**RABDOMIOSARCOMA DE EPIDIDIMO****Presentación de un caso****EPIDIDYMAL RHABDOMYOSARCOMA****A case report**

Dres. Fayad, E. J.*; Ginesta, A. S.; Velasco, P. B.; Vizconti, J.; Divinsky, J. A.; Metz, L. M.

RESUMEN: *Se presenta un tumor mesenquimatoso maligno originado en las estructuras paratesticulares, que corresponde a un rhabdomiosarcoma de epidídimo.*

Se destaca su baja incidencia en la literatura mundial y su manejo terapéutico multidisciplinario (cirugía, radioterapia, quimioterapia).

Fue intervenido en el Servicio de Urología de Antártida Hospital Privado, en el año 1993, y se presenta su evolución y seguimiento hasta la fecha.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, Nº 2, Pág. 119, 1999)

Palabras clave: Tumores paratesticulares; Sarcoma de epidídimo; Rhabdomiosarcoma.

SUMMARY: *A malignant mesenchymal tumor originated in the paratesticular structure is presented, it corresponds to an epididymal rhabdomyosarcoma. It has a low incidence according to the world literature and requires multidisciplinary therapy (surgery, radiotherapy, chemotherapy). The patient was operated at the Urology Department of the Antártida Hospital in 1993 and its evolution and follow-up to the present date are presented.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, Nº 2, Pag. 119, 1999)

Key words: Paratesticular tumors; Epididymal sarcoma; Rhabdomyosarcoma.

INTRODUCCION

Los tumores mesenquimatosos malignos originados en las estructuras paratesticulares son neoplasias de baja incidencia, en especial en la población adulta. Si bien el proceso neoplásico puede comenzar en el cordón,

epidídimo o túnica albugínea, muchas veces su tamaño e invasión local impiden determinar con certeza su punto de partida.

Debido a su baja incidencia, en la literatura mundial se comunican pocos casos, los cuales no permiten tener un seguro conocimiento de su comportamiento, tratamiento y evolución.

Casi todos los indicadores concuerdan en que entre los tumores sarcomatosos el rhabdomiosarcoma, en su forma juvenil, representa aproximadamente el 40% de todos los tumores paratesticulares; le siguen el leiomiomasarcoma, el liposarcoma, el fibrosarcoma y los sarcomas indiferenciados.

* Jefe de Clínica Urológica. Servicio de Urología
Antártida Hospital Privado
Av. Rivadavia 4980, (1425) Buenos Aires, Argentina
Telefax: 4901-6664 / 4903-6666

Banlowsky y Shultz describieron 19 tipos histológicos de sarcomas originados en el cordón espermático, a los cuales Johnson agregó posteriormente el neurofibrosarcoma.

Rabdomiosarcoma de epidídimo

Baja incidencia
Rabdomiosarcoma 40%
¿Origen cordón, túnica, epidídimo?
Inmunohistoquímica, mioglobina (+)
Tratamiento multidisciplinario

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 83 años, H.Cl. 39773, quien consulta por aumento solapado de tamaño del contenido escrotal izquierdo, de aspecto sólido; luego de los estudios clásicos: radiografía de tórax, análisis generales, evaluación cardiológica preoperatoria y extracción de sangre para marcadores tumorales (alfafetoproteína, gonadotropina coriónica sub-B), se opera en mayo de 1993, realizándose una orquitectomía inguinal izquierda con ligadura alta del cordón.

El informe anatomopatológico reveló un *rabdomiosarcoma de epidídimo*; se pudo localizar el origen del tumor por sus pequeñas dimensiones.

El patrón microscópico (Foto 1) fue el de un rabdomiosarcoma pleomorfo, con células alargadas de citoplasma eosinófilo, algunas de ellas con estructuras transversales y una "cola" citoplasmática en forma de renacuajo característica de los rabdomioblastos. Intensa atipicidad nuclear, núcleos bizarros y células multinucleadas.

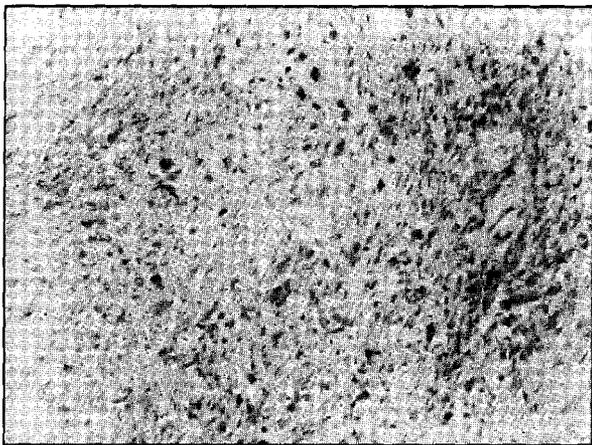


Foto 1: H-E, tumor subtipo botrioides. Grandes células con citoplasmas eosinófilos.

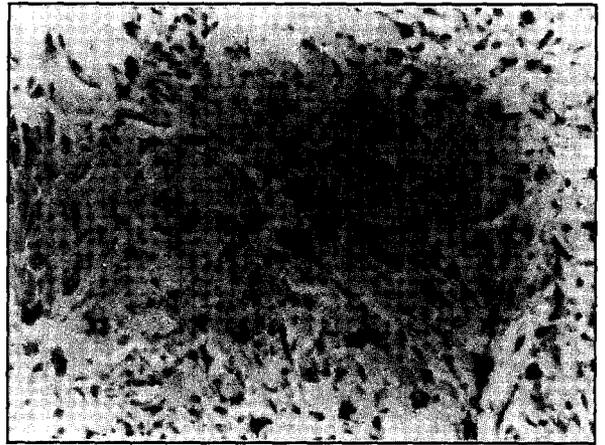


Foto 2: Inmunomarcación positiva a la mioglobina.

La inmunohistoquímica fue positiva para la mioglobina, característica del rabdomiosarcoma (Foto 2) y negativa para la citoqueratina.

La tomografía computada de abdomen y pelvis no mostró imágenes compatibles con metástasis.

Se le realizó tratamiento adyuvante con telecobaltoterapia 5.000 cGy en zona inguinocrural y 3.600 cGy en zona lumbar anterior. Hasta la actualidad el paciente se encuentra libre de recidiva local o manifestaciones sistémicas de su enfermedad.

Fue estadificado como estadio inicial y controlado con análisis básicos de sangre y orina, hepatograma, radiografía de tórax y tomografía axial computada periódicamente.

DISCUSION

Se presenta un nuevo caso de tumor maligno mesenquimatoso de las estructuras paratesticulares.

Este caso no coincidió con la gran incidencia de los rabdomiosarcomas durante las dos primeras décadas de vida, ya que fue diagnosticado en un paciente de 83 años de edad.

El patrón histológico fue similar al encontrado por los distintos autores, destacando el pleomorfismo que suelen tener los rabdomiosarcomas, con áreas de aspecto indiferenciado junto con fibras esqueléticas bien diferenciadas.

El manejo terapéutico ha sido multimodal, realizando la orquitectomía por vía inguinal con ligadura alta del cordón espermático. Se instauró un tratamiento adyuvante con telecobaltoterapia utilizando portales que se extienden más allá de la zona tumoral. La dosis osciló entre 4.000 a 6.000 cGy, como lo indica la literatura en general.

Algunos autores han intentado quimioterapia sistémica inicial con vincristina, ciclofosfamida y dactinomicina con diversos resultados.

Grosfeld y colaboradores observaron una mayor supervivencia en pacientes sometidos a quimioterapia en los estadios tempranos.

La sobrevida es alta, > del 85%, en los estadios tempranos (I y II), siendo baja, < del 30%, en los estadios avanzados (III) y extremadamente baja en el IV. Los discutidos efectos beneficiosos de la quimioterapia, agregados a la edad avanzada del paciente y al estadio inicial, nos hicieron desistir de su aplicación.

La sobrevida de este paciente se encuentra dentro de los parámetros estándares, destacando la evolución favorable por el estadio y la edad del mismo.

CONCLUSION

Como se describe en la bibliografía mundial, se hace hincapié en la baja incidencia de los tumores malignos mesenquimatosos en estructuras paratesticulares.

El rhabdomiosarcoma es el tumor más frecuente.

El tratamiento aconsejado es la cirugía radical, radioterapia y, según algunos autores, quimioterapia.

BIBLIOGRAFIA

1. Blyth, B.; Mandell, J.; Bauer, S. B.; Colodny, A. H.; Grier, H. E.; Wenstein, H. J.; Tarbell, N. J.; Hendren, H. y Retik, A. B.: Paratesticular rhabdomyosarcoma: Results of therapy in 18 cases.
2. Banowsky, L. H. y Shultz, G. N.: Sarcoma of the spermatic cord and tunics: Review of the literature, case report and discussion of the role of retroperitoneal lymph node dissection. *J. Urol.*, 103: 628, 1970.
3. Cardenosa, G.; Papanicolaou, N.; Fung, C. Y.; Tung, G. A.; Yoder, I. C.; Althausen, A. F. y Shipley, W. U.: *Urol. Radiol.*, 12 (3): 163-167, 1990.
4. Coimbra Ferrari, F. y Sparrow, C.: Rhabdomiosarcoma paratesticular. *Rev. Arg. de Urol.*, 58 (3): 131, 1993.
5. Ray, G. y Biorn, C. L.: *J. Urol.*, 74: 402, 1955.
6. García Ibarra, F.; Reig Ruiz, C.; Domínguez Hinarejos, C.; Estornell Moragues, M. y Martínez Verduch: Urología Infantil. Hospital Infantil. Hospital Universitario "La Fe", Valencia, España.
7. Giménez Bascaña, A.; Solá Pérez, J. y Server Pastor, G.: Servicios de Anatomía Patológica y Urología, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Murcia, España.
8. Horn, R. C. y Enterline, H. T.: Rhabdomyosarcoma: clinic pathological study of 39 cases. *Cancer*, 11: 181, 1958.
9. Littman, R.; Tessier, A. N. y Valensi, Q.: *J. Urology*, 108: 290-292, 1972.

10. Mazza, O. N.; Podestá, M. L. Jr.; Ghirlanda, J. M.; Elsner, B. y Borzone, R.: *Rev. Arg. Urol. Nefrol.*, 47 (1), 1981.
11. Metz, L. M.; Monserrat, J. M. y Quiroga, J. M.: Tumores del tejido graso del cordón espermático. *Rev. Arg. de Urol.*, 44: 14, 1976.
12. Metz, L. M.; Monserrat, J. M.; Givone, R. y Quiroga, J. M.: Fibrosarcomas del cordón espermático. *Rev. Arg. de Urol.*, 1979.
13. Metz, L. M. y Monserrat, J. M.: Liposarcoma del cordón espermático. *Rev. Arg. de Urol.*, 46-53, 1980.
14. Olive, D.; Flamant, F.; Zucker, J. M.; Brunat-Mentigny, M.; Otten, J. y Dutou, L.: Paraortic lymphadenectomy is not necessary in the treatment of localized paratesticular rhabdomyosarcoma. *Cancer*, 54: 1283, 1984.
15. Pérez-Herms, S.; Castellanos-Acosta, R.; Cortadellas-Angel, R.; Guzmán-Fernández, A. y Ballesteros-Sampol, J. J.: *Actas Urol. Esp.*, 15 (5): 491-494, 1991.
16. Rabich, L.; Lerman, P. H.; Drabbin, J. W. y Noka, J.: *J. of Urology*, 96: 504, 1966.
17. Racalbutto, A.; Puelo, S.; Di Cataldo, A.; Scilletta, B.; Li-Destri, G.; Succi, L.; Nucifora, G.; Latteri, F. y Rodolico, G.: *Ital. J. Surg. Sci.*, 18 (3): 279-285, 1988.
18. Raney, R. B. (Jr.); Hays, D. M.; Lawrence, W. (Jr.); Soule, E. H.; Tefft, M. y Donalson, M. H.: Paratesticular rhabdomyosarcoma in childhood. *Cancer*, 42: 729, 1978.
19. Raney, R. B. (Jr.); Tefft, M.; Lawrence, W. (Jr.); Ragab, A. H.; Soule, E. H.; Beltagady, M. y Gehan, E. A.: Paratesticular sarcoma in childhood and adolescence. A report from the intergroup. Rhabdomyosarcoma studies I and II, 1973-1983.
20. Takaha, N.; Hosomi, M.; Sekii, K.; Nakamori, S.; Itoh, K. y Sagawa, S.: *Hinyokika Kivo*, 37 (2): 1991-1993, 1991.

COMENTARIO EDITORIAL

En el trabajo "Rhabdomiosarcoma de epidídimo" se presenta un caso de una patología de muy baja prevalencia, con adecuada información sobre la historia clínica, tratamiento y seguimiento del paciente. En la discusión se mencionan distintas alternativas terapéuticas mencionadas en la literatura. La bibliografía consultada ha sido completa, como lo pude comprobar personalmente solicitando una búsqueda por *Medline*.

Por estas razones considero que es un trabajo que merece ser publicado (quizás como presentación de caso), para conocimiento de una patología tan rara.

Dr. Alejandro J. Dotta

Dorrego 276, 2º Piso

(2000) Rosario, Santa Fe, Argentina

INFORMATICA EN UROLOGIA

Dr. Germán M. J. Chéliz



y2k - CRONICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA (DICIEMBRE 31, 1999)

CHRONICLE OF AN ANNOUNCED DEATH (DECEMBER 31, 1999)

No se decepcione (o no se entusiasme), no es esto una sección literaria destinada a analizar el realismo mágico de García Márquez, más bien deténgase en la jergonza *y2k*, que es lo que aquí nos ocupa. **Y** (*year*) **2 K** (kilo, léase mil)... adivinó, se viene el 2000 y con él su cohorte de escatología virtual. Lejos de analizar todas las variables relacionadas con este fenómeno, me gustaría comentarles algunas cosas prácticas para nosotros, los sufridos usuarios de computadoras.

1. ¿Qué debe hacer una computadora el 31 de diciembre de 1999 un instante luego de las 24:00 hs. para ser compatible con el 2yk?

- El reloj de la computadora debe pasar de diciembre 31 de 1999 a enero 1 del 2000.
- La computadora debe recordar que se trata del 2000 cada vez que se inicie a lo largo de todo el año 2000.
- Debe recordar que el día siguiente a febrero 28 del 2000 es el 29, y que el día posterior a febrero 28 del 2001 es marzo 1.

2. ¿Cómo empezó el error?

Los programas de su computadora necesitan saber la fecha actual, para lo cual poseen "un reloj virtual" que les permite saberla en todo momento, pero dicho reloj funciona mientras la máquina está encendida, al apagarla toda la memoria de la RAM se vacía y por lo tanto el dato de la fecha se pierde.

¿Entonces cómo es posible que, cuando enciende la computadora, la hora y la fecha son las correctas, si el reloj virtual no estuvo en funcionamiento?

Lo que ocurre es que el dato de la hora se encuentra almacenado en el "reloj de tiempo real" llamado RTC (*real time clock*) que se encuentra en el CMOS (*Complementary Metal Oxide Semiconductor*). Entonces, para retomar la hora actual, al encender la máquina, el BIOS (*Basic Input/Output System*) toma de ese reloj (que funciona mientras la computadora está apagada) la fecha y la hora. Cuando la máquina arranca, el DOS (aunque esté integrado a otros programas como Windows 98) lee la fecha del BIOS, y a su vez transmite dicho dato al programa que se lo solicite. Windows NT 4.0 es un caso especial, ya que lo lee directamente del BIOS, ya que no utiliza entorno DOS.

Hasta aquí todo parece controlado; sin embargo, es importante conocer que muchos de los RTC de más de un año de fabricados no llevan la cuenta del año en curso con cuatro dígitos sino con dos. Esta convención data de la época en que las computadoras tenían escasos 16 KB de RAM y todo esfuerzo para ahorrar espacios parecía poco. Igualmente, los fabricantes de microchips empezaron a incorporar soluciones al respecto hace aproximadamente tres años. O sea que el año 1999 el RTC lo cuenta como 99. En el año 2000 entonces el BIOS leerá 00: ¿esto es 2000 o 1900? Para salvar esta situación el BIOS debería acudir al "*century bite*" que se encuentra en el *CMS RAM*⁽¹⁾ y leer inmediatamente año 2000 y no 1900 (que sería la segunda opción al leer 00). Si el BIOS no trae incorporada esa información en el CMS RAM transmite el error al DOS y por ende al resto de los programas, produciéndose error lógico.

1. Es la memoria rápida del CMS, que a diferencia de la RAM que usted conoce no pierde su información cuando la máquina está apagada.

Veamos un ejemplo práctico. Si yo tengo una base de datos y le pido que *indexe* mis registros en orden creciente en base al campo Fecha, donde los años son 1975, 1961 y 1984, el orden será 1961, 1975 y 1984. Si además hay un registro con fecha 2000, podría ordenarlos, de cometerse el error, 1900 (en lugar de 2000), 1961, 1975 y 1984. Imagine las consecuencias si la base de datos tiene información financiera.

3. ¿Debo preocuparme seriamente en el 2yk?

En líneas generales, si el CMS BIOS o su microprocesador tiene más de un año, si usted utiliza programas cuya información depende críticamente de la fecha (ejemplo: programas de facturación) o si no posee un programa que corrija el error que cometa el RTC, puede tener problemas.

Para su tranquilidad, en la mayoría de las computadoras domésticas la fecha no es una información crítica que no pueda ser corregida sin mayores sobresaltos (léase jueguitos, internet, editores de texto, etc.). Pero como la computación se compone de un 90% de lógica y un 10% de magia, y este pequeño porcentaje de magia suele interponerse en nuestro camino más frecuentemente de lo que la estadística dicta, es bueno estar prevenido.

4. ¿Cómo saber si mi CMS BIOS es adecuado?

Si el *hardware* de su máquina tiene menos de un año de fabricado puede quedarse tranquilo. Si no es así puede testearlo de varias formas. Puede consultar con su proveedor de *hard* o acceder a los siguientes sitios, donde puede comprobar gratuitamente la compatibilidad del BIOS:

www.symantec.com

www.zdnet.com/zdy2k

¿Qué pasa si no es compatible con 2yk?

No tiene más remedio que consultar con su proveedor de *hardware*.

5. ¿Cómo saber si mi soft es compatible con el 2yk?

Los usuarios de Windows 98 y Windows NT no tienen problemas mayores.

Win 98 corrige el eventual error del BIOS si éste le informa año 1900. Win NT 4.0 no utiliza la información del BIOS ni de DOS (ya que éste no está instalado en este programa) y toma la información directamente del RTC, leyendo 2000 en vez de 1900 si este error surgiera.

Si usted tiene una versión previa de estos programas, la forma más fácil de evitar problemas es actualizar los mismos a una versión reciente. Aun así puede tener problemas menores bajo estos entornos. Las compañías que diseñan estos programas poseen "paquetes" para resolver estos problemas menores, y Ud. puede obtenerlos de su proveedor de *soft* o incluso en línea⁽²⁾.

Un inconveniente aparte lo constituyen los programas terciarios (no DOS, no Windows) o utilitarios que pueden a su vez tener problemas (aunque al igual que Win, si tienen menos de un año no tienen problemas mayores). Las compañías de *soft* poseen programas de distribución gratuita para clientes que incluyen tanto utilitarios (Excel, Access, Outlook, etc., en el caso de Microsoft) como sistemas operativos (Win 98, NTx) destinados a resolver problemas relacionados con 2yk. Puede consultar a su proveedor de *soft* al respecto.

Una vez más, ¿entendió?, maravilloso, no entendió nada, no se preocupe, si puedo aclararle algo y desea preguntarme hágalo vía mail.

Si usted es un observador agudo habrá notado que el mismo problema se produciría en el 2100... Quédese tranquilo, a menos que la Biología molecular avance notoriamente no lo vamos a ver, pero si esto pasara, todos estos sistemas no van a existir para esta fecha...

En conclusión:

1. Compruebe que su BIOS sea compatible, si no lo es consulte a su proveedor.
2. Actualice sus programas lo máximo posible.
3. Si quiere estar libre de problemas consiga el kit de soluciones para 2yk para programas como Win 98 o NT y para utilitarios.

2. Si usted es usuario de Microsoft consulte en www.microsoft.com/Y2K para más detalles.

4. *No desespere, si sus programas no trabajan con fechas como dato crítico no tendrá grandes desastres.*

Para finalizar una pequeña anécdota⁽³⁾ acerca de pequeños errores. El 17 de septiembre de 1991 hubo un bajón de tensión en Nueva York, que como todos sabemos pueden ocasionar problemas en las computadoras. Al producirse este desperfecto los generadores de emergencia de una compañía telefónica (no precisamente una muy pequeña) que dependían de un programa de *soft* que tenían un pequeño problema nunca funcionaron. El sistema detectó el problema de los generadores enviando su señal de alarma a los técnicos encargados, los cuales no acudieron debido a que se encontraban en una conferencia discutiendo qué hacer en casos de emergencia. A las 5 horas las baterías de emergencia se agotaron y 5.000.000 de llamadas nunca fueron realizadas y 1.200 vuelos se retrasaron o fueron cancelados debido a un simple y vulgar *Hookup failure*...

Recuerde y medite, su computadora (afortunadamente) no comete errores; el error, cuando se produce, es del programador, o más frecuentemente aun, suyo...

Dr. Germán M. J. Chéliz

e-mail: gmcheliz@connmed.com.ar

gcheliz@intramed.net.ar

Servicio de Urología, Hospital Carlos G. Durand

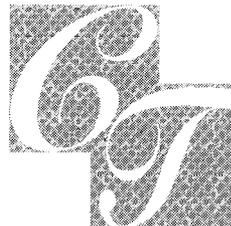
Díaz Vélez 5044, (1405) Buenos Aires, Argentina

Tel.: 4982-5555 / 2677

3. Tomada de Jon Huntress: The Tenagra Corporation/year2000.com Partnership *jon@year2000.com*.

COMENTARIO DE TRABAJOS

Coordinadores: Dres. Antonio W. Villamil, Javier A. Divinsky



The Journal of Urology

© 1999 by American Urological Association, Inc.

Vol. 161: 772-776, March 1999

13-YEAR EXPERIENCE WITH PERCUTANEOUS MANAGEMENT OF UPPER TRACT TRANSITIONAL CELL CARCINOMA

Clark, P. E.; Stroom, S. B.; Geisinger, M. A.

Del Departamento de Urología y Radiología, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio

ABSTRACT: Purpose: We determined the immediate and long-term results of percutaneous management of upper tract transitional cell carcinoma in regard to rates of tumor recurrence and preservation of renal function.

Material and Methods: Since July 1985, 12 men and 5 women 50 to 86 years old (mean age 72.2) years old underwent percutaneous management of upper tract transitional cell carcinoma. Of the patients 12 (71%) had a solitary kidney and 1 was treated bilaterally. In 16 of the 18 treated renal units (89%) definitive percutaneous resection of the tumor was followed by 6 weekly percutaneous installations of bacillus Calmette-Guerin.

Results: Complete resection was accomplished in 17 of the 18 renal units. Of the 18 renal units 15 (83.3%) had documented stage pTa lesions and 14 (77.8%) had grade 1/3 or 2/3 disease. Followup for all patients ranged stage from 1.7 to 75.5 months (mean 20.5). At the latest followup 11 patients (64.7%) are alive with no evidence of disease, and 6 (35.3%) died, 3 of whom (17.6%) had metastatic transitional cell carcinoma. Of the 13 patients undergoing treatment to solitary kidneys or bilaterally followup ranged from 1.7 to 75.5 months (mean 23.6). Serum creatinine ranged from 1.1 to 3.5 mg/dl (mean 1.6) before percutaneous tumor resection and from 1.1 to 2.2 mg/dl (mean 1.6) at the latest followup. Only 1 of these 13 patients (7.7%) with a solitary kidney has required dialysis. Ipsilateral local recurrence developed in 6 of the 18 renal units (33%), and in 4 of these 6 patients (67%) the tumor was grade 2/3 or 3/3 at initial resection. These recurrences were treated endoscopically in 4 patients, 3 of whom are currently without evidence of disease, and with nephroureterectomy in 2. Of the 17 patients only 1 (5.9%) with high grade (3/3), invasive (pT2) primary tumor at initial resection died of locally persistent or recurrent disease.

Conclusions: Percutaneous management of upper tract transitional cell carcinoma is technically feasible and applicable in a significant number of patients in whom nephron sparing management is otherwise warranted. In carefully selected patients the results are at least comparable to other forms of "conservative" management in terms of tumor control and preservation of renal function.



Comentario

Me resulta especialmente grato evaluar y comentar un trabajo relacionado con la Endourología.

El hecho de que dicha publicación tenga un comentario editorial del Dr. José A. Martínez Piñero representa algo especial porque fue él uno de nuestros principales maestros en la Endourología y, por lo tanto, coincido con sus apreciaciones.

No obstante, quiero aportar algunas conclusiones que surgen de nuestra casuística, 26 pacientes con la misma patología, tratados por procedimientos endourológicos.

SAU

En primer lugar quiero resaltar que se deberían tratar por esta vía todos los tumores que cumplan con los requisitos de grado y estadio mencionados en el artículo.

Muchas veces nos encontramos con pacientes que han sido sometidos a nefroureterectomía por lesiones que podrían haber sido tratadas endoscópicamente, y, entonces, si el tumor recidiva, estamos frente a un paciente monorreno y esta condición limita las opciones terapéuticas, quedando como alternativas la vía endoscópica con adyuvancia o la nefroureterectomía y colocar al paciente en plan de diálisis. En estas circunstancias me inclino por la primera opción, adoptando una conducta similar a la que tomamos frente a tumores de vejiga, ya que de esta forma ofrecemos mejor calidad de vida y afectamos en menor grado el estado inmunológico del paciente.

Otra consideración de importancia es la utilización del láser de Nd YAG para fotocoagulación de las lesiones, porque permite tratar la mayoría de los tumores ureterales y muchos de los pielocaliciales, como único tratamiento o complementando la resección en caso de tumores de mayor volumen. El láser, por utilizar una fibra no rígida, permite su uso a través de endoscopios flexibles, pudiendo llegar a zonas caliciales, que no son accesibles a los endoscopios rígidos.

Entre los tratamientos adyuvantes usamos, además de la BCG, mencionada por los autores, mitomicina C en forma endocavitaria, interferón subcutáneo y quimioterapia sistemática en caso de pacientes con tumores cuyo grado/estadio así lo aconsejen. Por supuesto, a veces se pueden combinar terapias como interferón subcutáneo y mitomicina C endocavitaria.

Dr. Pedro M. Minuzzi

Fundación Urológica Córdoba

para la Docencia e Investigación Médica
(FUCDIM)

The Journal of Urology

© 1998 by American Urological Association, Inc.

Vol. 159, 374-379, February 1998

CURRENT INDICATIONS FOR OPEN STONE SURGERY IN THE TREATMENT OF RENAL AND URETERAL CALCULI

Paik, M. L.; Wainstein, M. A.; Spirnak, J. P.; Hampel, N.; Resnick, M. I.

Del Departamento de Urología, Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio

ABSTRACT: Purpose: The development and advances in extracorporeal shock wave lithotripsy and endourological procedures have greatly diminished the need for open surgery in the treatment of renal and ureteral stones. We reviewed our experience with open stone surgery to determine the current indications and efficacy of this treatment modality.

Material and Methods: Hospital and office charts, operative notes and records, and pertinent radiographic studies of all patients undergoing open stone surgery from January 1991 through December 1995 at 3 university affiliated hospitals were reviewed. Patient characteristics, stone burden, indications, surgical factors and outcomes were reviewed for each patient.

Results: Of 780 procedures performed for stone removal, 42 were open surgical procedures (5.4%) including pyelolithotomy in 15 (extended pyelolithotomy or pyelonephrolithotomy in 7), anatomic nephrolithotomy in 14, ureterolithotomy in 7 and radial nephrolithotomy in 6. There were 24 men and 18 women ranging in age from 1 to 90 years (mean age 51.5). The most common indications for open surgery were complex stone burden (55%); failure of extracorporeal shock wave lithotripsy or endourological treatment (29%); anatomic abnormalities such as ureteropelvic junction obstruction, infundibular stenosis and/or renal caliceal diverticulum (24%); morbid obesity (10%) and co-morbid medical disease (7%). Mean estimated blood loss was 428 cc. Average hospital stay was 6.4 days. The stone-free rate after surgery was 93%. Five patients had minor postoperative complications that resolved with appropriate therapy.

Conclusions: While most patients with renal and ureteral stones can be treated with less invasive techniques, open stone surgery continues to represent a reasonable alternative for a small segment of the urinary stone population.

SAU



Los autores recopilan una serie de 780 procedimientos quirúrgicos abiertos efectuados para el tratamiento de litiasis urinaria en el lapso de cinco años, casuística que de por sí demuestra que la cirugía abierta sigue siendo bastante frecuente y necesaria para todas aquellas litiasis que por distintas circunstancias no pueden ser tratadas por métodos menos invasivos.

También significa que esta cirugía debe continuar siendo enseñada a todos aquellos urólogos posteriores al advenimiento de la litotricia por ondas de choque y de la endourología, y a quienes no disponen en su medio de tales recursos. Su alta efectividad (93%) es un argumento más para no dejarla caer en el olvido.

Dr. Carlos Acosta Güemes

Miembro del Consejo Editorial Nacional

The Journal of Urology

© 1999 by American Urological Association, Inc.

Vol. 161, 45-47, January 1999

A COMPARISON OF URETEROSCOPY TO IN SITU EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY FOR THE TREATMENT OF DISTAL URETERAL CALCULI

Turk, T. M. T.; Jenkins, A. D.

Del Departamento de Urología, University of Virginia, Charlottesville, Virginia

ABSTRACT: Purpose: The optimal treatment for distal ureteral calculi remains controversial. Most urologists offer extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL†) or ureteroscopy for stones that require intervention. We present data our institution on these modalities since 1990.

Material and Methods: We treated 187 distal ureteral calculi with ESWL (91 cases) on a Dornier HM3 or MFL 5000 lithotripter, or with ureteroscopy (96 cases) using basket extraction with or without pulsed dye laser lithotripsy.

Results: Fragmentation and stone-free rates for ESWL were 80 and 73%, respectively, with no complications. For ureteroscopy the stone-free was 95% with a 5.2% short-term complication rate and no long-term complications.

Conclusions: At our institution ureteroscopy is more efficacious than ESWL for the treatment of distal ureteral calculi.



El trabajo de los Dres. Thomas Turk y Alan Jenkins, que el Comité de Redacción de la Revista de la Sociedad Argentina de Urología ha tenido a bien solicitar comentara, fue realizado en el Departamento de Urología de la Universidad de Virginia, EE.UU., y en él se analizan 187 casos de pacientes portadores de litiasis del uréter inferior en un período de 7 años. Los autores refieren haber obtenido un 77% de éxito en los 91 pacientes tratados mediante ESWL y 95% de éxito en los 96 sometidos a ureteroscopia; el tamaño promedio de los cálculos fue de 8,5 mm. Se obtuvo un mayor porcentaje de fragmentación a través de la ureteroscopia y se concluyó que la endourología es un método más eficaz que la onda de choque extracorpórea para el tratamiento de los litos localizados en el uréter inferior.

Si bien es cierto que en manos experimentadas, y con un buen equipamiento, la endourología ha reducido su morbilidad, también es cierto que potencialmente puede acarrear complicaciones en algunos casos severos (perforación y/o ruptura

ureteral, infección, migración del lito, etc.), tal como queda reflejado en la publicación comentada. Con los nuevos modelos de ureteroscopia (telescopados, flexibles, articulados, etc.), así como con la aplicación del láser en la litotricia intracorpórea, la efectividad de la endourología por sobre la ESWL aparentemente estaría asegurada. En nuestro Servicio, la estadística de éxito y fracasos de ambos procedimientos son similares a los publicados por los autores, coincidiendo con los mismos en que frente a cada caso en particular y luego de evaluar junto con el paciente los elementos a favor y en contra de cada procedimiento, sea ésta quien elija con cuál de ellos prefiera iniciar su tratamiento.

Dr. Lorenzo Grippo

Jefe del Servicio de Urología

Hospital Francés de Buenos Aires

The Journal of Urology

© 1998 by American Urological Association, Inc.

Vol. 159, 1483-1487, May 1998

THE EFFICACY OF INTRAVESICAL BACILLUS CALMETTE-GUERIN IN THE TREATMENT OF INTERSTITIAL CYSTITIS: LONG-TERM FOLLOWUP

Peters, K. M.; Diokno, A. C.; Steinert, B. W.; González, J. A.

Del Departamento de Urología, William Beaumont Hospital Royal Oak, Michigan

ABSTRACT: Purpose: Interstitial cystitis is a severe debilitating bladder disease characterized by unrelenting pelvic pain and urinary frequency. A prospective, double-blind, placebo controlled study of the use of intravesical bacillus Calmette-Guering (BCG) in the treatment of interstitial cystitis was recently completed with a mean followup of 8 months. Results demonstrated a 60% BCG response rate, compared to a 27% placebo response rate. We now report the long-term followup results of those patients who received intravesical BCG.

Materials and Methods: Subjects randomized to receive BCG were followed at routine intervals with questionnaires and voiding diaries identical to those in the blinded study. Adverse events were closely monitored in the treatment and followup phases of the study. Subject baseline values were compared to followup data.

Results: Of the BCG responders mean followup was 27 months (range 24 to 33), and 8 of 9 (89%) continue to have an excellent response in all parameters measured. The global interstitial cystitis survey improved 70%, daily voids decreased 31%, nocturia improved 54%, mean voided volume increased 61%, pelvic pain decreased 81%, vaginal pain decreased 71%, urgency decreased 71% and dysuria decreased 82%. Overall well-being improved 54% and the Rand-36 quality of life survey overall improved 64%. In 86% of the patients (6 of 7) dyspareunia resolved. Of the initial BCG nonresponders there was no significant difference in interstitial cystitis symptomatology from baseline to last followup, suggesting that BCG does not worsen interstitial cystitis symptoms. No long-term adverse events from BCG were noted.

Conclusions: Intravesical BCG is safe, effective and durable in the treatment of interstitial cystitis. Of those patients who received only 6 weekly treatment and responded favorably 89% continue to have an excellent response with followup ranging from 24 to 33 months.



Comentario

La cistitis intersticial (CI) conforma una entidad de etiología incompletamente definida, que cursa con importante morbilidad en sus fases avanzadas y que es quizá subdiagnosticada en nuestro medio. Esta circunstancia probablemente obedezca a que sólo encuadramos dentro de la entidad en cuestión a los cuadros clínicos con sintomatología muy severa, pero afecciones tales como el síndrome uretral, el síndrome de dolor pélvico, las cistitis abacterianas y otras deberían integrarse.

SAU

se dentro de la misma como formas evolutivas menos desarrolladas y por lo tanto con menor expresión clínica. Los autores exponen los resultados obtenidos con el empleo de BCG endovesical en el tratamiento de cistitis intersticial en una prueba randomizada a doble ciego, incluyendo 15 pacientes en cada brazo de la experiencia. Las pacientes fueron evaluadas utilizando escores de síntomas para CI que incluían dolor pélvico y vaginal, disuria, urgencia miccional y frecuencia diurna y nocturna. Nueve de 15 pacientes que recibieron BCG (una instilación cada siete días durante seis semanas) se mostraron respondedoras y luego de un seguimiento mínimo de dos años, 8 de ellas mantuvieron la respuesta (89%).

Ninguna de las 6 pacientes no respondedoras mostró acentuación de sus síntomas. De las 15 pacientes randomizadas para placebo, 12 aceptaron recibir BCG en un estudio abierto. De las tres pacientes que rehusaron BCG, sólo una mejoró sus síntomas luego del placebo. El porcentaje de respuestas en el grupo de tratamiento abierto fue de 67%. Los autores sostienen haber obtenido una evidencia estadísticamente significativa de los beneficios de BCG en pacientes con CI, y relacionan la capacidad de BCG para provocar respuestas inmunes a la posibilidad de que la patogenia de la enfermedad tenga como base un proceso de autoinmunidad. Sin descartar esta explicación, probablemente el hallazgo de mayor consistencia en relación a la patogenia de CI sea el aumento de permeabilidad del epitelio vesical, asociado a alteraciones de la capa de glucosaminoglican. La misma cumple un papel protector múltiple, incluyendo el de evitar adherencia bacteriana y de cristaloides y de regulación del movimiento de solutos a través del epitelio. De éstos, el potasio ha sido identificado como el principio tóxico más importante, produciendo despolarización (activación) de las fibras nerviosas sensoriales. El empleo de BCG en CI produce destrucción de la mucosa, de manera similar a lo que ocurre cuando se emplean dimetilsulfóxido (DMSO), nitrato de plata o dilatación vesical, permitiendo posteriormente la regeneración de nueva mucosa sana.

El uso de principios que coadyuvarían a la regeneración de glucosaminoglican, tales como heparina o pentosaminosulfato, aparece con mayor consenso para el tratamiento paliativo de esta enfermedad.

Si bien los resultados obtenidos por los autores son alentadores, deberá tenerse en cuenta que se trata de un estudio de fase dos, y los mismos deberán corroborarse con experiencias más amplias, sobre todo teniendo en cuenta los efectos indeseables a nivel local que puede generar el empleo de BCG.

Dr. Rubén H. Bengiό

Prof. Titular de Urología

Universidad Nacional de Córdoba

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- La Revista Argentina de Urología es el órgano oficial de publicaciones de la Sociedad Argentina de Urología.
- La Sociedad Argentina de Urología no comparte necesariamente las opiniones científicas vertidas por los autores.
- Los trabajos remitidos para su eventual publicación deberán ser enviados por duplicado a nuestra sede sita en Combate de los Pozos 246, primer piso, dpto. 5, (1080) Buenos Aires, Argentina.
- Tras su aceptación, los trabajos serán publicados según su orden cronológico, excepto que razones editoriales no lo permitan.
- No serán devueltos a sus autores.
- Los textos deben ser enviados escritos a máquina, a doble espacio, en hojas blancas tamaño oficio, tipeadas de un solo lado, con márgenes de por lo menos 25 mm, sin enmiendas ni tachaduras y numeración correlativa sobre el borde superior o inferior derechos.
- El Comité Ejecutivo de la Revista Argentina de Urología se reserva el derecho de efectuar correcciones de carácter gramatical y/o literario.
- Las fotografías serán preferentemente en blanco y negro, de buena calidad y no se admiten diapositivas. En el dorso constará su numeración y orientación espacial, con una flecha señalando su borde superior. El texto de cada pie de foto se enviará en hoja aparte identificado con el mismo número. El tamaño aconsejable es de 127 mm x 173 mm.
- Además del texto y de las fotos, sólo se dispondrá de *tablas* y *figuras* que se enviarán en hojas separadas y con sus leyendas escritas a máquina a doble espacio, al pie de cada una.
- Los trabajos originales serán inéditos y deberá consignarse:
 1. **Título:**
Conciso e informativo en *español* e *inglés*.
 2. **Autor(es):**
Con sus apellidos seguidos de las iniciales de sus nombres.
 3. **Dirección postal:**
Del autor principal, hospital o institución (completa).
 4. **Procedencia:**
Lugar donde fue realizado o leído (si correspondiere) y fecha.
 5. **Resumen:**
Hasta 200 palabras. En él debe expresarse el propósito del estudio o investigación, procedimientos básicos, hallazgos principales (datos estadísticos y su significación) y las conclusiones.
Destacar los aspectos nuevos e importantes del estudio en *español* e *inglés*.
 6. **Palabras clave:**
Entre 3 y 10 para alimentar el banco de datos. Ver lista del Index Medicus en *español* e *inglés*.
 7. **Introducción:**
Presentará el objetivo del artículo. Define la racionalidad del estudio. No incluye datos o conclusiones que el trabajo aportará.
 8. **Material y métodos:**
Deben identificarse y detallarse los métodos, aparatos y procedimientos para permitir a otros autores reproducir los mismos resultados. Deben precisarse las drogas y los medicamentos empleados, incluyendo nombres genéricos, dosis y vías de administración; cuantificar los hallazgos y presentarlos con indicadores apropiados para medir error o inseguridad.
Ética: Cuando se informa sobre experiencias en seres humanos debe indicarse que los procedimientos empleados están de acuerdo con las normas éticas del Comité responsable o con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

9. Resultados:

Deben ser presentados en secuencia lógica en el texto, sin repetir todos los datos de tablas y figuras, sino resumir las observaciones más importantes.

10. Discusión y conclusiones:

Destacar los aspectos nuevos e importantes, la implicancia de los hallazgos y sus limitaciones, incluyendo los que sean para investigaciones futuras. Describir las observaciones de otros estudios relevantes.

11. Agradecimientos:

Puede(n) nombrarse la(s) persona(s) que ha(n) contribuido intelectualmente, pero cuyos aportes no justifican autoría, junto con su función o contribución. Puede ser descrita como "consejero científico" o "participante en el ensayo clínico". A dicha(s) persona(s) se le(s) debe pedir autorización para ser nombrada(s).

12. Abreviaturas y símbolos:

Usar sólo las abreviaturas estándares y la primera mención en el texto deberá ser completa.

13. Bibliografía:

El número de referencia bibliográfica debe corresponder consecutivamente con el mencionado en el texto. Del mismo modo aquéllos de las figuras y tablas deben remitirse a las del texto.

Ninguna comunicación personal debe ser escrita en el texto entre paréntesis.

Se puede incluir en las referencias bibliográficas textos aceptados, pero aún no publicados, en ese caso nombrar la publicación y entre paréntesis la inscripción "en prensa".

Si se incluyen referencias de los autores como "en prensa", deberán enviarse dos copias.

El título de las revistas o libros deberá abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado en el Index Medicus.

Limitar las referencias a un máximo de 25 por manuscrito.

14. Comentario:

Realizado por profesional idóneo; debe consignar cargo, lugar de trabajo y dirección postal.

El Comité Ejecutivo de la Revista Argentina de Urología se reserva el derecho de someter el trabajo presentado (previo acuerdo con los autores) a una revisión y crítica por parte de otros especialistas.

15. Cartas al Editor:

Sección dedicada a críticas sobre artículos que han sido publicados recientemente. Deben ser breves (hasta 400 palabras) a doble espacio y limitados a un máximo de cinco citaciones.

El editor se reserva el derecho de su inclusión en la revista, como así el de resumir, desechar comentarios objetables o hacer cambios que estén de acuerdo con el estilo de la Revista.

– Columna del Editor:

En ella se escribirá un editorial tradicional y/o temas relacionados con el propósito de la Revista; será encargado por la Dirección.

Los originales deben ser mecanografiados a doble espacio con 1.000 a 1.500 palabras y con un máximo de cuatro referencias.

– Podrán enviarse cartas de lectores sobre diversos temas de interés urológico general.

– Podrán enviarse comunicaciones preliminares sobre nuevas líneas de trabajo a las que se hallan abocados los autores, acompañando breve resumen y bibliografía.

– Los casos clínicos que se consideran muy interesantes podrán ser enviados acompañados de un resumen del caso, diagnóstico y tratamiento efectuado. Se acompañarán de las fotos, figuras y tablas correspondientes.

GUIDELINES FOR AUTHORS

- The Argentine Journal of Urology is the official publication of the Argentine Society of Urology.
- The Argentine Society of Urology does not necessarily agree with the scientific opinions expressed by the authors.
- Manuscripts submitted for publication should be sent in duplicate to Combate de los Pozos 246, 1st floor, dept. 5, (1080) Buenos Aires, Argentina.
- After their approval, contributions will be published according to their acceptance order, unless editorial reasons do not let it.
- Contributions will be not returned to their owners.
- The texts must be typed double-spaced on white pages of legal size. They must be typed on only one side of the page with margins of 25 mm, without amendments and should be numbered consecutively on the upper or lower right corner.
- Manuscripts are subject to editorial modification to bring them into conformity with the style of the journal.
- Good-quality black and white photographs are preferred. Original transparencies (slides or negatives) are not accepted. Each photograph should be numbered on the reverse side and have an arrow indicating top of figure. Legends should be typed double-spaced on a separate page with the same number identification. The suggested size is 127 mm × 173 mm.
- *Tables* and *illustrations* should be provided on a separate sheet of paper with their legends typed double-spaced at the bottom.
- Original manuscripts must not have been previously published and should include the following:
 1. **Title:**
As concise and descriptive as possible and written in *English* and *Spanish* language.
 2. **Author(s):**
Surnames and initials of all authors.
 3. **Mailing address:**
Mailing address of the principal author, hospital or institution.
 4. **Source:**
Indication of place where it was performed or read and date.
 5. **Abstract:**
It should not exceed 200 words and must conform to the following style: purpose, main results (statistical data and incidence) and conclusions.
 6. **Key words:**
Between 3 and 10 key words should be typed in *English* and *Spanish*. See list of Index Medicus.
 7. **Introduction:**
It will introduce the objective of the article. It defines the reasonableness of the work and does not include data or conclusions provided by the manuscript.
 8. **Material and methods:**
Methods, equipment and procedures must be indicated and referenced. Enough information should be submitted to allow other authors an independent critical assessment of the data. Generic names should be used for all drugs including doses and administration channels. Acknowledgements must be quantized and shown with adequate values in order to check the accuracy of all statements made in the work.
Ethics: When experiments on patients are informed, it must be stated that procedures are in accordance with the ethics regulations of the responsible Committee or with the Helsinki Declaration of 1975, reviewed in 1983.

9. Results:

They must be shown in a logical sequence without repeating data of tables and figures but precisising the most important observations.

10. Discussion and conclusions:

New and important aspects, significance and limitations of findings should be stressed, including those subject to future investigations. Description of observations regarding other relevant studies must be provided.

11. Gratitude:

People who have intellectually cooperated, but not to an authorship's extent, should be mentioned together with their function and contribution. They should be described as "scientific councillor" or "clinic essay participant" and their permission to be named must be requested.

12. Abbreviations and symbols:

Only standard abbreviations must be used. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use unless it is a standard unit of measure.

13. References:

References should be numbered as they appear consecutively in the text, with their positions in the text indicated.

Personal communications added in parentheses should be avoided.

The inclusion in references of accepted but unpublished texts are accepted. In that case, the contribution must be mentioned with the inscription "in press" in parentheses and two copies submitted.

For abbreviation of journal or book names refer to the List of Journals Indexed in Index Medicus.

References should not exceed 25 in each manuscript.

14. Comment:

All manuscripts will be commented by a recognized expert on the subject mentioning academic degree, department, institution and complete mailing address.

The Executive Committee of the Argentine Journal of Urology reserves the right to put the submitted manuscript (with authors' agreement) under revision and critics by other experts.

15. Letters to the Editor:

This section will focus on critics to previous articles or comments recently published. Letters should be short (up to 400 words), double-spaced and with a maximum of 5 references.

The editor reserves the right to letters' inclusion in the Journal. All letters submitted for publication are subject to editorial revision and changes to bring them into conformity with the style of the Journal.

-- Editorial:

This section is intended for traditional editorials and subjects linked to the Journal's purpose. It will be ordered by the Management.

The manuscript should be typed, double spaced with a length of 1.000/1.500 words and not more than 4 references.

- Readers' letters on different urological topics are encouraged.
- Preliminar communications about new works in which authors are involved. They should include short summary and references.
- Relevant clinic cases can be submitted enclosing summary, diagnostic, treatment and the corresponding photographs, figures and tables.

INDEX MEDICUS

Lista de patologías urológicas recomendadas para su utilización en las palabras clave por el Index Medicus

Enfermedades urológicas y de los genitales

Enfermedades de los genitales masculinos	Torsión del cordón espermático	Hemoglobinuria
Epididimitis	Espermatocoele	Nefropatías
Neoplasmas de los genitales masculinos	Enfermedades testiculares	Anuria
Hematocele	Orquitis	Oliguria
Herpes genital	Neoplasmas testiculares	Nefropatías diabéticas
Hidrocele	Tuberculosis de los genitales masculinos	Síndrome de Fanconi
Infertilidad	Varicocele	Síndrome hepatorenal
Infertilidad masculina	Prostatitis	Hidronefrosis
Oligospermia	Tuberculosis urogenital	Hiperoxaluria primaria
Enfermedades del pene	Tuberculosis de los genitales masculinos	Hipertensión renal
Balanitis	Tuberculosis renal	Hipertensión renovascular
Induración peneana	Enfermedades urológicas	Cálculos renales
Neoplasmas del pene	Enfermedades de la vejiga	Necrosis de la corteza renal
Fimosis	Cálculos de la vejiga	Riñón quístico
Parafimosis	Fístula de la vejiga	Riñón poliquístico
Priapismo	Fístula vesicovaginal	Riñón esponjoso
Enfermedades de la próstata	Obstrucción del cuello vesical	Insuficiencia renal aguda
Hipertrofia prostática	Neoplasmas de la vejiga	Necrosis tubular renal aguda
Neoplasmas de la próstata	Vejiga neurogénica	Insuficiencia renal crónica
Prostatitis	Cistitis	Neoplasmas renales
Trastornos sexuales	Reflujo vesicoureteral	Necrosis papilar renal
Impotencia	Hematuria	Nefritis
		Glomerulonefritis
		Glomerulosclerosis focal
		Síndrome de Goodpasture

Enfermedades urológicas

Nefropatías	Errores innatos del transporte tubular renal	Neoplasmas uretrales
Glomerulonefritis	Acidosis tubular renal	Obstrucción uretral
Glomerulonefritis por IGA	Aminoaciduria renal	Obstrucción del cuello vesical
Nefritis lúpica	Cistinuria	Estrechez uretral
Nefritis hereditaria	Enfermedad de Hartnup	Uretritis
Nefritis intersticial	Cistinosis	Enfermedad de Reiter
Nefropatía de los Balkans	Glucosuria renal	Cálculos urinarios
Pielonefritis	Hipofosfatemia familiar	Cálculos de la vejiga
Pielonefritis xantogranulomatosa	Síndrome oculocerebrorenal	Cálculos renales
Nefrocalcinosis	Tuberculosis renal	Cálculos ureterales
Nefrosclerosis	Uremia	Fístula urinaria
Nefrosis	Síndrome hemolítico-urémico	Fístula de la vejiga
Nefrosis lipóide	Granulomatosis de Wegener	Fístula vesicovaginal
Síndrome nefrótico	Proteinuria	Infecciones urinarias
Perinefritis	Albuminuria	Bacteriuria
Pielitis	Enfermedades del uréter	Piuria
Pielocistitis	Cálculos ureterales	Trastornos urinarios
Pielonefritis	Neoplasmas ureterales	Enuresis
Pielonefritis xantogranulomatosa	Obstrucción ureteral	Poliuria
Obstrucción de la arteria renal	Ureterocele	Incontinencia urinaria
Osteodistrofia renal	Enfermedades uretrales	Incontinencia urinaria de esfuerzo
		Neoplasmas urogenitales
		Neoplasmas urológicos

NOTICIAS DE LA SAU

Coordinador: José R. Castera



CURSOS A DICTARSE EN EL HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Actualización en Disfunciones Sexuales e Infertilidad Masculina

Viernes 20 de agosto de 9.00 a 17.00 hs. y sábado 21 de 8.30 a 12.30 hs. Directores: Dres José Vázquez y Edgardo Becher.

Redacción Científica

Sábado 28 de agosto de 8.30 a 12.30 hs. Directores: Prof. Dr. Osvaldo N. Mazza y Prof. Dr. Jorge Tobli.

Fundamentos Neuroanatómicos del Control de la Función Urogenital

Viernes 19 de noviembre de 19.00 a 21.30 hs. y sábado 20 de 8.30 a 12.30 hs. Directores: Dr. Federico Zeller y Prof. Dr. Osvaldo N. Mazza.

Se dictarán en el Sector Docente de la Unidad de Urología del Hospital de Clínicas José de San Martín, Av. Córdoba 2350, 4º piso, Buenos Aires. Inscripción en la Unidad de Urología (Dr. Caludio Rosenfeld). Máximo de alumnos a inscribirse, 25; arancel, \$ 10,00 por curso.

International Continence Society

23 al 26 de agosto de 1999, en Denver, EE.UU. El 22 de agosto de 1999 se realizará el capítulo de la SINUG. Informes: Xeneral Pardiñas 14-16, 4º "B", E-15701 Sgo. de Compostela.

Curso de Urología Básica para el Médico Generalista

27 y 28 de agosto de 1999. Servicio de Urología del Policlínico Neuquén. Informes: 099-774456 (Dres. Míngote y Rodríguez).

V Jornadas Franco-Argentinas de Medicina y Cirugía

1 al 3 de septiembre de 1999. Hospital Francés de Buenos Aires. Informes: Estados Unidos 3205, Buenos Aires. Telefax: 4957-7617.

III Jornadas de Urología del Hospital Francés, a desarrollarse dentro del marco de las V Jornadas Franco-Argentinas de Medicina y Cirugía

2 y 3 de septiembre de 1999. Ciudad de Buenos Aires. Informes: Tel. 4932-6210.

II Curso de Avances en el Diagnóstico y Tratamiento de las Disfunciones Eyaculatorias y del Comportamiento Sexual

9 de septiembre de 1999. Hospital Vélez Sársfield, Buenos Aires. Informes: Tel.: 4566-9590.

II Curso Intensivo: Cirugía Correctiva y Protésica del Pene y la Uretra

17 y 18 de septiembre de 1999. Aula Magna del Hospital Durand, Buenos Aires. Informes: Tel.: 4982-5555.

SAU

 **XXIX Congreso de la Federación Argentina de Urología y XXXVII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología. Tema Central: "Cáncer de Vejiga"** _____
23 al 26 de septiembre de 1999. Centro de Congresos y Exposiciones de la ciudad de Mendoza. Secretaría e informes: Espejo 70, 3er. piso, (5500) Mendoza. Telefax: 0261-4235363 - 4290926.

 **V Jornadas Metropolitanas de Sexología y Educación Sexual** _____
1 y 2 de octubre de 1999, en el Regente Palace Hotel, Suipacha 964, Capital Federal. Telefax: 4633-4844.
E-mail: sash@ines.net.ar.

 **II Jornadas de Urología Femenina y Cirugía Reconstructiva del Piso Pélvico** _____
Octubre de 1999. Hospital Británico de Buenos Aires.

 **III Meeting of the European Society for Impotence Research (ESIR)** _____
3 al 6 de octubre de 1999. Estambul, Turquía. Informes: Congress Secretariat PERA Organization. Rumeli cad. 124/5, 80260 Osmanbey. Estambul, Turquía. Tel.: +90 212 2305535. Fax: +90 212 2304923.
E-mail: serpilb@antmarin.com.tr.

 **V Congreso de la Sociedad Latinoamericana para el Estudio de la Impotencia** _____
7 al 10 de octubre de 1999. Ciudad de Acapulco, México. Informes: Dr. Ugarte. Fax: (525) 652'2005.
E-mail: fugarter@dfi.telrmex.net.mx.

 **II Congreso Internacional de Control de Infecciones y V Congreso Nacional de Control de Infecciones** _____
14 y 15 de octubre de 1999. Hotel La Plaza, Buenos Aires. Informes: San José 1733, Buenos Aires.
Telefax: 4451-8704.

 **II Simposio Internacional - Avances en Infectología y Microbiología Clínica** _____
17 y 20 de octubre de 1999, organizado por la Sociedad Aargentina de Infectología y Sociedad Argentina de Bacteriología Clínica, en el Hotel Inter-Continental de esta ciudad. Secretaría: Cap. R. Freire 695, Capital Federal. Tel.: 4553-3311. Fax: 4551-3955. E-mail: pharmaconsult@interlink.com.ar.

 **Congreso Chileno de Urología** _____
29 al 31 de octubre de 1999. Informes: Organización XM - Andrés de Fuenzalida 22, Ofic. 306, Providencia, Santiago, Chile. Telefax: 232-2559.

 **XXVII Congreso Brasileño de Urología** _____
13 al 18 de noviembre de 1999. Riocentro - Río de Janeiro. Irajá 260 - 2 Andar - Botafogo - 22271-020. Río de Janeiro, Brasil. Tel. (021) 286-2846. Fax: (021) 537-9134. E-mail: br.uro99@jz.com.br.

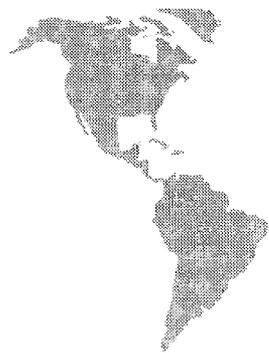
 **XV Asia Pacific Cancer Conference** _____
5 al 8 de diciembre de 1999. Chennai, Madras, India. Informes: Dr. T. Raikumar. Cancer Institute (Annexe), 18 Sardar Patel Road. Chennai (Madras), -600036, India. Tel.: +91 44 2350131/2350241. Fax: +91 44 4913085.

 **XXIII Biennial Congress of the Urological Association of South Africa** _____
19 al 23 de marzo del año 2000. Durban Contact: Interaction Conferencing, Robynne Wheatley/Neville Munien University of Natal. Durban, 4041, South Africa. Tel.: +27 (0) 31-2601607/2601584. Fax: +27 (0) 31-2601606. E-mail: wheatley@pro.und.ac.za / Munienn@pro.und.ac.za.

 **VIII Symposium Internacional de Andrología** _____
30, 31 de marzo y 1 de abril del año 2000. 1ª Reunión sobre el Manejo de la Disfunción Sexual Femenina. Palma de Mallorca. Informes: Tel.: (971) 71 47 33. Fax: (971) 72 65 19. E-mail: cuesba@aclas-lap.es.

 **IX World Meeting on Impotence and XII Symposium Corpus Cavernosum Revascularization** _____
Septiembre del año 2000. Perth Western Australia. PO Box 890, Canning Bridge Western Australia. Australia 6153. Tel.: +61 8 9332 2900. Fax: +61 8 9 332 2911. E-mail: promaco@promaco.com.au.

SAU



**XXV CONGRESO DE LA
CONFEDERACION AMERICANA
DE UROLOGIA y
CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA**



17 al 21 de septiembre del año 2000
Hotel Sheraton, Buenos Aires, Argentina

Informes

Secretaría SAU

Tel./Fax: 4963-8521/4396/4337

SIU Scholarships

The SIU announces the availability of four travelling fellowships for young Urologists in training. The successful candidates will be offered US\$ 5,000 each. Application with a complete C.V. should be forwarded to: Paul J. Van Cangh, M.D. SIU General Secretary, SIU Central Office, 10 Avenue Hippocrate, 1200 Brussels, Belgium. Ph #: + 32 2 764 1411 - Fax #: +32 2 764 1408. E-mail: S.I.U.Central@chex.ucl.ac.be.

Becas SIU

La SIU anuncia la disponibilidad de 4 becas para jóvenes urólogos a los cuales se les otorgará la suma de US\$ 5.000 a cada uno. Enviar solicitud con *Curriculum Vitae* completo a: Paul J. Van Cangh, M.D. SIU General Secretary, SIU Central Office, 10 Avenue Hippocrate, 1200 Brussels, Belgium. Ph #: +32 2 764 1411 - Fax #: +32 2 764 1408. E-mail: S.I.U.Central@chex.ucl.ac.be.

Se recuerda que el día 30 de septiembre de 1999 vence el plazo para solicitar a la Sociedad Argentina de Urología auspicios para el año 2000.

PREMIO "JUAN AGUSTIN PAGANO"

Este premio se presenta en forma bienal, años impares; el correspondiente al año 1999 puede presentarse hasta el 1º de octubre de 1999.

El mismo versa específicamente sobre el tema:

"Cirugía urológica, en cualquiera de sus modalidades".

El Reglamento está a disposición en la Secretaría de la SAU.

PREMIO "PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA"

Se otorgará este Premio al mejor trabajo presentado en las Reuniones Científicas del año.

PREMIO "DR. LUIS E. PAGLIERE"

Este Premio se presenta en forma anual, el correspondiente al año 1999 se podrá presentar antes del 1º de septiembre de 1999.

**LOS RESPECTIVOS REGLAMENTOS DE ESTOS PREMIOS SE
ENCUESTRAN A SU DISPOSICION EN LA SECRETARIA DE
LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA.**

SAU

Beca de la Confederación Americana de Urología

La Confederación Americana de Urología recibió la propuesta del *Dr. Antony Atala*, que ofrece una beca para un médico urólogo latinoamericano, para trabajar en la investigación de órganos artificiales en su Centro de la ciudad de Boston. La beca consta del boleto aéreo, ayuda para el alojamiento y dos mil dólares mensuales. Para mayor información podrá comunicarse con la Secretaría Permanente de la Confederación Americana de Urología al teléfono 383-6078.

Solicitudes de Becas de la Confederación Americana de Urología

Las pautas curriculares para las solicitudes de becas a la Confederación Americana de Urología son las siguientes:

- 1) Carta de recomendación, preferentemente de representante de la CAU en el país de origen o del Jefe de Servicio del Solicitante.
- 2) Nombre, edad, dirección, teléfono/fax, título profesional.
- 3) Datos de interés científico (títulos universitarios, becas, entrenamiento especializado, orientación de sus estudios).
- 4) Sociedades científicas a las que pertenece.
- 5) Otros datos relevantes (conferencias, premios, títulos honoríficos).
- 6) Publicaciones.
- 7) Beca solicitada.
- 8) Motivo por el cual solicita la beca.

Certificaciones y Recertificaciones de Especialistas

A partir del 3 de marzo de 1997 rigen los siguientes aranceles para las certificaciones y recertificaciones de Especialistas en Urología:

Socios de la Sociedad Argentina de Urología y socios de la Confederación Argentina de Urología	\$ 50,00
No socios	\$ 100,00

El arancel deberá ser abonado antes del 28 de febrero de 1999 a los efectos de recibir el correspondiente diploma durante el desarrollo del Simposio Internacional "Avances en Urología" 1999. Con posterioridad a esa fecha la entrega del mismo se efectuará en la sede de la SAU, previo pago del arancel correspondiente.

Título de Especialista en Urología

- Fecha de presentación:** Hasta el 1° de marzo del año 2000.
- Curriculum Vitae* confeccionado de acuerdo con el modelo aprobado por la Sociedad Argentina de Urología.
- El *Curriculum Vitae* debe ser acompañado por una copia en un diskette de alta densidad (3,5" o 5,25") con formato para windows, para ser archivado, devolviéndose el *Curriculum* presentado.
- La fotocopia del título de médico deberá ser autenticada por Escribano Público.
- No se aceptarán solicitudes que no cumplan estrictamente los requisitos estatutarios.
- El formulario correspondiente deberá solicitarse en la Secretaría de la SAU.
- Recertificación:** Se recuerda que la misma debe ser realizada cada 5 (cinco) años. Si bien la actualización es voluntaria se recomienda a los señores profesionales cumplir con la misma. Los interesados deberán solicitar la recertificación por escrito, avalando su presentación con la firma de dos socios titulares de la SAU, y presentar un *Curriculum Vitae* con la correspondiente copia en diskette.
- El formulario correspondiente deberá solicitarse en la Secretaría de la SAU.

SAU

Cuotas sociales atrasadas

La SAU pretende brindar cada vez más y mejores servicios a sus miembros. Para ello, obviamente, se requiere contar con los medios económicos necesarios, gran parte de los cuales provienen del pago en término de la Cuota Social por parte de todos los socios. La gran morosidad que se registra se debe muchas veces —nos consta— a olvidos involuntarios o a las dificultades postales.

Por ello rogamos a todos los que se encuentran en situación de morosidad que normalicen su situación para que podamos continuar con los servicios, de los cuales la remisión gratuita de esta Revista es un ejemplo.

Transcribimos a continuación el texto del artículo 14 de nuestros Estatutos: “Los miembros, cualquiera sea su categoría, perderán su condición de tales por: a) Renuncia; b) Cancelación de título; c) Cesantía por falta de pago de una anualidad. Para recuperar la categoría deberán depositar previamente en Tesorería la suma adeudada desde su separación hasta la fecha de reincorporación, al valor actualizado de la cuota social”.

Actualización de domicilio

La distribución de nuestra Revista tropieza con la falta de actualización de domicilio de los urólogos, especialmente del interior.

Solicitamos a todos los Jefes de Servicio y colegas en general que difundan nuestro pedido de actualización. Las rectificaciones deben comunicarse a nuestra sede.

Asesoría Jurídica

Se encuentra a disposición de los socios de la SAU la Asesoría Jurídica a cargo del Estudio Moreno-Bosco; las consultas pueden efectuarse personalmente los días lunes de 18 a 20 hs., en la sede de la SAU, o comunicarse con los letrados diariamente de 11 a 19 hs. a los teléfonos 4861-8821 y 4867-1028.

TITULO: ESPECIALISTA EN UROLOGIA 1999

5215 - ABDALA, Roberto Daniel
No Soc. - AMITRANO, Daniel Fernando

No Soc. - ANTONI, Gregorio Adolfo

5600 - ARES, Jorge Hugo

5566 - BATTAGLINI, Juan Pablo

5377 - CAPALBO, Pedro Nicolás

5363 - EKIZIAN, Daniel Jorge

No Soc. - FERREYRA, Juan Carlos

5666 - FLORES, Alberto Luis

5625 - GARCIA TORREZ, Edgard Fernando

5546 - GONZALEZ SUPERY, Marta Elena

5619 - GONZALEZ MORALES, Mariano Alberto

5659 - HOLLMER, Steffen

5550 - KRENZ, Ricardo

No Soc. - MARQUEZ CHIA, Ramón de Jesús

5547 - MARTINEZ, Pablo Francisco

5573 - MENDIZABAL, Fernando

5567 - MOLINA, Roberto Luis (h)

No Soc. - MONTI, Fernando Adrián

No Soc. - MUÑOZ, Gerardo Duilio

5673 - ORTIZ VASQUEZ, Hugo Eduardo

5384 - OZON, Angel Eduardo

No Soc. - PARDO, Luis Cayetano

5624 - RODRIGUEZ, Ramón Ariel

5568 - RODRIGUEZ, Ricardo Raúl

No Soc. - ROSA, Sebastián Lidio

No Soc. - RUIZ DIAZ NARVAEZ, Quintiliano

5494 - SCHIN, Eduardo Oscar

No Soc. - TEMPRANO, Rolando Alfonso

RECERTIFICACION TITULO: ESPECIALISTA EN UROLOGIA 1999

ALBORNOZ, Roberto Jorge

FLORES, Juan Carlos

TOLEDO, Carlos Rubén

SAU

TITULO: ESPECIALISTA JERARQUIZADO EN UROLOGIA 1999

BUJALDON, Néstor Daniel
BURGOS, Néstor Ginés
CANCINOS, Juan Carlos
FERNANDEZ ROZAS, Rafael Francisco
GARCIA, Pedro Enrique Francisco
PENIDA, Alfredo Osvaldo
PREGAL, Rubén Augusto
RANITZSCH, Pablo Alejandro
RASGUIDO, Ricardo Marino
RICART, José Manuel
RIZO, Mario Alberto
TRONCOSO, Carlos Adolfo

TITULO: ESPECIALISTA CONSULTOR EN UROLOGIA 1999

ALMOS, Alfredo Roberto
BEKERMAN, Alberto David
CASAL, José María
GARCIA GUIÑAZU, Antonio Ricardo

RECERTIFICACION TITULO: ESPECIALISTA CONSULTOR EN UROLOGIA 1999

GRIPPO, Lorenzo
PODESTA, Miguel Luis

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

4 números
anuales

Exclusivamente para no socios de la SAU

Enviar ficha de suscripción a:

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Combate de los Pozos 246 - 1º "5" - (1080) Buenos Aires - Argentina

Importe de la suscripción anual

Argentina \$ 40 - Latinoamérica us\$ 80 - Otros países us\$ 100

DIRECCION DE ENVIO:

Nombre y Apellido:

Dirección:..... Nº:..... Piso:.....

Código Postal:..... Provincia:..... País:.....

Tel:..... Fax:.....

Especialidad:.....

Departamento:.....

Hospital:.....

FORMA DE PAGO:

Cheque Nº:..... Banco:.....

Giro Postal Nº:.....

.....
Firma del titular

*Ficha de
suscripción*

99

SAU



**Sr. Director de la
REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA
SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA**

Combate de los Pozos 246 - 1º "5"
(1080) Buenos Aires
Argentina

----- DOBLAR -----

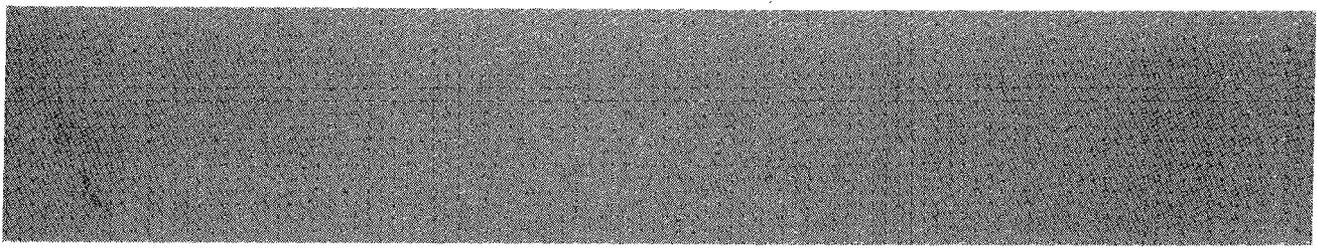
..... PAIS:

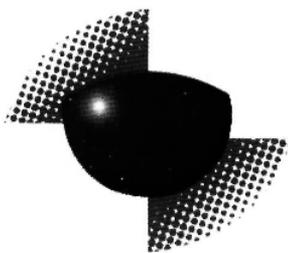
..... CIUDAD:

..... DIRECCION:

..... REMITENTE:

----- DOBLAR -----





Raffolutil[®]

BICALUTAMIDA 50mg

La Elección Adecuada.
para un Bloqueo Androgénico Total.



Tradición y Desarrollo

UN NUEVO PRODUCTO DE
LINEA UROLÓGICA RAFFO

PRESENTACIÓN: Envases conteniendo 30 comprimidos recubiertos.

La Primera Molécula Bloqueante α 1A Super-Selectiva para el Tratamiento de la Hipertrofia Benigna de Próstata

TAMSULOSINA OMNIC[®]

UNA SOLA TOMA DIARIA, DESDE EL INICIO

- **Rápido alivio de los síntomas de HPB**
- **60 veces más selectivo que otros α bloqueantes**
- **Sin actividad sobre el sistema cardiovascular**
- **No necesita titulación de dosis**



PRESENTACION:
Envases con 30 cápsulas de liberación controlada.

Tempo-Losaló

