



Actas Urológicas Españolas

www.elsevier.es/actasuro



CARTAS AL DIRECTOR

Cabestrillos: ¿por qué tantos?

Slings: why so many?

Sr. Director:

En la década pasada los cabestrillos conquistaron la posición de técnica de elección para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Es curioso que un concepto de inicios del siglo pasado se haya difundido en el medio urológico, podemos decir recientemente. Varios factores determinaron la popularización de los cabestrillos, sobre todo el hecho de que las suspensiones con agujas no resistieran la prueba del tiempo¹, y también la variedad de cambios en los paradigmas y la propia evolución de los biomateriales.

El refinamiento de las técnicas quirúrgicas propicio que los procedimientos mínimamente invasivos obtuvieron los mismos resultados que los cabestrillos autólogos, con disminución de la morbilidad, del tiempo operatorio y la mejoría en la recuperación postoperatoria. Así, los cabestrillos, inicialmente indicados apenas para los casos más complejos de incontinencia urinaria, principalmente IUE tipo III, pasaron a ser la técnica de elección para todos los casos con disminución de la morbilidad debido a los buenos resultados a largo plazo. La presencia de cistocele, que puede ser reparado de manera concomitante, no contraindica el empleo de cabestrillos.

McGuire introduce el concepto de apoyo posterior de la uretra sin tensión. Esto significó el fin de la idea que advocaba la corrección de la IUE por la colocación del cuello vesical en una posición retropúbica alta, concepto responsable de gran número de disfunciones miccionales y enteroceles altos. Luego la teoría integral, que entre sus postulados abogaba por la creación de neo-ligamentos con mallas sintéticas y hablaba del valor de los ligamentos pubo uretrales. Tal teoría difundió aún más el concepto de la corrección sin tensión, lo que llevo a la simplificación de la técnica, a eliminar la utilización de fascia autóloga y también de las suturas para mantener el cabestrillo en posición, creando también el concepto de cabestrillo autofijable. Más allá de ello, la colocación de la tela a nivel de la uretra media contribuyó significativamente a la disminución de la retención urinaria en el postoperatorio.

Delorme desarrolló el cabestrillo transobturatriz utilizando un abordaje mínimamente invasivo y se enfatizaron

los principios de la biocirugía, como el refuerzo de los ligamentos uretro-pélvicos con tela de polipropileno no filar y sin suturas. El cabestrillo transobturatriz es de fácil ejecución e implica bajísima morbilidad. En cuanto a los cabestrillos reajustables, la presencia de astas multicónicas de silicona permitieron por primera vez el ajuste en ambas direcciones. Éstas inducen la formación de una cápsula fibrosa, que funciona como un túnel, en el interior del cual puede ser reajustada. Para eso basta identificar una de las extremidades de cada asta y traccionarla en el sentido deseado.

¿Por qué tantos cabestrillos? La explosión de los *slings* es un fenómeno multifactorial. Según Stanton² el cabestrillo ideal debe ser resistente, estar disponible, ser reajutable y que pueda reemplazarse. Desde el punto de vista científico, un metanálisis realizado con los auspicios de la *American Urological Association* evidenció los malos resultados a largo plazo producidos por las correcciones por vía vaginal y por las suspensiones con agujas³. Los resultados obtenidos con las colposuspensiones retropúbicas y los cabestrillos son comparables a largo plazo. Desde el punto de vista clínico, los cabestrillos mínimamente invasivos representan un gran avance de las técnicas quirúrgicas, reduciendo al mismo tiempo morbilidad, tiempo quirúrgico, convalecencia y curva de aprendizaje. Innegablemente también influye el papel de la biotecnología en la creación de nuevos materiales y de nuevos instrumentos. De esta manera se explica la cantidad de cabestrillos existentes; pero... ¿por qué tantos? La respuesta es porque hasta el momento no hay evidencia de cuál es el mejor.

Bibliografía

1. Palma PCR, Riccetto CLZ, Dias Filho AC, Dambros M, Thiel M, Netto Jr NR. Is anterior vaginal wall sling a good alternative for intrinsic sphincter insufficiency? *Int Braz J Urol.* 2002;28:349–55.
2. Stanton SL, Brindley GS, Holmes DM. Silastic Sling for urethral sphincter incompetence in women. *BJOG.* 1985;92:747–50.
3. Leach GE, Dmochowski RR, Appel RA, Blaivas JG, Hadley HR, Lubner KM, et al. Female stress urinary incontinence clinical guidelines panel summary report on surgical management of female urinary stress incontinence. *J Urol.* 1997;158:875–80.

P. Palma^{a,*} y R. Capmartín Salinas^b

Documento descargado de <http://www.elsevierinsituciones.com> el 03/02/2011. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

^a *Profesor Titular de Urología. Sección Urología Femenina, División Urología, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estatal de Campinas (UNICAMP), San Pablo, Brasil*

^b *División Ginecología-Urología Femenina y Piso Pélvico, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ppalma@uol.com.br (P. Palma).

Disponible en Internet el 5 de enero de 2011

doi:10.1016/j.acuro.2010.06.012

Hiperplasia benigna de próstata con metaplasia estromal fibroadiposa

Benign prostate hyperplasia with fibro-fatty stromal metaplasia

Sr. Director:

La hiperplasia benigna de próstata es un proceso de alta incidencia y prevalencia que suele afectar a varones a partir de los 50 años. Desde el punto de vista histológico consiste en la presencia de nódulos hiperplásicos constituidos de elementos epiteliales (glandulares), estromales (fibromusculares) o mixtos. La presencia de metaplasia en el componente epitelial es un hallazgo ocasional en el tejido prostático normal, hiperplásico o tumoral. La existencia de tejido adiposo en biopsias prostáticas es un hallazgo excepcional y se asocia, en la mayoría de las ocasiones, a infiltración extraprostática de carcinoma de próstata¹.

En el espécimen procedente de resección transuretral de un paciente de 67 años con clínica de prostatismo hemos tenido la ocasión de observar hiperplasia benigna de próstata con amplias zonas de metaplasia estromal fibroadiposa, hallazgo no descrito hasta la fecha en la literatura. Por ello, hemos ahondado en la búsqueda de esta entidad y queremos compartir nuestra reflexión con los lectores de la revista que dirige.

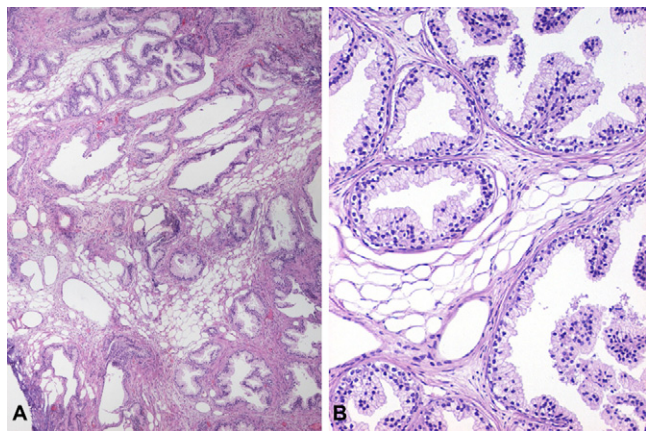


Figura 1 (A) Hiperplasia benigna de próstata con áreas de tejido adiposo maduro (HE x20). (B) Tejido fibroadiposo entre glándulas prostáticas de naturaleza hiperplásica (HE x100).

El aspecto microscópico de la hiperplasia benigna de la próstata es muy variado¹, pudiendo encontrarse patrones de predominio epitelial, estromal y mixto. En función de sus características histológicas, los nódulos hiperplásicos pueden ser estromales, fibromusculares, musculares, fibroadenomatosos y fibromioadenomatosos. Por otro lado, la metaplasia es un proceso que se describe con frecuencia en el tejido epitelial prostático normal, hiperplásico y neoplásico. La metaplasia transicional es una alteración morfológica frecuente en biopsias prostáticas, caracterizada por la presencia de núcleos ovoideos elongados que ocasionalmente contienen hendiduras nucleares longitudinales. Tampoco es infrecuente encontrar áreas de metaplasia escamosa en biopsias de próstata, sobre todo en zonas próximas a un infarto prostático y tras hormonoterapia o radioterapia. También se ha descrito la metaplasia mucinosa del epitelio glandular, donde se advierte la presencia de células altas, columnares y muco-secretoras en los acinos prostáticos, y la metaplasia de células de tipo Paneth.

Las células estromales de la hiperplasia benigna prostática, fibroblastos y células musculares lisas (fig. 1A), muestran también una morfología variable. En ocasiones el estroma puede estar constituido por células mesenquimales indiferenciadas o fibroblastos inmaduros. La presencia de amplias áreas de tejido fibroadiposo en el seno del tejido estromal prostático benigno, tal y como hemos observado, es un hallazgo extraordinario. En nuestra opinión, es posible que el origen del tejido adiposo sea metaplásico y proceda de células estromales primitivas con capacidad de diferenciación. Este tipo de metaplasia se ha descrito en otras localizaciones, alguna también de interés para el urólogo². Explicaciones alternativas serían la extensión intravisceral del tejido graso periprostático o la hiperplasia de tejido adiposo intraprostático (fig. 1B). Hasta la fecha, algunos trabajos han reflejado la existencia de mínimas cantidades de tejido graso en el interior de la glándula prostática. Cohen et al detectaron escasos restos adiposos en 2 de 151 prostatectomías radicales, ambos de origen polinesio³.

Esta observación puede parecer escasamente trascendente, pero no lo es desde el punto de vista clínico. La presencia de tejido adiposo en biopsias prostáticas es extremadamente rara. El diagnóstico diferencial de este hallazgo ha de realizarse con la infiltración de la grasa periprostática por carcinoma de próstata, y con la extensión intraprostática de un liposarcoma bien diferenciado. Por ello pensamos que el urólogo clínico debe conocer esta entidad.