

HACIA LA COMPRENSIÓN DEL SIGNIFICADO INCONCIENTE DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE¹

La enfermedad de La Peyronie² forma parte de un grupo de afecciones denominadas “fibromatosis superficiales”, que se caracterizan por la proliferación nodular de tejido fibroso, de comportamiento benigno, que se desarrolla en tres diferentes tejidos fasciales³ del organismo: la aponeurosis palmar en el caso de la enfermedad de Dupuytren, la aponeurosis plantar en la enfermedad de Ledderhose y la túnica albugínea del pene en la enfermedad que hoy nos ocupa⁴.

Pensamos que la mano -que se extiende hacia los objetos-, el pie -que, al propulsarse contra el suelo, nos permite acercarnos a los demás- y el pene -que toma la forma erecta para poder introducirse en la vagina- funcionan como “puentes” que nos permiten “ir hacia” los objetos y entrar en contacto con nuestro entorno. Para ello, la palma de la mano, la planta del pie y la superficie del pene necesitan adaptarse y amoldarse a los diferentes objetos -aquello que vamos a agarrar o tocar en el caso de la mano, el suelo en el caso del pie y la vagina en el caso del pene-. Este amoldamiento se ve dificultado o impedido por la proliferación fibrosa que determina, en cada caso, el engrosamiento de la superficie de contacto y la posterior retracción de los tejidos afectados.

El rasgo característico de la enfermedad de La Peyronie es la incurvación del pene durante la erección, ocasionada por las placas fibrosas que disminuyen la distensibilidad de la túnica albugínea comprometida.

Suelen distinguirse dos etapas en la evolución de esta afección: 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.

Este trastorno suele aparecer entre los 40 y los 60 años de edad, y se considera que el tratamiento más efectivo es el quirúrgico, que está indicado cuando la curvatura impide o dificulta la realización del coito.

¹ En esta ocasión intentaremos sintetizar y circunscribir las ideas centrales del trabajo “Una aproximación al significado inconsciente de la enfermedad de La Peyronie”, que presentamos en el transcurso de este año (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2016c).

² Los textos de los que extrajimos los datos médicos se encuentran consignados en la bibliografía.

³ En trabajos anteriores nos ocupamos de estudiar el sistema fascial, el tejido conectivo, los procesos de fibrosis y esclerosis, y la anatomía del pene (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2015b, 2016b, 2016c).

⁴ En algunas ocasiones coexisten dos o tres de estas enfermedades, expresándose así una “tendencia” a la fibrosis.

La túnica albugínea es una estructura fascial que recubre los cuerpos esponjosos y cavernosos, constituyendo una suerte de “esqueleto fibroso” que contiene y sostiene al tejido eréctil subyacente, contribuyendo a “darle forma” al pene. Está constituida por fibras de colágeno y de elastina, una combinación que le permite “acompañar” los cambios de forma del genital masculino. Así, cuando ocurre la motivación sexual, la túnica se distiende, permitiendo que el tejido eréctil se llene de sangre, y se mantiene firme mientras el pene está erecto. Luego retorna a su forma anterior, permitiendo que el pene sea dúctil y maleable en estado de flaccidez. Además, la túnica albugínea comprime la circulación venosa que drena los sinusoides cavernosos, contribuyendo así a mantener la erección.

En la enfermedad de La Peyronie existe un depósito excesivo de fibras de colágeno que se encuentran desordenadas, formando nódulos, y una escasez de fibras elásticas⁵. El proceso de fibrosis se entrama con la ulterior esclerosis de los tejidos comprometidos, que se retraen y se endurecen progresivamente.

Sabemos que Chiozza y colaboradores⁶ (1993k) relacionan los procesos de esclerosis con un tipo particular de disconformidad -que denominan “esclerosa”-, caracterizada por una actitud de resistencia a los cambios y por el deseo de hacer perdurar de un modo invariante un determinado conjunto coherente de creencias que ha entrado en crisis. En lugar de asumir la necesidad de cambiar, el enfermo escleroso “prefiere” creer que la causa de su malestar está en el mundo. Mientras espera que sea el mundo el que cambie, 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, aferrándose *“pertinazmente a creencias que le resultan inservibles”* (pág. 213).

En función de lo que venimos desarrollando en trabajos anteriores (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2016b y 2016c), pensamos que las tres

⁵ Los textos médicos que consultamos apoyan la hipótesis de que este depósito excesivo de colágeno sería el resultado de una respuesta “exagerada” frente a microlesiones que ocurrirían en la túnica albugínea durante el coito. Plantean que estas lesiones son más proclives a producirse en tejidos que han perdido elasticidad, como ocurre, por ejemplo, en sujetos de más edad. Cuando la elasticidad está conservada, en cambio, la túnica albugínea se estira, “aceptando” la presión que recibe, lo que evitaría la aparición de lesiones. Es decir que, según estos supuestos, la fuerza que resulta “traumática” adquiriría esta connotación debido a que el tejido “no cede” ante la presión e intenta, en cambio, mantenerse rígido, sin adaptar su forma. Estas ideas nos resultan interesantes y pensamos que van en la misma dirección de lo que aquí planteamos. Sin embargo, dado que el origen de la fibrosis a partir de microlesiones no deja de ser una hipótesis, preferimos no tomarlo como sustento para nuestras ideas y por eso no lo incluimos en el cuerpo del trabajo.

⁶ Los autores 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). Plantean que nos conformamos a través de un *“elástico vaivén entre ceder y mantenernos firmes frente a la presión de cambio”* (pág. 208). Relacionan estas ideas con el concepto de “interés”, que remite a la capacidad de “ser entre” las cosas, y plantean que sólo podemos conformarnos saludablemente cuando estamos interesados en los otros. Concluyen que las enfermedades del tejido conectivo implican una alteración en la capacidad de conformación y expresan un sentimiento de disconformidad que se encuentra reprimido.

fibromatosis superficiales compartirían un núcleo común de significados, que gira en torno al conflicto que se experimenta en el vínculo con un objeto con el cual, por un lado, se desea establecer una unión, pero, al mismo tiempo, se siente una profunda renuencia a amoldarse a él.

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. 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 aceptar que necesitamos de los otros más de lo que a veces nos gustaría creer.

Como dijimos, la mano, el pie y el pene constituyen “puentes” a través de los cuales el sujeto puede “acoplarse” y “ligarse” transitoriamente a un objeto, para así realizar un intercambio con él. Pensamos que estas tres partes del cuerpo pueden representar, entonces, la necesidad de “salir de uno” para poder unirse a otro individuo o al entorno, asumiendo que uno forma parte de un “organismo” más amplio.

Ahora bien, para poder consumir esta unión hace falta amoldarse o “conformarse” con el objeto, lo cual queda simbolizado por el modo en que las superficies de contacto se adaptan y se acomodan a aquello con lo que contactan. Pensamos que a través de la proliferación fibrosa que ocurre en las fibromatosis superficiales se expresaría una resistencia a realizar este amoldamiento y consideramos que esta dificultad para amoldarse es lo que lleva al sujeto a retraerse⁷ del contacto. Creemos que, mientras tanto -y como algo secundario- el sujeto se mantiene “aferrado” a un objeto de su fantasía -que representa el objeto que se amoldaría a su manera de ser- e intenta conservar la ilusión de que puede prescindir de los objetos “reales”.

Pensamos que en el caso de la enfermedad de La Peyronie este conflicto se desplegará, de manera predominante, en el vínculo con el objeto que representa la pareja o el partenaire del paciente⁸.

Chiozza (2005a) destaca que la pareja de hombre y mujer constituye un par complementario, en el que las diferencias existentes entre ambos miembros resultan esenciales para su buena constitución. A su vez, señala que, al “formar” una pareja, cada uno de los individuos que la integran transforma “*su modo de vivir y de sentir la vida*” (pág. 23), configurándose así un “nuevo organismo” que es más que la suma de sus partes.

⁷ La expresión “retraerse” significa “retirarse” y “refugiarse”; a su vez, se considera “retraída” a una persona que es reservada y de poca comunicación. 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.

⁸ Al hablar de “pareja” o “partenaire” nos referimos de manera general al objeto erótico -real o fantaseado-.

En la medida en que convivimos de una manera tan estrecha con nuestro partenaire, se vuelve 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.

Sabemos que los órganos genitales simbolizan de manera privilegiada la condición de incompletitud del ser humano, ya que sólo pueden desarrollarse en la plenitud de su forma en unión con el órgano complementario de otro individuo.

Apoyándose en Margulis y Sagan, Chiozza (2013) destaca que el sexo, entendido como intercambio genético, *“consiste en una actividad combinatoria (...) que introduce variedad y conduce hacia una evolución que aumenta la complejidad de los organismos”* (pág. 92). La mezcla o el intercambio en la unión pueden verse en diferentes niveles: los gametos se fusionan en la fecundación, los órganos genitales necesitan acoplarse para poder funcionar, los amantes buscan desarrollar un vínculo de convivencia para realizarse en la plenitud de su forma y, en última instancia, el ser humano necesita establecer un intercambio con los demás que es sexual, en el sentido de que tiende a una mezcla que enriquece la vida.

Como vimos, en la enfermedad de La Peyronie la incurvación del pene puede dificultar o impedir la penetración. Entendemos que el pene curvo estaría expresando el rechazo a la unión con la mujer, un rechazo que, como dijimos, surge a raíz de la dificultad que experimenta el sujeto para amoldarse y “formarse-con” ella.

Creemos que esta dificultad para amoldarse está simbolizada por la proliferación de tejido conectivo fibroso, que deforma y engrosa la superficie destinada a entrar en contacto con la vagina. Además, esta proliferación fibrosa y la ulterior esclerosis disminuyen la distensibilidad de la túnica albugínea afectada, lo que impide que ésta acompañe los cambios de forma del tejido eréctil subyacente. Pensamos que esto también simboliza la resistencia del sujeto a realizar los cambios en la propia forma que son necesarios para lograr una adecuada unión con la mujer.

El hecho de que esta afección altere la estructura del pene de manera permanente, nos lleva a pensar que el sujeto que sufre esta enfermedad experimenta a “la mujer⁹” -como representante del género femenino- como alguien que atrae, que despierta el deseo erótico, pero que, al mismo tiempo, presenta aspectos que resultan insoportables y a los que el sujeto no desea amoldarse. Pensamos que estos dos términos del conflicto se manifiestan en las dificultades en el coito, donde la erección, que *está* presente, expresa el deseo de “ir hacia” la mujer, mientras que la curvatura expresa el rechazo a dicho encuentro.

⁹ Esta idea fue aportada por el Dr. Luis Chiozza durante su participación en la presentación del trabajo anterior (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2016c), así como durante una supervisión.

Bibliografía

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. (2013)

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

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

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

FAWCETT, D.W. (1987)

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

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.

PILAT, A. (2003)

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

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

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

Referencias bibliográficas

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. (2016b)

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

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

“Una aproximación al significado inconciente de la enfermedad de La Peyronie”, presentado en la Fundación Luis Chiozza el 11 de Noviembre 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>.

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>.

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.