, caracterizadas por la proliferación nodular de tejido fibroso, de comportamiento benigno, que también puede aparecer en la fascia plantar del pie (enfermedad de Ledderhose) o en la túnica albugínea del pene (enfermedad de La Peyronie). A la vez, señalamos que en algunos casos coexisten dos o tres de estas enfermedades, expresándose así una “tendencia” a la fibrosis. Esto último nos despertó el interés por comprender el significado inconciente de estas otras fibromatosis e, inevitablemente, nos encontramos relacionando la enfermedad que estábamos estudiando con las otras dos afecciones.

En aquella oportunidad² llegamos a la idea de que la enfermedad de Dupuytren se relaciona con un conflicto entre la necesidad de “abrirse” para entrar en contacto y

¹ En esta enfermedad se forman nódulos y cuerdas de tejido fibroso en la aponeurosis palmar superficial, que ocasionan la retracción de los dedos comprometidos, llevando a un cierre progresivo de la mano.

² Para ello estudiamos el significado del tejido conectivo, de la fibrosis y de la aponeurosis palmar superficial, así como el significado de la palma de la mano y del gesto de “abrir la mano”.

realizar un intercambio con los demás –para lo cual es necesario amoldarse y “con-formarse” con los otros- y el deseo opuesto, de retraerse y cerrarse. Planteamos que la mano del paciente con Dupuytren, que se va cerrando progresivamente, simbolizaría este deseo de retracción, así como la intención de mantenerse “aferrado” a las propias creencias.

En nuestras reflexiones finales, dejamos planteada la idea de que las tres fibromatosis –enfermedad de Dupuytren, de La Peyronie y de Ledderhose- podrían representar diferentes “variantes” de una misma problemática, centrada en la dificultad para amoldarse y establecer un buen contacto con los objetos o con el mundo circundante, un contacto que implica “con-formarse” con ellos para poder “unirse”, al menos transitoriamente, a ellos. Decíamos que las tres enfermedades podrían ser, entonces, expresión de una misma fantasía, vinculada al deseo de retraerse de dicho contacto, de separarse de los objetos, con la ilusión, quizás, de llegar a prescindir de ellos.

Planteamos que las tres afecciones tendrían en común el hecho de darse en lugares del cuerpo que constituyen superficies de contacto que necesitan adaptarse y amoldarse a un objeto –aquello que vamos a agarrar o tocar en el caso de la mano, la vagina en el caso del pene y el suelo en el caso del pie-. Se trataría, además, de un contacto que implica, en cierto modo, “salir de uno” para dirigirse a los otros o al entorno. Esta actitud de “salir de uno” podría quedar representada, a nuestro entender, por la mano que se extiende hacia los objetos, por el pene que toma la forma erecta para poder introducirse en la vagina y por el pie que, al propulsarse contra el suelo, nos permite movernos y avanzar por el mundo. Consignamos, además, que no nos parece casual que se trate en todos los casos de afecciones del tejido conectivo que, como sabemos, se vinculan a una alteración en la capacidad de conformación y a una dificultad para “interesarse”, para “ser entre” las cosas y las personas (Chiozza, L. y colab., 1993k).

Además, reparamos en que las tres enfermedades suelen aparecer en la edad media de la vida, una edad que marca el ingreso a una etapa en la que se acrecienta la necesidad de realizar obras dirigidas hacia una meta que trascienda la propia individualidad. En esta etapa, más que nunca, hace falta “salirse” de uno y poder volcarse hacia el entorno, aceptando que uno es parte de un todo que lo trasciende, asumiendo la propia incompletitud y la necesidad del otro para existir.

En relación a la enfermedad de La Peyronie, dijimos que así como la mano funciona como un “puente” que se extiende entre nosotros y los demás, el pene también podría representar un “puente” que permite la unión de dos individuos durante la relación genital. Mientras en la enfermedad de Dupuytren las cuerdas fibrosas impiden la extensión de los dedos, en la enfermedad de La Peyronie las placas fibrosas provocan la curvatura del pene durante la erección, impidiendo su extensión completa y “desviándolo” de su dirección habitual, lo que dificulta la penetración durante el coito. Dijimos que tanto la mano que no puede abrirse del

todo, como el pene que no logra una erección “completa”, podrían estar expresando una dificultad en la intensión de “ir hacia” el objeto.

En esta ocasión, retomaremos estas ideas e intentaremos profundizar en ellas, buscando comprender algo más acerca del significado inconciente específico de la enfermedad de La Peyronie, los aspectos que tiene en común con la enfermedad de Dupuytren y aquellos que la diferencian.

La enfermedad de La Peyronie³

El pene es el órgano masculino que permite la micción y las relaciones sexuales. Tiene forma cilíndrica y se encuentra situado debajo de la sínfisis pubiana, donde pende sobre las bolsas escrotales, junto con las cuales constituye los órganos genitales externos del hombre. Está formado por tres estructuras eréctiles –los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso- que, al llenarse de sangre, determinan la erección del órgano, gracias a la cual puede llevarse a cabo la penetración de la vagina.

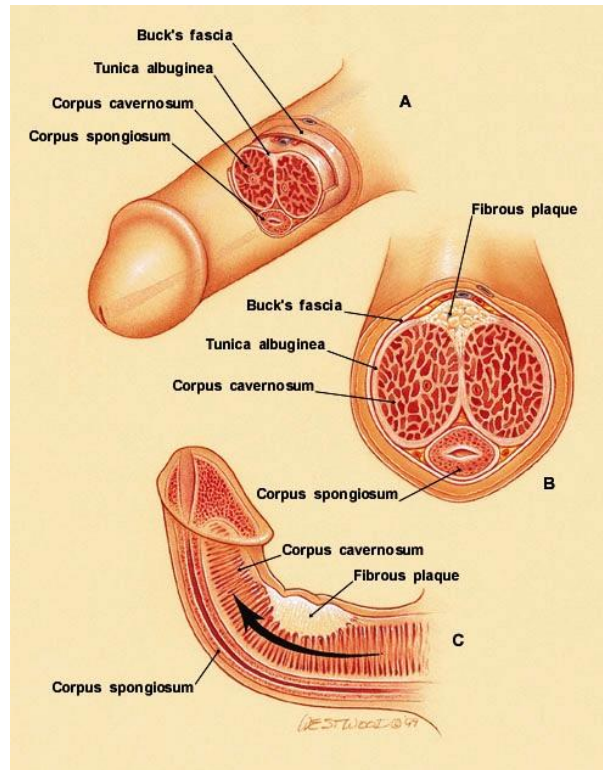
La enfermedad de La Peyronie es un trastorno del tejido conectivo que afecta a la túnica albugínea del pene, una capa fibrosa que recubre a los cuerpos cavernosos y al cuerpo esponjoso. Se presenta como unas induraciones o placas de tejido fibroso que pueden ser dolorosas, sobre todo en la fase temprana de su evolución. Como dijimos, estas placas provocan la incurvación del pene durante la erección, lo que en los grados avanzados dificulta o impide la penetración⁴. En ciertas ocasiones, la enfermedad se acompaña también de pérdida de rigidez en la erección (disfunción eréctil). Mientras el pene se encuentra en estado flácido, su aspecto es normal y las placas sólo se descubren al palpar el órgano.

Este trastorno suele aparecer entre los 40 y los 60 años de edad, aproximadamente. Los motivos de consulta pueden ser la incurvación del pene durante la erección, el dolor o bien la palpación de un nódulo en el pene. En algunos casos, los pacientes consultan por presentar acortamiento peniano, que se manifiesta durante la erección y que se debe, como veremos enseguida, a una particular ubicación de las placas.

³ La bibliografía médica de este trabajo fue extraída de los siguientes textos: Al-Thakafi, S. y Al-Hathal, N. (2016); Bilgutay A.N. y Pastuszak A.W. (2015); Fawcett, D.W. (1987); Morales, A.M., Chantada Abal, V., Fiter Gómez, L., Rodríguez Vela, L., Navarro, N.C., Moncada Iribarren, I. (2001); Pilat, A. (2003); Silva, J.M. , Rodríguez, S., Sáenz, M.P. (2010); Shafik, A., Shafik I., El Sibai O. y Shafik A.A. (2007); Stanford Víquez, L. y Esquivel Vindas, L.F. (2014).

⁴ La enfermedad de La Peyronie es la principal causa de incurvación del pene. La segunda es la incurvación congénita del pene, que se debe a una alteración en la formación embriológica de este órgano. En este último caso lo más frecuente es que el pene se incurve en sentido ventral. En este trabajo no nos ocuparemos de esta alteración, aunque creemos que es posible que su significado inconciente esté relacionado al de la enfermedad de La Peyronie.

Las placas se localizan con mayor frecuencia en la cara dorsal, lo que hace que el pene se incurve dorsalmente en la erección. Las placas ventrales y laterales son más raras, pero afectan más la realización del coito, ya que la desviación que producen aparta más al pene del ángulo natural de la penetración. En algunas ocasiones las placas se sitúan en varios sitios contrapuestos, y en ese caso pueden no producir incurvación, pero sí un franco acortamiento del pene durante la erección.



La etiología se desconoce y existen diferentes hipótesis para explicar la formación de estas placas fibrosas. Actualmente, los textos médicos suelen coincidir en que existiría una confluencia de factores que dan lugar a esta enfermedad. Relacionan la aparición de las placas con microtraumatismos ocurridos de manera repetitiva sobre la túnica albugínea durante el coito⁵. Pero agregan que no basta con esto para explicar la reacción fibrosa y suponen entonces que habría una predisposición genética que explicaría dicha reacción. El hecho de que aproximadamente un 10%⁶ de los pacientes presenten además otras alteraciones fibromatosas, como enfermedad de Dupuytren o de Ledderhose, también parece

⁵ Siguiendo esta idea, se relaciona el hecho de que en la mayoría de los casos las placas se desarrollen sobre la cara dorsal del pene con que esta es la zona del genital masculino sometida a mayor presión durante el coito.

⁶ En algunos artículos este porcentaje es mayor, llegando hasta un 40% (Stanford Viquez, L., y Esquivel Vindas, L.F., 2014).

abonar la existencia de una predisposición genética para desarrollar esta patología⁷.

La medicina desconoce por qué en algunos sujetos la enfermedad evoluciona espontáneamente a la curación sin secuelas, en otros casos se estabiliza, en otros sigue progresando y en otros, además, se desarrolla una disfunción eréctil.

Si bien existen diferentes tratamientos farmacológicos, ninguno de ellos parece ser realmente eficaz⁸. Se considera que el tratamiento más efectivo es el quirúrgico, que está indicado cuando la curvatura impide o dificulta la realización del coito. La cirugía no está estandarizada, existiendo propuestas diversas, todas ellas con sus ventajas e inconvenientes.

La mayoría de los autores establece una relación entre la enfermedad de La Peyronie y la disfunción eréctil. El dolor en la erección (erectodinia) estaría vinculado con esta disfunción. Además, se plantea que la enfermedad de La Peyronie en sí misma podría conducir a la impotencia, debido a la participación de la túnica albugínea en el mecanismo hemodinámico de la erección. De todas maneras, algunos autores discuten la existencia de una relación causal entre la enfermedad de La Peyronie y la disfunción eréctil, y consideran que podría tratarse de dos alteraciones independientes que se presentan a la vez en un mismo paciente.

Antes de continuar con la enfermedad de La Peyronie, haremos una breve reseña de la anatomía del pene, centrándonos especialmente en la túnica albugínea, que es el tejido que se afecta en esta enfermedad.

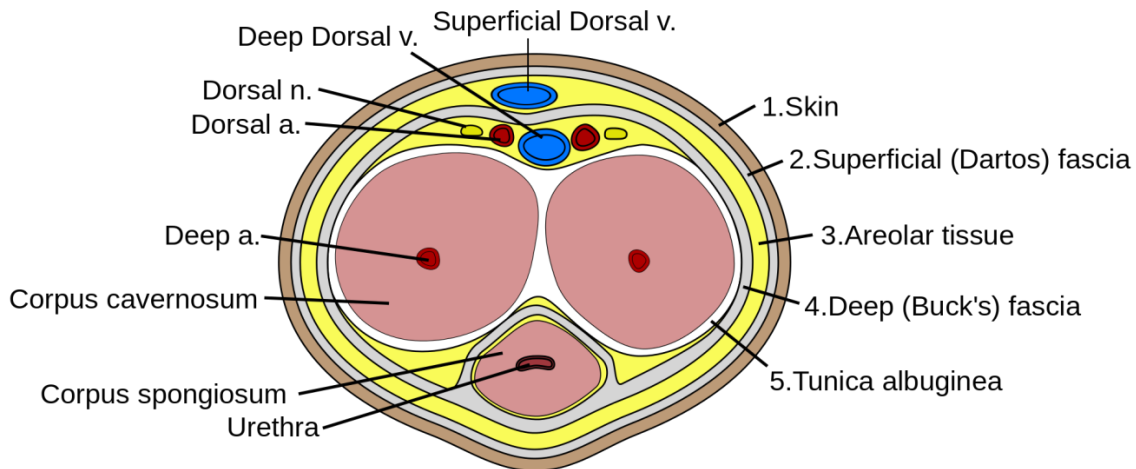
Algunos aspectos de la anatomía de pene

Como dijimos, el pene humano está formado esencialmente por tres estructuras cilíndricas con capacidad eréctil, que se encuentran envueltas por varias vainas o cubiertas de tejido conectivo, que son, de adentro hacia afuera, la túnica albugínea, la fascia profunda o de Buck⁹ y la fascia superficial o de Colles. Por fuera de estas fascias se encuentra la piel del pene.

⁷ Se describe, por ejemplo, la expresión incrementada de ciertos genes promotores de fibrosis, tanto en las placas de la enfermedad de La Peyronie como en las de Dupuytren (Bilgutay, A.N. y Pastuszak, A.W., 2015)

⁸ Existe una larga lista de fármacos utilizados de manera local y/o sistémica en esta fase, como la Vitamina E, la colchicina, el tamoxifeno y muchos otros, incluyendo la radioterapia. En general, estos fármacos se aplican debido a sus propiedades anti-inflamatorias, a su capacidad de impedir la acción de los fibroblastos o al incremento de la actividad colagenasa que pueden generar.

⁹ Esta fascia se ubica por fuera de la túnica albugínea, se fija a la base del glande y forma una envoltura común para los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso. Da inserción a fibras de los músculos isquio y bulbocavernosos. En contacto con la túnica albugínea de los cuerpos cavernosos delimita también un espacio por el que circulan vasos y nervios.



Los tres cuerpos cilíndricos de tejido eréctil que constituyen la estructura principal del pene son el cuerpo esponjoso, en la cara ventral y central del pene, y los dos cuerpos cavernosos, en la cara dorsal. Estos últimos forman la mayor parte de la masa del pene tanto flácido como erecto y son los que adquieren la máxima dureza y tamaño durante la erección, comparado con el cuerpo esponjoso. Este último contiene a la uretra, que lo recorre en toda su extensión por su centro. El extremo proximal del cuerpo esponjoso tiene forma ensanchada y se conoce como bulbo. En su extremo distal, el cuerpo esponjoso se vuelve a ensanchar para constituir el glande del pene, donde se ubica el orificio de la uretra. A diferencia del resto del cuerpo esponjoso, el glande carece de túnica albugínea.

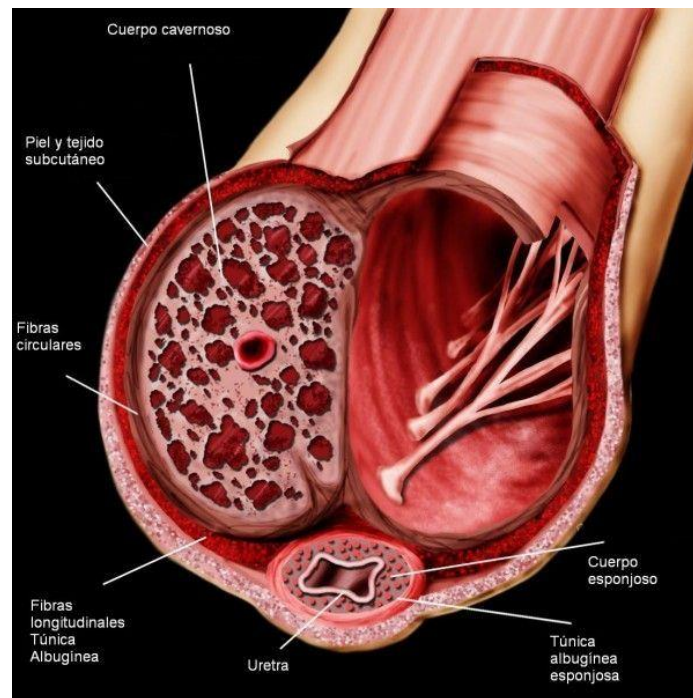
Los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso están constituidos por una estructura esponjosa, formada por trabéculas de fibras elásticas y fibras musculares lisas, que se extienden en todas direcciones, creando espacios recubiertos por células endoteliales –llamados sinusoides cavernosos– que se encuentran intercomunicados y en los que se acumula la sangre¹⁰ cuando ocurre la motivación sexual, ocasionando el aumento de volumen y dureza del pene que caracteriza a la erección. Las fibras musculares lisas de estas estructuras eréctiles se fijan sobre la cara interna de la túnica albugínea.

“Para su correcta funcionalidad, el pene debe ser capaz de alcanzar un alto grado de rigidez y de resistencia a la incurvación durante la erección y ser dúctil y ‘discreto’, léase no excesivamente aparente durante la flacidez” (Morales, A.M. y colab., 2001, pág. 25). Para lograr esto, el pene presenta un esqueleto fibroso, constituido esencialmente por la túnica albugínea¹¹, una *“estructura fascial”*

¹⁰ La sangre llega a través de las arterias que discurren por el centro de cada cuerpo cavernoso y que luego se ramifican en forma de zarcillo formando las arterias helicinas.

¹¹ La túnica albugínea lleva este nombre debido a su color blanquecino. Además de la que se encuentra presente en el pene, existe una túnica albugínea en los testículos y en los ovarios, a la que se le adjudica una función protectora.

(Bilgutay, A.N. y Pastuszak, A.W., 2015) espesa y densa, de 2 a 4 mm de grosor, que rodea a los cuerpos cavernosos y al cuerpo esponjoso¹², conteniendo y sosteniendo al tejido eréctil subyacente.



La túnica albugínea está formada por dos capas de fibras, una interna, circular, y otra externa, longitudinal, que pueden deslizarse una sobre otra. Estas capas están constituidas esencialmente por fibras de colágeno y por una escasa proporción de elastina, dos elementos que, combinados, *“forman los ingredientes claves para dotar de elasticidad y firmeza al tejido que compone la albugínea”* (Morales, A.M. y colab., 2001, pág. 25). Los haces de la capa interna se unen en la línea media para formar el septo medio o tabique pectiniforme, que divide ambos cuerpos cavernosos entre sí. En determinados puntos, además, las fibras de la capa interna emiten ramificaciones –llamadas “pilares intracavernosos”- que se dirigen hacia el interior del cuerpo cavernoso y actúan como puntales que contribuyen a sostener la estructura del pene. Los haces de la capa externa, longitudinales, se condensan en algunas zonas donde llegan a formar estructuras parecidas a ligamentos. Proximalmente, los engrosamientos dorsales se anclan en la rama isquiopubiana de cada lado, proporcionando fijación al pene. La capa externa de la túnica albugínea está ausente en el cuerpo esponjoso, lo que permite que en esta estructura exista una menor presión durante la erección, evitando así la compresión de la uretra.

¹² Ambos cuerpos cavernosos están recubiertos por una misma túnica albugínea y el cuerpo esponjoso por otra.

Las fibras elásticas de la túnica albugínea forman un armazón irregular entrecruzado, sobre el que descansan las fibras colágenas. Estas últimas tienen una resistencia a la tracción mayor que el acero, pero no son elásticas. La interacción de ambas fibras confiere al tejido resistencia y elasticidad. Gracias a su estructura, la túnica albugínea le permite al pene ser dúctil o maleable en estado de flaccidez y a su vez le proporciona rigidez y firmeza durante la erección.

A diferencia de lo que ocurre en la túnica albugínea normal, en la enfermedad de La Peyronie las fibras de colágeno se encuentran desordenadas, dispuestas de forma irregular y aleatoria, formando acúmulos e incluso nódulos. Además, se observa una escasez de fibras elásticas. En los lugares donde se forma la placa fibrosa, la túnica albugínea pierde ductilidad y distensibilidad.

La túnica albugínea contribuye a cerrar “herméticamente” los tres cilindros de tejido eréctil. Además, participa del mecanismo de erección del pene, contribuyendo a la oclusión de la vasculatura venosa, lo cual favorece el mantenimiento de la erección. A diferencia de lo que ocurre con las arterias¹³, las venas que drenan los espacios sinusoidales de los cuerpos cavernosos siguen un trayecto oblicuo, conformando un plexo subtúnica, ubicado entre los sinusoides y la túnica albugínea. Cuando el músculo liso de los sinusoides se relaja y éstos se llenan de sangre, este plexo venoso se ve comprimido contra la túnica albugínea, al igual que las venas que discurren entre las capas interna y externa de la albugínea. Aparentemente, la integridad de esta estructura fibroelástica desempeña un rol significativo en el proceso de la erección peniana¹⁴.

En síntesis, la túnica albugínea tiene como función constituir el esqueleto fibroso que contiene y sostiene a las estructuras eréctiles, “acompañando” sus cambios de forma y permitiendo así que el pene pase de la posición flácida a la erecta y viceversa. Además, participa del fenómeno de la erección, en tanto contiene la sangre que rellena los sinusoides de los cuerpos eréctiles y también comprime la circulación venosa que drena dichos espacios, contribuyendo así a mantener la erección.

¹³ La arteria cavernosa y las ramas de la arteria dorsal, que proporcionan irrigación sanguínea adicional al cuerpo cavernoso, transcurren a través de una vía más directa y están rodeadas por una vaina de tejido blando periarterial que protege a las arterias de su oclusión por la túnica albugínea durante la erección. La sangre que determina la erección de los cuerpos cavernosos afluye a través de las arterias helicinas, que se ocluyen cuando el pene se relaja. Al mismo tiempo, con la túnica albugínea relajada, puede evacuarse más sangre a través de sistema venoso. El plexo venoso del cuerpo esponjoso aumenta su repleción sanguínea durante la erección, pero la sangre puede evacuar en todo momento. De esta forma, la tumefacción se mantiene relativamente débil y permite el transporte del esperma a través de la uretra.

¹⁴ Según algunos autores, ciertos casos de disfunción eréctil podrían deberse a la presencia de una túnica albugínea demasiado “floja”, que no logra comprimir la vasculatura venosa subyacente durante la erección. En sujetos normales, el colágeno presente en la túnica albugínea evita que ésta se distienda excesivamente durante la erección, lo cual podría llevar a su “subluxación” o “aflojamiento” (Shafik, A., Shafik I., El Sibai O. y Shafik A.A., 2007).

Volviendo a la enfermedad de La Peyronie

La teoría etiopatogénica de esta enfermedad actualmente más aceptada es la de la “reparación tisular alterada¹⁵” (Morales, A.M. y colab., 2001, pág. 24). En una situación normal, cuando el cuerpo sufre una lesión, se ponen en marcha una serie de eventos destinados a reparar la herida. Las plaquetas, las células inflamatorias y numerosos mediadores químicos participan de este proceso, en el cual los fibroblastos son los encargados de producir y depositar el colágeno necesario para reparar la lesión. En los tejidos sanos, el colágeno aporta la estructura, la consistencia, la integridad y la resistencia. Cuando los tejidos se dañan, esta proteína es necesaria para reparar la estructura y, de ser posible, restituir la función. Si el depósito de colágeno es escaso, la cicatrización es débil y puede producirse la dehiscencia de la herida. Si, por el contrario, este depósito es excesivo, se produce la fibrosis, que conduce a la alteración de la estructura y de la función de los tejidos comprometidos.

La enfermedad de La Peyronie se caracteriza histológicamente por la presencia de un depósito excesivo de colágeno en la lesión. Los fibroblastos presentan alteraciones morfológicas y tienen una capacidad proliferativa mayor a la normal. Sin embargo, la causa de este excesivo depósito permanece desconocida.

En general, los autores coinciden en distinguir dos fases en la evolución de la enfermedad: una primera fase, aguda, que dura aproximadamente un año, en la que comienza a formarse la placa, donde existen componentes inflamatorios y donde es más común que se presente dolor. Y una segunda fase, crónica, en la que la placa se “estabiliza” y puede calcificarse o incluso osificarse, y donde ya no se evidencian células inflamatorias.

El dolor sólo se presenta en aproximadamente un tercio de los pacientes y lo más frecuente es que lo haga coincidiendo con la fase inflamatoria inicial, desapareciendo posteriormente¹⁶. Se atribuye a la estimulación de terminales nerviosas presentes en la fascia de Buck¹⁷.

¹⁵ Si bien esta hipótesis etiológica no está absolutamente comprobada, es la que plantean la gran mayoría de los autores y textos médicos que consultamos. Decidimos tomarla en el trabajo debido a la gran aceptación que goza y teniendo en cuenta su valor como una representación para la comprensión de los significados inconcientes de esta enfermedad.

¹⁶ El dolor se presenta con mayor frecuencia durante la erección, pero también puede presentarse fuera de ella.

¹⁷ Hasta donde pudimos comprender, la desaparición del dolor se atribuye a la muerte de terminaciones nerviosas debida a la extensión de la fibrosis (Al-Thakafi, S. y Al-Hathal, N., 2016).

Como vimos, las placas de La Peyronie se localizan preferentemente a nivel de la línea media de la túnica albugínea, allí donde las fibras del septo se entrelazan con las de la capa interna, circular. Durante la erección *“es precisamente esta zona la que impide la acodadura del pene dorsal o ventralmente, actuando como lo hace el tabique de una viga”* (Morales, A.M. y colab., 2001, pág. 34). Nos parece significativo lo que señalan los urólogos respecto de que en sujetos jóvenes, si se produce un exceso de fuerza, la elasticidad de los tejidos “acepta” la deformidad, impidiendo así la aparición de lesiones. Como dijimos, esta enfermedad se presenta sobre todo en sujetos de entre 40 y 60 años, y se considera que con la edad la elasticidad de los tejidos del pene se ve disminuida, dificultando su adaptación frente a una excesiva presión. Además, como vimos, el 10% de los pacientes con La Peyronie presentan otras enfermedades relacionadas con la pérdida de elasticidad tisular. Podemos considerar entonces que *“mientras que con una elasticidad normal de los tejidos, las tensiones sobre los anclajes del septo a la capa interna de la albugínea no producen daño, con una elasticidad disminuida se producen grietas o ‘delaminaciones’ de la túnica”* (Morales, A.M. y colab., 2001, pág. 31). Es decir que la fuerza que resulta “traumática”, adquiere esta connotación debido a que el tejido “no cede” ante la presión e intenta, en cambio, mantenerse rígido, sin adaptar su forma. Podemos considerar entonces que habría una pérdida de elasticidad “previa” al desarrollo de la enfermedad, que contribuye a su aparición.

Se considera que cuando el desgarró se produce de forma aguda y es de suficiente magnitud, se rompen pequeños vasos sanguíneos, dando lugar a la formación de un coágulo en el interior de la túnica albugínea. Se denomina “fractura por fragilidad” a este episodio agudo, que suele ser recordado por el paciente. En otros casos, en cambio, el proceso es más insidioso, y consiste en sucesivas “delaminaciones” de tejido en aquellos lugares sometidos a mayor tensión. Estas lesiones se denominan “fracturas por fatiga” y van progresando, hasta que se produce la rotura vascular con formación de un coágulo.

Una vez producida la lesión, se desencadena el proceso de reparación, con el depósito de fibrina que induce la llegada de células inflamatorias y la atracción y proliferación de los fibroblastos¹⁸, que a su vez comienzan a fabricar y depositar colágeno. Los diferentes textos médicos consultados plantean que en el paciente con La Peyronie existiría una alteración del proceso de reparación, con un desequilibrio entre la acumulación y la degradación de matriz extracelular, que conduce al desarrollo de una fibrosis patológica. La pérdida de elasticidad en la zona de la placa es la que produce la incurvación del pene durante la erección.

Una vez que la placa ha “madurado” completamente, la configuración del pene no cambiará. Se considera que en este punto ningún tratamiento médico o

¹⁸ En artículos más recientes se describe la presencia de miofibroblastos –diferenciados a partir de fibroblastos- que, en lugar de sufrir apoptosis luego de la reparación de la herida, continúan activos secretando colágeno y conduciendo a la fibrosis del tejido (Bilgutay A.N. y Pastuszak A.W., 2015).

fisioterápico tendrá efecto alguno sobre la lesión, por lo que la única alternativa terapéutica será la cirugía, que se indica siempre y cuando la actividad sexual esté alterada, ya sea porque la desviación dificulta la penetración o porque genera dolor en el paciente o en su pareja.

Antes de operar al paciente, es fundamental asegurarse de que la placa esté “estabilizada”, es decir que haya finalizado la primer fase de la enfermedad, lo que suele ocurrir aproximadamente después de un año o año y medio de comenzados los síntomas. De lo contrario, la enfermedad podría progresar aún, empeorando el resultado de la cirugía.

A lo largo de la historia de la medicina, las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de esta enfermedad han ido cambiando, volviéndose cada vez más conservadoras. Actualmente, se plantean dos caminos para el tratamiento quirúrgico. El primero es, respetando la placa de fibrosis, actuar sobre la albugínea sana contralateral, es decir “acortando” el lado convexo. Dentro de este camino existen, a su vez, dos opciones. Una es realizar una exéresis o “plastia” de parte de la albugínea sana, cerrando el defecto. La segunda opción es realizar una “plicatura” de la albugínea sana, es decir hacer un “pliegue”, sin reseca tejido. Una desventaja de estas técnicas es que ocasionan un acortamiento peniano. Además, en la técnica de plicatura el tejido plegado y los puntos conforman una protuberancia o abultamiento que puede molestar al paciente durante el coito.

El otro camino es intervenir sobre la placa de fibrosis, es decir “alargar” el lado cóncavo. Cuando se reseca toda la placa, el riesgo de ocasionar una impotencia secundaria a la cirugía es mayor y por eso en la actualidad suele preferirse realizar únicamente algunas incisiones que buscan “relajar” la placa. El defecto se cubre luego con diferentes tipos de injertos, que buscan siempre intentar proporcionar la elasticidad perdida a la zona de albugínea dañada. Una complicación de esta cirugía es la nueva curvatura, que puede generarse en caso de que el tejido injertado se contraiga demasiado¹⁹.

Desde la medicina, se considera que las técnicas quirúrgicas actuales para el tratamiento de esta enfermedad son seguras y sencillas, con resultados que suelen ser satisfactorios en la amplia mayoría de los casos. No obstante, creemos que es prudente evaluar estos datos con cuidado. Sabemos, por ejemplo, que pueden existir complicaciones o consecuencias negativas de las diferentes técnicas, que son, según lo que vimos, el acortamiento peniano, el abultamiento en la zona plicada, la re-incurvación del pene y la disfunción eréctil postoperatoria.

¹⁹ Se considera que el paciente candidato para las técnicas de plastia o de plicatura es el que conserva la potencia, posee un pene suficientemente largo, con una incurvación definida y limitada a menos de 50°. Por el contrario, el candidato a las técnicas de injerto es el paciente que tiene una incurvación compleja y múltiple o una deformidad “en reloj de arena”.

Por supuesto, también está el riesgo de que la cirugía sea ineficaz y no logre corregir la curvatura del pene o lo haga de manera incompleta²⁰.

²⁰ Otras complicaciones posibles son: flaccidez del glande por lesión nerviosa (es el sitio de ingreso para realizar la cirugía), dolor peniano, hematomas, infección de la herida, rechazo del injerto.

Hacia el significado inconciente de la enfermedad de La Peyronie

Si bien la túnica albugínea del pene no suele denominarse “fascia”, entendemos que, debido a su estructura y a su función, puede considerarse como parte del sistema fascial del organismo. Como desarrollamos en ocasiones anteriores (Adamo, M., y García Belmonte, S., 2015*b* y 2016*b*), una fascia es una membrana resistente de tejido conectivo denso que envuelve y conecta las diferentes estructuras del cuerpo. El sistema fascial separa, organiza y “compartimentaliza” cada órgano, delimitando su “individualidad”, y, a la vez, interconecta las diferentes estructuras, configurando “*una especie de ininterrumpida red de comunicación corporal*” (Pilat, A., 2003, pág. 18). Además, la fascia le brinda soporte a las estructuras somáticas y viscerales, determinando su forma.

Pilat (2003) señala que el sistema fascial puede encontrarse excesivamente tenso o demasiado distendido y que ambas situaciones afectan a la función corporal. Agrega que este sistema se adapta y ajusta sus tensiones y su densidad en respuesta a las necesidades funcionales. En la medida en que se mantiene saludable, no llega a la rigidez, sino que conserva siempre un grado de elasticidad.

Como vimos, en la túnica albugínea normal se combinan adecuadamente el colágeno y las fibras elásticas, determinando que el tejido pueda ser dúctil y distenderse o estirarse cuando los cuerpos cavernosos se llenan de sangre, permitiendo que el pene adquiera la forma erecta. A su vez, la túnica albugínea tiene la suficiente firmeza para contener la sangre que rellena los sinusoides cavernosos y para comprimir a las venas que drenan esos espacios, contribuyendo así a sostener la erección. Cuando esta última finaliza, las fibras elásticas le permiten a la túnica albugínea retornar a su forma anterior.

Cuando ocurren fenómenos de fibrosis como los que se desarrollan en la enfermedad de La Peyronie, estas propiedades se alteran. La túnica albugínea afectada pierde su ductilidad y no puede distenderse normalmente frente a la presión sanguínea intracavernosa. Esto determina que el pene, durante la erección, adopte una forma curva.

El término “fibrosis” designa, esencialmente, a una proliferación excesiva o patológica de tejido fibroso, es decir de tejido conectivo denso. En el caso de la enfermedad de La Peyronie, entendemos que se trataría de una alteración y exageración de lo que sucede en el proceso normal de cicatrización, donde la proliferación de tejido fibroso ocurre a los fines de rellenar el espacio que queda luego de una lesión.

Los fenómenos de esclerosis se encuentran estrechamente vinculados con los de fibrosis y a menudo se utilizan ambas palabras como sinónimos, si bien el término

“esclerosis” hace hincapié en el endurecimiento patológico del órgano afectado. Entendemos que en el caso de la enfermedad de La Peyronie, al igual que ocurre en la enfermedad de Dupuytren, ambos procesos se encuentran presentes y entramados. En un comienzo, lo que se destaca es la proliferación de tejido conectivo (fibrosis) y, posteriormente, su retracción y endurecimiento (esclerosis).

En el trabajo anterior (Adamo, M., y García Belmonte, S., 2016b), retomamos las ideas de Chiozza y colaboradores (1993k), quienes relacionan el hecho de que la trama conjuntiva sostiene y da forma al cuerpo, con la identidad y las creencias en las que *“nos movemos, vivimos y somos”* (pág. 205). Enfatizan que nos conformamos a través de un *“elástico vaivén entre ceder y mantenernos firmes frente a la presión de cambio, entre desistir de nuestra intención e insistir de un nuevo modo, reiterando el intento de modificar la circunstancia”* (pág. 208). En este vaivén nos formamos con la circunstancia y, al mismo tiempo, la formamos con nosotros.

Los autores relacionan esta interacción entre el yo y la circunstancia con el concepto de “interés”, término que significa, en su esencia, la capacidad de “ser entre” las cosas, *“que nos rodean y solicitan”* (pág. 207), de estar entre ellas, volcados hacia nuestra circunstancia. Explican que sólo podemos conformarnos saludablemente cuando estamos interesados por las cosas. Finalmente, llegan a la conclusión de que las enfermedades del tejido conectivo expresan un sentimiento de disconformidad que se encuentra reprimido. Es decir que este tipo de afecciones implican una alteración en la capacidad de conformación y una dificultad para “interesarse”, para “ser entre” las cosas.

En el contexto de estos significados, planteamos que a través de la proliferación de tejido conectivo y la mayor síntesis de colágeno²¹ que ocurre en la fibrosis, se intentaría adquirir una mayor resistencia frente a los cambios que implican tener que modificar la propia forma, es decir, las propias creencias. En el caso de la cicatrización normal, la proliferación de tejido fibroso que procura restablecer la forma de los órganos dañados simbolizaría una resistencia saludable a los cambios. Por el contrario, la fibrosis que ocurre en los procesos patológicos expresaría una resistencia fallida, que desemboca en un progresivo endurecimiento y en rigidez.

Estas ideas se integran con lo que plantean Chiozza y colaboradores (1993k) acerca de los procesos de esclerosis, cuando interpretan la pérdida de flexibilidad y la mayor rigidez de los tejidos esclerosos como expresión del deseo de hacer perdurar de un modo invariante un determinado conjunto coherente de creencias que ha entrado en crisis, porque ha perdido su coherencia con el mundo. Agregan que, cuando la circunstancia se modifica, el enfermo escleroso se resiste a asumir la necesidad de cambiar y prefiere creer que la causa de su malestar está en el

²¹ El colágeno es el componente que predomina en el tejido conectivo denso, brindándole resistencia a la tracción y a los estiramientos excesivos.

mundo. Espera entonces que sea el mundo el que cambie, para reinstalar la circunstancia en la que las dificultades no se presentaban. Mientras espera que esto ocurra, el sujeto sustituye la elasticidad que alterna entre el desistir y el insistir por una actitud de *resistir* a la presión de cambio que impone la circunstancia. Esta actitud configura la disconformidad “esclerosa”, que se caracteriza por una insistencia obstinada para intentar modificar un mundo que no se ajusta a los propios deseos. Así, el sujeto escleroso, *“aferrado pertinazmente a creencias que le resultan inservibles, atrapado en una especie de egocentrismo, no puede ingresar en un cambio que implica dejar de ser quien se es para llegar a ser ‘otro’ que mantiene auténticamente su forma”* (pág. 213).

Tal como planteamos en el trabajo anterior, en la enfermedad de Dupuytren la dificultad para modificar las propias creencias quedaría simbolizada por la progresiva dificultad para abrir la mano, un gesto que relacionábamos con la disposición a entrar en contacto con los demás, a “dar y aceptar”, realizando un intercambio con el entorno. Decíamos que para realizar este intercambio es necesario amoldarse y “con-formarse” con los otros. La mano del paciente con Dupuytren, que se va cerrando progresivamente, simbolizaría, en cambio, el deseo de retraerse del contacto, así como la intención de mantenerse “aferrado” a las propias creencias.

En aquel trabajo²² planteamos que este “aferrarse pertinazmente” a las propias creencias puede tomar la forma de un deseo de “mantener aferrado” a un determinado objeto. No se trata del objeto actual, con el cual justamente se experimenta el conflicto, sino de un objeto “antiguo”²³ que representa para el paciente el objeto que se amoldaba a su manera de ser. Es a *este objeto* al que no se quiere renunciar.

Agregamos que, por este camino, el sujeto intentaría, tal vez, conservar la ilusión de que puede prescindir de los objetos actuales. En este sentido, mencionamos que la expresión “retraerse” significa “retirarse” y “refugiarse”, y que, a su vez, se considera “retraída” a una persona que es reservada y de poca comunicación.

En aquel momento, planteamos estas ideas en relación a lo que ocurre en la enfermedad de Dupuytren. Pensamos que algo similar ocurriría en la enfermedad de La Peyronie, pero que, en la medida en que la alteración afecta al órgano genital, en este caso el conflicto se jugará, de manera predominante, con el objeto que representa la pareja o el partenaire del paciente²⁴.

²² Esta idea fue agregada al trabajo luego de haberlo presentado, a partir de una participación realizada por el Dr. Luis Chiozza.

²³ Como veremos más adelante, puede tratarse de otra persona, o bien de la misma, pero con la cual el sujeto experimenta que el vínculo ha sufrido un cambio.

²⁴ Al hablar de “pareja” o “partenaire” nos referimos de manera general al objeto erótico real o fantaseado.

La “con-formación” de la pareja

El término “pareja” deriva de “par” y significa “igual o semejante”. Chiozza (2005a) se ocupa de destacar que, en el caso de la pareja de hombre y mujer, se trata de un par *complementario*, en el que precisamente las diferencias que existen entre ambos miembros resultan esenciales para su buena constitución.

El autor destaca que, tal como señala la expresión lingüística “formar pareja”, a una pareja hay que “formarla” y que cuando se logra constituirla, cada uno de los individuos que la integran *“transforma en ella su modo de vivir y de sentir la vida”* (Chiozza, L., 2005a, pág. 23). “Formar” deriva de “forma”, que significa “configuración externa de algo” y también “modo, manera”. Chiozza (1995d [1993]) destaca que “forma” es también estructura, en el sentido de una *Gestalt*, *“una totalidad que se pierde al descomponerse en partes y que también lleva implícito al sentido de la relación entre partes”* (pág. 129). Podemos considerar, entonces, que una pareja configura un nuevo organismo, que es más que la suma de sus partes.

Entendemos que cuando este “organismo” se constituye saludablemente, tiene las características de un “acople”²⁵, que, como señala Chiozza, es semejante al *“que se da entre los átomos que forman moléculas estables”*²⁶ (págs. 24-25). Pensamos que a esto mismo alude Ortega y Gasset (1926) cuando, al hablar del amor, sostiene que la delicia de este sentimiento *“consiste en sentirse metafísicamente poroso para otra individualidad, de suerte que sólo en la fusión de ambas, sólo en una «individualidad de dos» halla satisfacción”* (pág. 474).

A partir de los desarrollos de Chiozza, quien a su vez se apoya en diferentes ramas de la biología y de la física, estamos cada vez más habituados a considerar que la idea de “individuo” es, en cierta medida, ilusoria. Para vivir, necesitamos convivir, es decir, vincularnos con nuestros semejantes y con el mundo que nos rodea. Un organismo no puede vivir si no se “separa” del entorno por una membrana o una “piel” que lo rodee y delimite, pero si esa membrana fuera totalmente impermeable, la vida tampoco sería posible. Asumir la necesidad de establecer este intercambio con el entorno no siempre es fácil, dado que implica cuestionar, justamente, nuestro hábito de vernos como “individuos” y asumir que necesitamos de los otros más de lo que a veces nos gustaría creer.

²⁵ Chiozza (2005a) repara en que si bien en español existe el término “copla” para referirse a una pareja, es en otros idiomas en donde este término se utiliza corrientemente, como en italiano “coppia” o en francés “couple”.

²⁶ En química el término “afinidad” alude a la tendencia de los átomos, moléculas o grupos moleculares a combinarse con otros. En su segunda acepción, afinidad significa *“atracción o adecuación de caracteres, opiniones, gustos, etc., que existe entre dos o más personas”* (DRAE, 1992).

Como dijimos en la introducción, nos parece significativo el hecho de que las fibromatosis superficiales aparezcan en la palma de la mano, en la planta del pie y en el pene, tres lugares del cuerpo que configuran “superficies de contacto” con el entorno. De las tres enfermedades, la que resulta más “grave” debido a las dificultades que ocasiona es, sin lugar a dudas, la enfermedad de La Peyronie. Pensamos que esto puede relacionarse con el hecho de que, si bien en los tres casos está en juego la dificultad para aceptar la necesidad de establecer un contacto con los demás o con el mundo circundante y de trascender los límites de nuestro ser “individual”, en el caso de los órganos genitales esto adquiere una fuerza muy particular. Tal como dice Chiozza (2013) *“la idea de considerar que un ser humano es un organismo completo colapsa cuando reparamos en que la elaboradísima disposición y funcionalidad de su sexo existe con el único fin de encontrarse con el complementario”* (pág. 119).

Efectivamente, los órganos genitales son los únicos órganos del cuerpo humano que sólo pueden desarrollarse en la plenitud de su forma en unión con el órgano complementario de otro individuo (Benítez, S. y Dayen, M., 2003). En este sentido, Benítez y Dayen (2003) subrayan que *“tomados por separado, el hombre y la mujer simbolizan lo incompleto: cada uno de ellos es estéril e infructífero, una mitad de un todo preexistente”*²⁷ (pág. 2).

Entendemos que, si bien la incompletitud del ser humano va más allá de la de sus órganos genitales, estos constituyen un símbolo privilegiado de dicha condición. En un trabajo subsiguiente, las mismas autoras plantean que estos órganos *“podrían arrogarse la representación de la reciprocidad y por ende de la desigualdad. Su buen funcionamiento representa la unión que conduce al desarrollo, la complejidad y la aceptación de que se forma parte de un organismo que nos trasciende”* (Benítez, S. y Dayen, M., 2004, pág. 25).

Si estudiamos los orígenes del sexo desde la biología, nos encontramos con significados relacionados. Margulis y Sagan (1997) explican que la actividad sexual se inició hace millones de años, al comienzo de la vida en el planeta, donde nació como transferencia de genes “salvavidas” entre bacterias. Éstas necesitaban incorporar ADN perteneciente a otras bacterias o disuelto en el agua, para poder reparar sus propias cadenas de ADN que se veían constantemente dañadas por la radiación solar; y es así, señalan los autores, como se inició el sexo. De manera que la sexualidad, entendida como intercambio o mezcla de genes, señala, ya desde sus inicios, la necesidad de vincularse con los demás para poder sobrevivir: *“la transferencia sexual de genes significaba que ninguna bacteria era ya una isla sino, más bien, una célula semiindependiente en el seno del equivalente biológico de una democracia, un cerebro o un supercomputador global”* (pág. 63).

²⁷ Platón (s.f.) relata la historia de los seres andróginos que, como castigo por su orgullo y su desafío hacia los dioses, fueron cortados por la mitad y luego, añorantes, buscan encontrarse para completarse en la relación genital.

En esta instancia, señalan los autores, las bacterias no se funden, sino que establecen un breve contacto para enviar genes de una célula a la otra. Un paso posterior, en cambio, fue lo que ellos denominan “hipersexe”, que consiste en la unión de dos bacterias separadas que se funden para siempre. Los autores explican que, de una manera a veces más pacífica y otras veces más violenta (intentando comerse unos a otros), algunas bacterias renunciaron a su autonomía, integrándose en unidades mayores: *“Nada puede ser más íntimo que compartir el espacio encerrado por la membrana celular de otro organismo. Esto es lo que se ha visto que hacen algunas bacterias (...). A lo largo del tiempo evolutivo, dos o más bacterias comparten el mismo espacio vital, el mismo citoplasma, hasta hacerse inseparables. Mientras aprovechan y reciclan los desechos de cada cual, se entregan al sexo transgénico. Bacterias antes independientes se fusionan total y permanentemente para convertirse en organismos nuevos, mucho más complejos”* (pág. 78-79).

Siguiendo estos desarrollos de Margulis y Sagan, Chiozza concluye que el sexo *“antes de funcionar al servicio de la reproducción, consiste en una actividad combinatoria (...) que introduce variedad y conduce hacia una evolución que aumenta la complejidad de los organismos”* (Chiozza, L., 2013, pág. 92). El autor rescata el sentido original de la palabra “promiscuo”, que designa aquello que tiende a la mezcla o al intercambio mutuo, que es, precisamente, la función esencial que define al sexo. Chiozza concluye entonces que, junto a una promiscuidad destructiva, debe existir otra que enriquece la vida, permitiendo que evolucione hacia formas más complejas. Explica que, en este sentido, la biología parece coincidir con el psicoanálisis respecto a la idea de que la actividad sexual trasciende a la actividad genital: *“Puede decirse entonces que, aunque una gran mayoría de nuestros contactos íntimos no son genitales, nuestros intercambios siempre son sexuales, y que la promiscuidad, como inclinación al intercambio y a la mezcla, es la meta de la sexualidad”* (pág. 117).

Pensamos que estos significados relativos a la necesidad de unirse para mezclarse o intercambiar con los demás están presentes en diferentes niveles, a la manera de las “cajas chinas”: los gametos se unen en la fecundación, los órganos genitales necesitan acoplarse para poder funcionar, los amantes buscan unirse para realizarse en la plenitud de su forma y, en última instancia, el ser humano necesita establecer un intercambio con los demás que, aunque no sea siempre genital²⁸, es siempre sexual, en el sentido de que tiende a una mezcla que es imprescindible para la vida²⁹.

²⁸ Utilizamos aquí la palabra “genital” para hacer referencia a la realización del coito, siguiendo el sentido que le da Chiozza en la cita que trajimos en el párrafo anterior. Como veremos enseguida, entendemos que actualmente el autor le asigna a este término un sentido más amplio.

²⁹ Entendemos que esta relación de significados está presente aunque no se consume la unión de los gametos, ya que, como vimos, la idea de la mezcla es inherente a la idea de sexo.

Chiozza describe que el encuentro genital se inicia a través de la vista y el oído, los órganos sensoriales “distales”, y que luego intervienen el tacto, el olfato y el gusto. En la medida en que el acto prosigue, los movimientos se tornan cada vez más inconcientes e involuntarios, hasta que el orgasmo “viene” *“como algo que no ha sido hecho, sino que ha sucedido”* (Chiozza, L., 2005a, pág. 40). Explica que esto se acompaña de una vivencia particular, *“una especie de disolución del yo”* (ibídem), que nos produce una sensación de misterio comparable a la que sentimos frente al nacimiento o a la muerte de un ser humano. El autor enfatiza que es difícil “separar” lo que ocurre entre los dos individuos que se unen en el acto genital, de lo que ocurre entre sus gametos, al punto que, parafraseando a Lewis Thomas³⁰, plantea que *“cuando pensamos en el encuentro genital humano, y especialmente en la vivencia de disolución del yo, debemos admitir que todo ocurre como si nuestros gametos (...) hubieran tomado, desde lo inconciente, la dirección del acto”* (ibídem).

Cuando el orgasmo finaliza, dice el autor, se recorre el camino sensorial inverso, ya que “pasamos” de los sentidos “proximales” –gusto, olfato y tacto- al predominio de la vista y el oído. Poco a poco reaparece la sensación de existencia yoica y, *“en los casos en que la unión es profunda, surge en los copartícipes del acto el sentimiento de que el otro, siendo otro, es casi una parte de su propio yo”* (pág. 41). Posteriormente, el ciclo recomenzará cuando renazca el deseo genital junto con el sentimiento de incompletitud. Si el acto fructifica en la gestación de un nuevo ser humano, agrega Chiozza, *“el hijo llevará dentro de sí la unión irreversible de los dos seres que una vez lo engendraron”*³¹ (pág. 41).

En varias ocasiones recientes, Chiozza ha señalado que el término “genital” remite a “generar” y, por lo tanto, no hace referencia únicamente a las relaciones genitales “propiaamente dichas”, sino que designa toda relación en la que se “genera” algo nuevo. Plantea que, en este sentido, el orgasmo no le pone fin a una relación genital, sino que la inaugura. Explica que, en la medida en que la relación progresa, se produce una compenetración cada vez mayor entre ambos miembros de la pareja, que se van acomodando el uno al otro. Así, se va generando una relación íntima que tiene como consecuencia el desarrollo de afectos, confianza y familiaridad.

Como vimos, en la enfermedad de La Peyronie la incurvación del pene puede dificultar o impedir la penetración. Entendemos que el pene que no puede

³⁰ El médico e investigador Lewis Thomas plantea que, cuando va a pasear por el bosque, no es posible saber si es él quien ha sacado a respirar aire fresco a sus células y a sus mitocondrias o si, por el contrario, son ellas las que, con el mismo fin, lo han sacado a respirar a él (Chiozza, L., 2005a).

³¹ Chiozza explica que cuando el deseo y la satisfacción genital se desarrollan saludablemente, generan fantasías de procreación que contribuyen a la perduración de la pareja.

“acoplarse³²” adecuadamente con la vagina, estaría expresando una dificultad del sujeto para realizar esta “compenetración” y este “acomodamiento” a la mujer, es decir, una dificultad para “formarse-con” ella.

Benítez de Bianconi (2015) estudia el tema de “lo masculino” y plantea que aquello que caracteriza a esta función es la capacidad de penetrar, pero agrega que se trata de una penetración “con inclusión”: *“No es una penetración cuyo objetivo sea separar, ni atravesar sino incluirse. ‘Inclusión’ define tanto a la acción que busca ‘poner algo dentro de otra cosa o dentro de sus límites’ como a la que busca ‘contener a otra o llevarla implícita’ (R.A.E). Masculino y femenino plantean la inclusión, una penetrando y otra mediante la receptividad”* (pág.11). De esta manera, lo femenino y lo masculino se co-pertenecen y se explican uno a partir del otro. Ambos se caracterizan por la inclusión, pero mientras lo femenino es receptivo, lo masculino es penetrativo. Benítez de Bianconi explica que estas funciones se ven también a nivel celular, en donde *“el óvulo recibe e incluye al espermatozoide y el espermatozoide penetra y se incluye en el óvulo. Luego deviene la fusión que supone un nuevo ser”* (pág. 10). Explica que la inclusión se encuentra en los orígenes de toda forma de mezcla de material genético: *“La inclusión es la manifestación, de modo masculino o femenino, del deseo-necesidad de estar en el otro (o con el otro) para fundirse y formar un solo organismo”* (pág. 17).

Benítez de Bianconi estudia la etimología de “penetrar”, que remite a “penus”, término que, en su origen, significa “despensa, provisión de víveres que permite sobrevivir” (Etimologías de Chile). La autora vincula esta etimología con los primitivos intercambios sexuales que, como vimos, tenían un aspecto “canibático”, ya que el hambre promovía muchas veces que una célula engullera a otra, incorporando su material genético o fusionándose con ella. Entendemos que, en última instancia, estos significados remiten a la idea de que la interacción, la “unión” y la “mezcla” con los demás constituyen una necesidad vital, sin la cual la sobrevivencia resultaría imposible. La autora agrega que el término “penetrar” tiene sinónimos como “comprender, empaparse, entender, enterarse”. Explica que estos términos se asocian con la idea de lo inclusivo y también se vinculan con una actitud de interés por el otro.

Teniendo en cuenta las ideas que fuimos desarrollando en este apartado, entendemos que la dificultad para consumar el acto sexual puede vincularse, en términos generales, a un conflicto con la disposición a unirse y “mezclarse” con el partenaire, que en el hombre toma la forma de una dificultad para penetrar e “incluirse” en la mujer. Pensamos que en el caso de la enfermedad de La Peyronie esta dificultad adquirirá rasgos particulares, vinculados a las características específicas de este trastorno, que se centran en la alteración de la forma del pene

³² La palabra “acoplar” deriva de “ad-”, que significa “aproximación” y el verbo “copulare”, que significa “atar, unir”. A su vez, “copulare” proviene de “copula”, que significa “unión, atadura conjunta” (Etimologías de Chile).

que le impide penetrar en la vagina y amoldarse a ella. El órgano genital masculino se comporta así como una llave que, al estar deformada, no puede entrar adecuadamente en su cerradura.

En la introducción retomamos la idea de que las tres fibromatosis superficiales se vincularían con una dificultad para amoldarse y establecer un buen contacto con los objetos, un contacto que implica “salir de uno” y “con-formarse” con los otros para poder “unirse” a ellos. Si tenemos ahora en cuenta las ideas que fuimos desarrollando en torno al significado de la genitalidad, pensamos que esta dificultad se vuelve más “urgente” cuando se experimenta en relación con el partenaire, que representa el objeto no consanguíneo con el que desarrollamos la mayor intimidad. En la medida en que convivimos con él de una manera tan estrecha, se vuelve más perentoria la necesidad no sólo de “tolerar” al otro, sino también de lograr amalgamar ambos estilos, lo cual incluye el poder tomar aspectos del otro y hacerlos propios, modificando la propia manera de ser. Tal como dice Chiozza al hablar de las relaciones íntimas: *“conformarnos no es, como a veces se piensa, una pura renuncia pusilánime que cercena nuestras ambiciones, dado que el único modo en que podemos formarnos es ‘formarnos con’ la realidad de un convivir que, cuando nos acota, no sólo nos mutila, y sobre el cual también podemos influir”* (Chiozza, L., 2005a, pág. 233). Teniendo en cuenta estas ideas, pensamos que es comprensible que las repercusiones que tiene la fibromatosis que se desarrolla en el pene sean mayores que las de aquellas que se desarrollan en la mano o en el pie.

Como vimos, se considera que en los pacientes que desarrollan la enfermedad de La Peyronie habría una pérdida de elasticidad *previa* en los tejidos afectados, que contribuiría a que éstos se lesionen. Además, habría luego una reparación tisular alterada de estas lesiones, dando lugar a la formación de las placas fibrosas. Como dijimos, el sector de la túnica albugínea afectado que se fibrosa pierde su ductilidad³³ normal y presenta una resistencia para estirarse y amoldarse a la forma que adquieren las estructuras subyacentes durante la erección.

Pensamos que tanto los tejidos que han perdido su elasticidad normal -por lo que toleran menos las fuerzas y tensiones que son habituales durante el coito-, así como la generación de fibrosis en respuesta a las lesiones -que da por resultado una túnica albugínea más rígida, que no se adapta a los cambios de forma del tejido eréctil subyacente-, estarían expresando un mismo significado. Creemos que estas alteraciones nos hablan de una dificultad para amoldarse y “con-formarse” con el entorno. A partir de estos significados, podemos pensar que el paciente con La Peyronie es alguien que tiene dificultades para modificar las propias creencias en función de las de las personas que configuran su mundo significativo, y que esta dificultad se despliega de manera predominante en la relación con su partenaire.

³³ El término “dúctil” remite a la “habilidad para cambiar de forma sin romperse” (DRAE, 1992).

Podemos imaginar que, a partir de esta modalidad “rígida” o “esclerosa”, el sujeto siente que su pareja le “exige” que se adapte a situaciones o modalidades que él siente como traumáticas, cuando, posiblemente, forman parte de la adaptación inevitable que implica la convivencia. Esto quedaría representado por las microlesiones que ocurren en la túnica albugínea durante el coito, que en sujetos normales, si es que se producen, no generan mayores trastornos, mientras que en el paciente con La Peyronie desencadenan el proceso de fibrosis.

Pensamos que esta vivencia de sentirse injuriado y lastimado por un partenaire que demanda una adaptación “excesiva” quedaría simbolizada por la primer fase, aguda e inflamatoria -a veces dolorosa-, de la enfermedad.

La segunda fase, en cambio, representaría una reacción defensiva frente a estas vivencias, en donde el sujeto intenta “redoblar” el esfuerzo para mantener invariante su forma de ser. En este sentido, la proliferación de tejido fibroso y el endurecimiento progresivo de la placa expresarían la renuencia a modificar la propia forma para amoldarse al otro³⁴.

Pensamos que cuando el conflicto aumenta y no se elabora, la enfermedad puede progresar hasta el punto de dificultar o impedir la penetración y la consiguiente unión con la mujer a través del acto sexual. La erección *está* presente, lo cual expresa las ganas de “ir hacia” el objeto, pero la curvatura estaría expresando el deseo opuesto, de “desviarse” o “retraerse” de dicho encuentro³⁵. Creemos que el paciente con La Peyronie se siente frente a un objeto que le exige modificar su propia forma –es decir, sus creencias- de un modo que le resulta insoportable o inadmisibles, y pensamos que a través de su enfermedad expresaría algo así como: *“yo tengo ganas de entrar en contacto y unirme con vos, pero siempre y cuando vos te amoldes y te acomodes a mi forma de ser”*. Pensamos que el paciente siente renuencia a unirse a este objeto “actual”, al que siente poco “maleable” o “dúctil”. Con la terquedad propia del carácter escleroso, se resiste a amoldarse a este objeto e insiste, en cambio, en recuperar al objeto “antiguo” que, tal como él lo siente, se “con-formaba” más con él sin pedirle tantos cambios.

³⁴ Como dijimos, la placa puede calcificarse e incluso osificarse. Nos resulta interesante relacionar la osificación de la placa con los significados atribuidos por Chiozza y colaboradores (1991e [1990]) a la hiperostosis, que es el aumento de la densidad ósea debido a un incremento anormal de la actividad osteoblástica. Los autores plantean que este fenómeno expresaría la vivencia de consolidación de un sistema normativo que ha sido reprimida. Explican que esta vivencia constituye una de las posibles reacciones *“frente a la necesidad de remodelar un sistema normativo que, por anacrónico, es débil”* (pág.30). En esta variante paranoica, agregan, *“el perseguidor queda representado por un influjo remodelador que se debe resistir”* (ibídem). Podemos pensar que la osificación de la placa fibrosa en la enfermedad de La Peyronie simbolizaría “un paso más” dentro de la misma línea de significados expresados en la fibrosis: el sujeto siente que no basta con el tejido fibroso para resistirse al influjo remodelador y desarrolla entonces un tejido aún más duro y resistente, como es el caso del tejido óseo.

³⁵ Pensamos que en los casos en que se presenta, además, disfunción eréctil, esta última está expresando que ya ni siquiera está presente el deseo de acercarse al objeto.

Aclaremos que este objeto “antiguo” no necesariamente es otra persona, sino que también puede ser una misma persona, con la que el paciente experimenta que el vínculo se ha modificado.

Pensamos que en este caso, al igual que en la enfermedad de Dupuytren, el sujeto siente que prefiere evitar el contacto antes que tener que amoldarse y “conformarse” con el otro. Esta renuencia al contacto quedaría simbolizada por el pene que, durante la erección, se curva, “desviándose” de su camino hacia la vagina y “re-trayéndose³⁶” del contacto con la mujer.

Reflexiones finales

Hasta aquí planteamos las ideas que pudimos desarrollar en torno al significado inconciente de la enfermedad de La Peyronie. A continuación, traeremos algunas reflexiones en relación a la forma en que pueden desplegarse estos contenidos en el vínculo de pareja. Si bien es un aspecto del tema que no logramos comprender de forma acabada, queremos traer algunas ideas que fuimos pensando al respecto, para poder compartirlas e intercambiar con ustedes en esta oportunidad.

Sabemos que una misma fantasía inconciente puede expresarse a través de una alteración orgánica o de una particular configuración del carácter (Chiozza y Dayen, 1995j). Chiozza y Dayen (1995j) señalan que podemos observar el desarrollo de vínculos estrechos entre pacientes que sufren de una determinada enfermedad somática y personas que presentan rasgos de carácter que son afines a la particular enfermedad del paciente. Siguiendo estas ideas y tomando el caso de la hipertensión arterial, Dayen y Dayen (2006) plantean que *“el modo de ser del paciente hipertenso y el de su partenaire son expresiones de una temática inconciente particular, temática que además se manifiesta en esa afición que siente el uno por el otro”* (pág. 94). Podemos aplicar este mismo planteo a la enfermedad que hoy nos ocupa. En la medida en que este trastorno afecta al órgano genital masculino, que, como vimos, necesita unirse al órgano femenino complementario para desplegar plenamente su función, nos parece particularmente importante intentar comprender cómo participa la mujer en la dramática que se expresa en esta afección³⁷.

³⁶ El término “retraer” proviene del latín *retrahere* y significa “volver a traer” (Etimologías de Chile). La persona retraída sería entonces alguien que, en lugar de “ir hacia” los demás, se “repliega” sobre sí mismo.

³⁷ Sabemos que la enfermedad de La Peyronie puede presentarse en personas que no tienen pareja. Pensamos que, en estos casos, se desplegarían los mismos significados, pero en relación al objeto erótico “interno” del paciente.

Tal como plantea Chiozza (2010), la enfermedad y el carácter de una persona se conforman mutuamente y pueden relacionarse de tres maneras diferentes: el sujeto puede desarrollar su carácter a partir de una identificación directa con la enfermedad o puede, en cambio, hacerlo a partir de una formación reactiva que lo convierte en “contrafigura” de la enfermedad. En el mejor de los casos, y como tercera alternativa, puede desarrollar en el carácter una sublimación del significado que la enfermedad expresa.

Podemos imaginar que, cuando el carácter se constituye como identificación directa con los significados expresados en la enfermedad de La Peyronie, nos encontraremos con un hombre que se mantiene rígido en su forma de ser, que no se muestra dispuesto a amoldarse al estilo y a las modalidades de los demás. Si forma una pareja, es posible que su partenaire sienta que tiene que estar haciendo esfuerzos desmedidos por acomodarse ella a la manera de ser de él³⁸. A la larga, esta forma de vincularse probablemente lleve a la mujer a sentirse incómoda e insatisfecha, ya que siente que sus propias necesidades no son tenidas en cuenta. Y, sobre todo, siente que el hombre no se “une” realmente a ella, que no adopta aspectos de su propio estilo, sino que se mantiene siempre resistiéndose a ello. Cuando las cosas se dan de esta manera, es posible que la mujer sienta que está con un hombre “difícil”, al que nada le viene bien, quien por más que ella haga esfuerzos por adaptarse a él, siempre permanece disconforme y distanciado. Creemos que, a cambio de este malestar, la mujer obtendría el “beneficio” de proyectar la rigidez y la dificultad en el hombre, sintiéndose ella libre de conflictos. Además, en tanto ella comparte en alguna medida el mismo drama, nos parece que su “amoldarse” no debe ser del todo genuino y que es posible que, “en el fondo”, ella sienta que esto es algo forzado, que no la conforma y que preferiría que fuera él quien se amolde al modo de ser de ella.

Pensamos que otra posible variante de esta temática se da cuando el conflicto queda expresado mayormente a través del trastorno orgánico, apareciendo en el carácter la formación reactiva a dicho conflicto. La rigidez y la terquedad esclerosas quedan entonces “puestas” en la enfermedad, mientras que en lo que respecta al carácter, nos encontraríamos con un hombre que *aparentemente* se adapta al otro y es dócil, pero que en el fondo no se “forma” realmente “con” el otro, sino que simplemente “tolera” o “soporta” su estilo. Poniendo un ejemplo muy esquemático, imaginemos una pareja en la que el hombre acompaña a la mujer al cine a mirar las películas que a ella le gustan, pero sintiendo siempre, en el fondo, que a él no le gustan y que está “tolerando” esto por cortesía hacia ella, permaneciendo íntimamente disconforme con la situación. Pensamos que en este caso el hombre no se adapta verdaderamente a la mujer, ya que no se dispone a modificar su “forma” en función de la de ella. Distinto sería, en cambio, si él

³⁸ Esta forma de vínculo sería homologable a lo que ocurre a nivel orgánico, en donde el pene curvo del paciente con La Peyronie es un pene al que ninguna vagina puede “amoldarse” bien (esta última reflexión fue aportada por el Dr. Gustavo Chiozza durante la discusión de un trabajo anterior [Adamo, M. y García Belmonte, S., 2016b]).

comenzara a sentir, poco a poco, que empieza a encontrar valiosos algunos aspectos de las películas que a ella le agradan y que su propio “gusto” respecto del cine empieza a cambiar. Otra posibilidad sería, tal vez, que, sin llegar a modificar su propio gusto, lograra aceptar el estilo de su mujer de una manera más genuina y pudiera entonces acompañarla sin sentirse, en el fondo, disconforme.

Creemos que en este ejemplo la mujer sentiría un malestar aparentemente injustificado. ¿Si él la acompaña a todas partes y está siempre de acuerdo con ella, por qué ella se siente tan mal? Sabemos que el malestar proviene, como dijimos, de la sensación –que no es conciente- de que él se adapta sólo aparentemente a ella. En lo manifiesto la situación se da al revés que en el caso de la identificación directa: ahora es la mujer quien se siente insatisfecha, a quien “nada le alcanza” y que siempre está pidiéndole al hombre algo más. El hombre, en cambio, quedaría ubicado en el “rol” de quien está permanentemente tratando de darle el gusto a ella, de acomodarse a sus deseos.

En ambos casos, los dos miembros de la pareja estarían compartiendo una misma dificultad, la dificultad para “ser con” o “formarse con” el otro. Y, en ambos casos, la esperanza estaría puesta en que sea el otro el que cambie y se acomode más o mejor a la propia forma de ser.

Podemos pensar que esta situación se vuelve más dramática con el correr de los años³⁹, ya que, como sabemos, en la medida en que un organismo envejece, es normal que pierda flexibilidad. Imaginamos que, si en la juventud puede resultar difícil adaptarse a otra forma de ser, cuando los años pasan y el carácter, al igual que los tejidos, se vuelve más rígido, esto se torna aún más difícil, el conflicto se vuelve más urgente y puede hacer falta reprimirlo y expresarlo a través de un trastorno orgánico.

³⁹ Recordemos que la enfermedad de La Peyronie suele aparecer en el entorno de los 50 años, la “edad media” de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

CHIOZZA, L. (1995d [1993])

“El significado y la forma en la naturaleza y en la cultura”, *Obras Completas*, t. VI, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, L. (2005a)

Las cosas de la vida. Composiciones sobre lo que nos importa, *Obras Completas*, t. XV, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

CHIOZZA, L. (2010)

Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2013.

CHIOZZA, L. (2013)

Intimidad, sexo y dinero, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2013.

CHIOZZA, L. y colab. (1991e [1990])

“Fantasía específica de la estructura y el funcionamiento óseos”, en *Obras Completas*, Tomo VI, Editorial Libros del Zorzal, 2008.

CHIOZZA, L.; DAYEN, E.; FUNOSAS, M. (1993k)

“Los significados inconcientes específicos de la esclerosis”, en *Obras Completas*, Tomo XI, Editorial Libros del Zorzal, 2008.

CHIOZZA, L. y DAYEN, E. (1995J)

“El carácter y la enfermedad somática. Acerca de una relación específica entre ciertos rasgos de carácter y determinadas enfermedades somáticas”, en *Obras Completas*, Tomo VI, Editorial Libros del Zorzal, 2008.

DRAE (1992)

Real Academia Española, diccionario de la lengua española, Editorial Espasa-Calpe, Madrid, 1992.

FAWCETT, D.W. (1987)

Tratado de Histología, Ed. MCGRAW-HILL – INTERAMERICANA, España, 1995.

MARGULIS, L. y SAGAN, D. (1997)

¿Qué es el sexo?, Editorial Tusquets, 1998.

MORALES, A.M., CHANTADA ABAL, V., FITER GÓMEZ, L., RODRÍGUEZ VELA, L., NAVARRO, N.C., MONCADA IRIBARREN, I. (2001)

Enfermedad de La Peyronie y otras alteraciones morfométricas del pene, Asociación española de urología, LXVI Congreso Nacional de Urología, ENE ediciones, Madrid, 2001.

ORTEGA Y GASSET, J. (1926)

“Estudios sobre el amor”, *Obras Completas*, Tomo V, Santillana Ediciones Generales, Madrid, 2006.

PILAT, A. (2003)

Terapias miofasciales: inducción miofascial, Ed. McGRAW-HILL–INTERAMERICANA, España, 2003.

PLATÓN (s.f)

El banquete, Ediciones Clásicas, Buenos Aires, 1996.

ROUVIERE, H., y DELMAS, A. (1987)

Anatomía humana, 9ª edición, t. II, Editorial Masson, España, 1994.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMO, M. y GARCÍA BELMONTE, S. (2015a)

“Acerca de la Enfermedad de Dupuytren”. Simposio 2015. Fundación Luis Chiozza, 2015.

ADAMO, M. y GARCÍA BELMONTE, S. (2015b)

“Algunas ideas acerca de la Enfermedad de Dupuytren”, presentado en la Fundación Luis Chiozza el 18 de septiembre de 2015.

ADAMO, M. y GARCÍA BELMONTE, S. (2016a)

“Volviendo a pensar sobre la enfermedad de Dupuytren”. Simposio 2016. Fundación Luis Chiozza, 2016.

ADAMO, M. y GARCÍA BELMONTE, S. (2016b)

“Volviendo a pensar sobre la enfermedad de Dupuytren”, presentado en la Fundación Luis Chiozza el 10 de junio de 2016.

AL-THAKAFI, S. y AL-HATHAL, N. (2016)

“Peyronie’s disease: a literature review on epidemiology, genetics, pathophysiology, diagnosis and work-up”, junio 2016, recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4893516>.

BENÍTEZ, S. y DAYEN, M. (2003)

“Sobre lo fálico, lo vaginal y algunas características de lo femenino y lo masculino”, presentado en la Fundación Chiozza, el 26 de septiembre de 2003.

BENÍTEZ, S. y DAYEN, M. (2004)

“La genitalidad primaria y secundaria en el hombre y en la mujer”, presentado en la Fundación Chiozza el 16 de julio de 2004.

BENÍTEZ DE BIANCONI, S. (2015)

“En torno a lo masculino”, presentado en la Fundación Luis Chiozza el 28 de agosto de 2015.

BILGUTAY, A.N. y PASTUSZAK, A.W. (2015)

“Peyronie’s disease: a review of etiology, diagnosis, and management”, junio 2015, recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26279643>.

DAYEN, M. F. de y DAYEN, E. (2006)

“El vínculo del enfermo de hipertensión arterial y su partenaire”, Simposio 2006, Fundación Luis Chiozza, 2006.

ETIMOLOGÍAS DE CHILE, recuperado de www.etimologias.dechile.net

SHAFIK, A., SHAFIK, I., EL SIBAI O. y SHAFIK, A.A. (2007)

“On the pathogenesis of penile venous leakage: role of the tunica albugínea”, septiembre 2007, recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17803807>.

SILVA, J.M. , RODRÍGUEZ, S., SÁENZ, M.P. (2010)

“Actualización sobre la enfermedad de Peyronie”, Universidad Médica Bogotá, Colombia, 51 (3): 320-327, julio-septiembre, 2010, recuperado de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v51n3/6-ACTUALIZACION.pdf>.

STANFORD VÍQUEZ, L. y ESQUIVEL VINDAS, L.F. (2014)

“Enfermedad de Peyronie”, en Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, edición n° LXXI, 2014.