**CUERNO CUTANEO PENEANO. Presentación de un caso.  
Revisión de la literatura****CUTANEOUS HORN OF THE PENIS. Case report. Review of the  
literature.**

---

**Dres. Fadil Iturralde, J. L.; Provenzal, O.; Bergero, A.\*; Yaber, F.; Venuti, F.; Müller, R.**

---

**RESUMEN:** *El cuerno cutáneo del pene es una lesión rarísima con menos de 100 casos publicados en la literatura mundial. La importancia clínica de estas lesiones radica en la patología subyacente que conduce a los cambios hiperqueratósicos de la piel. En la mayoría de los pacientes la lesión es benigna, pero en un tercio de ellos representan la expresión clínica de una patología maligna. El tratamiento de elección es la escisión completa de la lesión.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 4, Pág. 205, 1999)

---

**Palabras clave:** Cuerno cutáneo peneano; Hiperqueratosis.

---

**SUMMARY:** *Cutaneous horn of the penis is a rare condition, with less than 100 cases reported in the literature. Of interest is the aetiology of the hyperkeratotic change in the base of the lesion. In the majority of patients the lesion is benign but in one third represent the clinic expresion of a neoplastic pathology. Complete excision of the lesion is the treatment of choise.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 4, Pág. 205, 1999)

---

**Key Words:** Cutaneous horn of the penis; Hyperkeratosis.

---

---

**INTRODUCCION**

---

Cuerno cutáneo es una designación morfológica para un nódulo hiperqueratósico denso, producido por la coherencia de material queratinizado, como respuesta reaccional a una patología de la piel<sup>(4)</sup>. Estas lesiones pue-

den tener tamaños que varían desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros. Pueden ser rectos o curvos.

Los cuernos cutáneos son lesiones generalmente halladas en zonas fotoexpuestas, pero pueden localizarse en cualquier área de la piel<sup>(2,7)</sup>.

La localización del cuerno cutáneo en pene es extremadamente rara. *Richond-Debrus* informó el primer caso en 1827, y *Van der Velde* hizo la primera revisión en una serie de 25 pacientes en 1936<sup>(7)</sup>. La última publicación la realizó *Ponce de León* en 1994, existiendo hasta ese momento menos de cien casos comunicados en la literatura mundial<sup>(3)</sup>.

---

Cátedra de Urología. \* Cátedra de Anatomía Patológica.  
Universidad Nacional de Rosario. Hospital Provincial del  
Centenario.  
Urquiza 3100. Rosario (2000) Santa Fe. Argentina

El motivo de esta presentación se basa en la rareza de la patología y la importancia que el correcto diagnóstico y tratamiento de estas lesiones significan en su evolución.

## CASO CLINICO

Paciente de 48 años de edad que consultó por dos lesiones exofíticas en el glande, de crecimiento lento, de un año de evolución. El paciente negaba antecedentes patológicos de jerarquía y enfermedades de transmisión sexual. Los exámenes analíticos de rutina eran normales y la reacción de VDRL, negativa.

Al examen físico el paciente presentaba el pene no circuncidado, con dos lesiones en las caras dorsolaterales del glande, redondeadas, de 8 mm de alto y 6 mm de diámetro aproximadamente, de bordes netos, regulares, sin base indurada, duras, de color blanco-nacarado. La piel que rodeaba a las lesiones impresionaba de características atróficas.

No presentaba adenopatías inguinales (Fotos 1 y 2).

Se le realizó una biopsia escisional (*losange*) de las lesiones con un margen de piel sana de 5 mm.



Fotos 1 y 2: Lesiones en glande

La anatomía patológica informó lesiones exofíticas hiperqueratósicas que en la base muestran imágenes de liquen escleroso e hiperplasia epitelial marcada con alteraciones citoarquitecturales vinculables a HPV (Fotos 3 y 4).



Foto 3: Corte histológico que muestra la gran hiperqueratosis con cornificación.

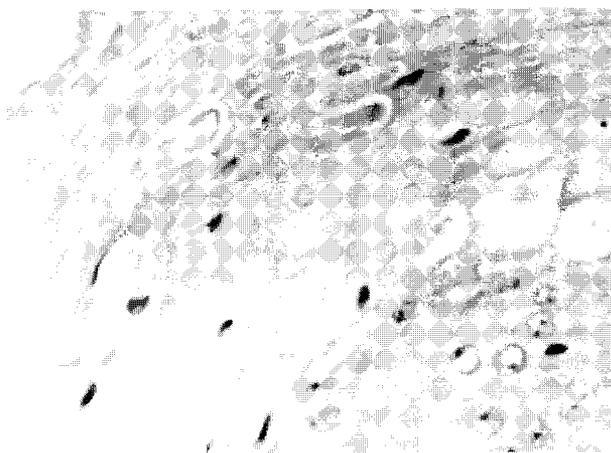


Foto 4: Corte histológico que muestra coilocitos, típicos de infección por HPV.

## Lesiones halladas en la base de los cuernos cutáneos peneanos

Benignas	Premalignas	Malignas
Verruga vulgar	Enfermedad de Bowen	Carcinoma escamoso
Angioma	Queratosis arsenical	Carcinoma de células basales
Nevus	Liquen escleroso	Sarcoma de Kaposi
Granuloma piógeno		
Mollusco		
Fibroma		

Tabla 1

### DISCUSION

Los cuernos cutáneos constituyen una manifestación superficial de una enfermedad subyacente, representando una hiperqueratosis exagerada secundaria a una lesión en la dermis o epidermis. La importancia del hallazgo clínico de estas lesiones no radica en su apariencia superficial sino en el tejido basal sobre el cual puede existir patologías benignas, premalignas o malignas.<sup>(7)</sup>

Las lesiones halladas debajo de los cuernos cutáneos peneanos descripta en la literatura figuran en la Tabla 1.

En los pocos casos publicados, la lesión subyacente más frecuentemente hallada fue la verruga vulgar causada por HPV.<sup>(6,7)</sup> Entre un 33 - 37% presentaban carcinoma de células escamosas en su base.<sup>(3,7)</sup> Cabe destacar que las lesiones neoplásicas halladas en los cuernos cutáneos del resto del organismo sólo representan un 20% aproximadamente.<sup>(5)</sup>

Entre los factores predisponentes se mencionan la presencia de prepucio y la mala higiene. Generalmente aparecen como lesión única, pero se han descripto pacientes hasta con cuatro sesiones. El tiempo de crecimiento descripto en la literatura varió desde tres meses hasta trece años. Los sitios de presentación fueron glande, surco coronal y prepucio, en ese orden de frecuencia.<sup>(7)</sup>

**Hallazgos anatomopatológicos:** El estrato córneo muestra marcada hiperqueratosis y paraqueratosis. Ocasionalmente se observa acantosis y proliferación desordenada de queratinocitos. Los cambios hallados en las capas más profundas de la piel se relacionan con la patología subyacente al cuerno cutáneo.<sup>(4,5,7)</sup>

El tratamiento de elección es una escisión de la lesión y su base, respetando un margen de piel sana de por lo menos cinco milímetros. Este tratamiento no sólo es útil como diagnóstico, sino que en la mayoría de los ca-

sos es curativo, debido a que al eliminar la patología subyacente se suprime el factor predisponente para la formación de un cuerno cutáneo.<sup>(2,4)</sup>

Se recomienda un control periódico de estos pacientes, y ante la sospecha de recidiva se debe realizar una biopsia de la cicatriz o nueva lesión. Raramente recidivan si el tratamiento fue adecuado, pero cuando lo hacen, se relacionan en un mayor porcentaje con patologías malignas en su base.<sup>(1,2,7)</sup>

### CONCLUSIONES

El cuerno cutáneo peneano es una lesión extremadamente rara, pero cuando aparece presenta un interés especial, ya que en su base frecuentemente se hallaron lesiones malignas. En la mayoría de los casos la escisión de la lesión completa con un margen de piel sana es curativa; y estos pacientes deben ser controlados en forma estricta.

### BIBLIOGRAFIA

1. Fields, T. y col.: Malignant evolution of penil horn. *Urology*, 30:65-66, 1987.
2. Lowe, F.; McCillough, A.: Cutaneous horns of the penis: an approach to management. *J. Am. Acad. Dermatol.* 13:369-73, 1985.
3. Ponce de León, F.; Algaba, F.; Salvador, J.: Cutaneous horn of glans penis. *Br. J. Urol.*, 74: 257-8, 1994.
4. Schellhammer, P. y col.: Tumores del pene. Campbell Urología. Sexta edición. Tomo 2. Pág. 1264. 1994.
5. Solivan, G.; Smith, K.; James, W.: Cutaneous horn of the penis: its association with squamous cells carcinoma and HPV-16 infection. *J. Am. Acad. Dermatol.* 23: 969-72, 1990.
6. Sugiura, H.; Otaguro, K.; Tsugaya, M.: Penil Horn: verruca vulgaris. *Urology*, 13: 548-50, 1979.
7. Walther, M.; Foster, J.: Cutaneous horn of the penis. *Urology*, 30: 156-8, 1987.

---

## COMENTARIO EDITORIAL

---

Los autores presentan muy prolijamente un caso clínico de cuerno cutáneo peneano que, como ya fue dicho, constituye una rareza dentro de la patología urológica, no así de la dermatopatología. Lo trascendente de esta comunicación es que refresca nuestra memoria acerca de la importancia de realizar la exéresis quirúrgica completa (descartando de esta forma los tratamientos con pomadas y tópicos) a fin de poder evaluar adecuadamente la base de estas lesiones que es la zona histopatológica-

mente importante. El aspecto benigno de la lesión no debe llevarnos a engaño y debemos proceder con la radicalidad que el caso amerita.

Creo que debe felicitarse a los autores por actualizarnos en un tema que muy probablemente nunca veremos en nuestra práctica cotidiana, pero que no por eso debe dejar de tener un lugar en nuestro arsenal diagnóstico.

---

**Dr. Guillermo Gueglio**

*Servicio de Urología*

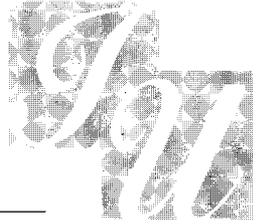
*Hospital Italiano de Buenos Aires*

---

# INFORMATICA EN UROLOGIA

Dr. Germán M. J. Chéliz

---



## SEGURIDAD EN LA RED

### SECURITY IN THE NET

El crecimiento en volumen del comercio electrónico plantea la necesidad de seguridad en la transferencia y almacenamiento de datos de valor comercial o estratégico a lo largo de la Red. Lo que casi nadie pensó con el advenimiento del correo electrónico es hoy una posibilidad al alcance de cualquier mano: la simple compra de un producto desde su PC, la revisión de un estado de cuenta bancaria personal, etc. Paralelo a eso surge el temor del destino y recorrido de dichos datos.

Curiosamente casi nadie trepida demasiado al pasar un número de tarjeta de crédito por teléfono para conseguir una entrada, o le da alegremente su tarjeta al mozo sin seguir cuidadosamente con la mirada el destino físico de esa tarjeta, sin ver siquiera si alguien anota el número de la misma y su código. Se imagina ¿qué desastre si alguien lo hiciera?

De hecho la principal inseguridad del sistema de compra por tarjeta radica en la falta de validación de usuario, ya que en la mayoría de los casos las tarjetas identifican a la cuenta, no a quien está solicitando la transacción.

De la misma manera ¿cómo sé yo, quién es el que lee el contenido del fax que yo envío? Acaso ¿es tan difícil interceptar una comunicación telefónica? Tal vez hoy en día sea seguro (o inseguro) pasar un número de tarjeta por correo electrónico que perder unos segundos de vista una tarjeta que entregó a un desconocido en un comercio.

Es muy difícil tener una magnitud precisa de la frecuencia con que dicha información es interceptada, pero es lógico pensar que su valor justifica el intento de algún inescrupuloso.

¿Es posible interceptar la información en tránsito de datos en la red? La respuesta, lamentablemente es sí.

1. Transmisión Radio Satelital: los celulares analógicos y digitales (desde los cuales Ud. puede conectarse con la Red) habitualmente no utilizan un sistema de codificación de datos lo cual los hace vulnerables.
2. Telecomunicación terrestre: la red de telefonía domiciliaria puede ser interceptada accediendo al control digital de la misma, método que habitualmente utilizan los Hackers.
3. Internet: se puede interceptar un nodo y filtrar el contenido de la información (por ejemplo seleccionar los paquetes de información que tuvieran las palabras "credit card" o "Valid dates").

¿Está usted nervioso? ¿siente que lo vigilan? ¿qué se puede hacer? *Encriptar*. ¿Qué es eso? Recurriendo al pensamiento analógico es lo que pasaría si Ud. hace una pregunta en castellano y le responden en ruso (espero que Ud. no hable ruso a fines del ejemplo). No puede procesar la información recibida en ruso. Igual con la computadora, la información transferida se hace inentendible.

Dentro de las múltiples formas de seguridad en la transferencia se destacan SSL, S/MIME y los certificados digitales. Veamos someramente qué es cada uno de ellos.

#### SSL (*Secure Socket Layer*)

---

Es un protocolo de transferencia de datos desarrollado por Netscape Communication Corporation® de uso público que en la actualidad es soportado por los navegadores más difundidos en el mercado.

¿Cuáles son los requisitos para utilizar la tecnología SSL?

Una conexión TCP/IP sobre cuyo protocolo trabaja, y cualquiera de las versiones actualizadas de los navegadores más difundidos en el mercado.

¿Qué es lo que realiza SSL?

El protocolo SSL hace segura la conexión cliente-servidor de la siguiente manera:

1. Certifica la identidad del Server: permite saber al programa cliente del usuario la identidad del servidor (por ejemplo que no se está colgando un Hacker en el medio, y que en realidad está usando de servidor al Hacker).
2. Certificación de cliente: el software del Servidor está seguro de que en realidad es su cliente (al igual que en el ejemplo anterior puede filtrarse un Hacker y acceder a su información).
3. Una conexión encriptada.

El protocolo de transferencia SSL posee dos subprotocolos: *SSL record protocol* y *SSL handshake protocol*. El primero define el formato de transferencia de data y el segundo permite la transferencia de una serie de mensajes entre cliente y servidor para establecer la conexión.

### S/MIME (Secure MIME)

S/MIME, Open PGP/MIME y PGP MIME son distintas versiones del protocolo de transferencia de datos MIME que incorpora el encriptado del contenido, aplicable a cualquier usuario que lo disponga independientemente del Servidor utilizado. La diferencia básica con SSL es que el primero lo que hace es establecer una conexión segura entre cliente y servidor, S/MIME envuelve al paquete de datos de dicha seguridad independientemente del servidor. Estos protocolos utilizan la tecnología de llave pública (*Public Key Technology*). Este es un sistema que utiliza dos llaves o claves identificatorias, una pública conocida por todos los usuarios y una privada conocida sólo por uno mismo. Se utiliza la llave o clave pública para encriptar y la privada para desencriptar. Ejemplo: Juan le envía un e-mail seguro a Pedro. El protocolo de transferencia utiliza la clave pública de Juan para encriptarlo y el programa de correo de Pedro utiliza la clave privada de Pedro para desencriptarlo. De ahí surge la principal dificultad del sistema, hay que saber la clave pública del destinatario para encriptarla y enviársela a él, o hay un registro público de dichas llaves o Ud. tiene que tenerla porque se la entregó el destinatario.

S/MIME se propone otorgar la autenticidad del que origina la información, y la privacidad de la misma.

### Certificado digital

Es información adjunta a un mail que certifica que quien envía el mail es realmente quien pretende ser y no otro. El certificado digital personal posee los datos del usuario nombre, dirección de correo, fecha de emisión y de vencimiento. El certificado de Sitio Web asegura la autenticidad del servidor. Se obtiene de la Autoridad Certificadora (algún Server que dé dicho servicio, ej.: *VeriSign*) y se envía al solicitante por mail. Estos certificados garantizan que sea un particular, servidor o incluso *routers* no sean un Hacker por ejemplo. No son falsificables y aseguran la privacidad de la información gracias al encriptado que posibilitan. Puede obtenerlas en forma gratuita temporalmente por seis meses (por ahora) o abonando una tarifa en otras categorías.

---

**Dr. Germán Chéliz**

*e-mail: gmcheliz@intramed.net.ar*

*Servicio de Urología Hospital Carlos G. Durand*

*Díaz Vélez 5044. (1405) Buenos Aires, Argentina*

*Tel.: 4982-5555 / 2677*

---

## COMENTARIO DE TRABAJOS

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

---



*The Journal of Urology*  
1999, Vol. 161: 1501-1503

---

### BUCCAL MUCOSA URETHROPLASTY FOR THE TREATMENT OF BULBAR URETHRAL STRICTURES

**Vitto Pansadoro, Paolo Emiliozzi, Marco Gaffi y Paolo Scarpone**

*Del Departamento de Urología, San Giovanni Hospital, San Raffaele Institute y San Camillo Hospital. Roma, Italia*

---

**ABSTRACT: Purpose:** We report the results of urethroplasty with a free graft of buccal mucosa as a dorsal onlay for the treatment of bulbar urethral strictures.

**Material and Methods:** Since June 1994, 30 patients with bulbar urethral strictures have been treated with buccal mucosa urethroplasty. Urethroplasty was performed with a free graft of buccal mucosa using a ventral onlay in the first 7 patients and a dorsal onlay in 23. Dorsal urethrotomy was performed with a Sachse, urethrotome after the bulbar urethra was separated from the corpora. The buccal mucosa onlay was sutured to the urethra and corpora cavernosa to ensure a patent urethra.

**Results:** At 20-month follow-up (range 3 to 50) the success rate was 96% (29 of 30 patients). Urethral stricture recurred in only 1 of 7 patients in the ventral onlay and none of 23 in the dorsal onlay group.

**Conclusions:** Preliminary results of urethroplasty for bulbar urethral strictures with a dorsal onlay graft of buccal mucosa are excellent. Longer follow-up is needed to evaluate definitive results.



#### Comentario

---

*Este trabajo refleja la evolución que ha experimentado el tratamiento de las estrecheces que involucren la uretra anterior.*

*El tratamiento "ideal" de una estrechez de la uretra que no responde a las dilataciones uretrales o a la uretrotomía interna es la uretroplastia anastomótica. Sin embargo, la uretroplastia anastomótica tiene una indicación precisa para aquellas estrecheces infranqueables en la uretra posterior, luego de rupturas totales y completas de la uretra intrapélvica de etiología traumática y en la uretra bulbar, cuando la estrechez no supera 1 cm de longitud aproximadamente, con indemnidad de la uretra distal y proximal a la estrechez.*

*El cambio señalado en el tratamiento de las estrecheces de la uretra bulbar obedece a varios factores. En primer lugar, al uso de injertos de mucosa bucal, por el grupo de Mainz<sup>2</sup>, para tratar estrecheces de la uretra. En segundo término, por las excelentes cualidades plásticas de este injerto. Su epitelio es escamoso estratificado, pero no sufre una queratinización como en la piel y su lámina propia es laxa con fibras colágenas y elásticas que facilitan su uso. Además, dispone de un plexo de grandes vasos en la submucosa a partir del cual nacen ramas que forman un plexo de vasos más pequeños en la lámina propia que favorece la neovascularización del injerto. Por último, hay que destacar el ingenioso acierto de Barbagli y col.<sup>3</sup> que ubican el injerto en la cara dorsal de la uretra perineal después de realizar una uretrotomía longitudinal en hora 12, a lo largo de la estrechez.*

*Este paso quirúrgico ofrece 2 importantes beneficios para la práctica de uretroplastias sustitutivas a nivel de la ure-*

---

**SAU**

tra bulbar. Primero, preserva la mejor vascularización de la uretra bulbar en su cara ventral y segundo término, permite fijar por un lado, el injerto a la cara dorsal de la uretra y por otro apoyarlo sobre los cuerpos cavernosos. Este lecho receptor, fijo y plano, es ideal para que el injerto desarrolle con mayor celeridad las etapas de inhibición e inosculación.

En resumen, este trabajo refleja estos hechos aunado a los excelentes resultados iniciales logrados por los autores del mismo con uretroplastias sustitutivas empleando injertos de mucosa yugal en forma de parche. Más aún este tipo de uretroplastias ha ganado una popularidad creciente e inclusive, en algunos centros, ha desplazado a las reconstrucciones uretrales, que usan colgajos en el tratamiento de estrecheces de la uretra bulbar o perineal.

---

**Dr. Miguel L. Podestá**

Docente Autorizado de Urología (UBA)

Jefe del Servicio de Urología

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires

*J. Urol.*

1999, 161 (6): 1871-1874

---

## DO URINARY SYMPTOMS CORRELATE WITH URODYNAMIC FINDINGS?

---

**Amundsen C., Lan M., English S.F., McGuire E.J.**

Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, University of Texas-Houston Medical School, USA.

---

**ABSTRACT: Purpose:** We determined whether urinary symptomatology correlates with video urodynamic findings.

**Material and Methods:** A total of 115 women with complaints of urinary incontinence completed a 27 item questionnaire. Pelvic examination and video urodynamic study were performed. Subjective findings were scored from 0 to 5, with 5 representing the most severe symptomatology. Patients were divided into 5 subgroups based on etiology of incontinence, and analyzed by Student's test with  $p < 0.05$  considered statistically significant.

**Results:** Among the 115 patients 11% had normal studies, 38% proximal urethral hypermobility with stress urinary incontinence, 33% intrinsic sphincter deficiency, 11% significant pelvic prolapse and stress urinary incontinence and 10% detrusor instability. Subjective complaints, such as incontinence during physical activity, were prominent in the both stress urinary incontinence groups as well as the prolapse group with stress urinary incontinence. Questions about nycturia, frequency, urgency, urge incontinence, number of pads, number of vaginal deliveries and incomplete emptying were not statistically significant for any group.

**Conclusions:** Subjective complaints were not helpful in differentiating the etiology of incontinence. Few questions were helpful in predicting which patients would have a normal video urodynamic study.



### Comentario

---

Una vez más, se comprueba la falta de correlación entre los síntomas y los hallazgos objetivos que miden los que los síntomas sugieren.

En este estudio a 115 mujeres que refirieron síntomas de incontinencia de orina, se las sometió a un cuestionario de 27 preguntas seleccionadas especialmente para determinar el mecanismo o tipo de incontinencia por la anamnesis. Luego fueron examinadas física y videourodinámicamente.

De las pacientes que refirieron perder orina con el Esfuerzo, resultó imposible predecir por la anamnesis, las que lo hacían con<sup>(1)</sup> "alta presión de pérdida de valsalva (PPV) asociada a hipermovilidad" de aquellas que los hacían asociada a<sup>(2)</sup> "muy baja PPV o sea con Disfunción Esfinteriana Intrínseca", ni tampoco de aquellas asociadas a un<sup>(3)</sup> "severo prolapsó genital".

Tampoco hubo correlación entre los síntomas de Urgencia miccional y la presencia de "Contracciones involuntarias de detrusor" o de "Incontinencia de Urgencia" en el estudio Urodinámico.

Los autores concluyen que antes de proponer largos y costosos tratamientos médicos o quirúrgicos es importante obtener previamente un diagnóstico correcto.

En mi opinión, no se puede estar en desacuerdo con esta propuesta en general, pero con el diagnóstico presuntivo o clínico, se puede proponer un tratamiento no invasivo (farmacológico, conductal, etc.) sin la confirmación urodinámica, reservando ésta para los fracasos.

---

**Dr. Víctor Romano**  
Profesor Adjunto (UBA)

*The Journal of Urology*  
1999, Vol. 161, 1290 - 1294

---

## SUPRANORMAL RENOGRAPHIC DIFFERENTIAL RENAL FUNCTION IN CONGENITAL HYDRONEPHROSIS: FACT, NOT ARTIFACT

---

**Dres. Gianpaolo, Capolicchio; Roman, Jednak; Laurent, Dinh; Joao Luis, Pippi Salle; Alex, Brzezinski and Anne-Marie Houle**

*From the Department of Urology and Nuclear Medicine, Montreal Children's Hospital, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada*

---

**ABSTRACT: Purpose:** Children with unilateral hydronephrosis, who had been prospectively examined with diethylenetriaminepentaacetic acid (DTPA) and dimercapto-succinic acid (DMSA) renography, were evaluated to determine whether supranormal renographic differential renal function exists.

**Material and Methods:** A total of 54 children with congenital single system hydronephrosis underwent abdominal ultrasound, voiding cystourethrogram, and DTPA and DMSA renal scans. None had abnormalities of the bladder or contralateral kidney. Differential renal function greater than 55% was defined as supranormal.

**Results:** Of the 54 patients 15 (28%) with a median age of 4 months (range 0.5 to 66) were identified with supranormal renographic renal function on either DTPA or DMSA. Supranormal renographic renal function was detected by DMSA in 9 cases (mean  $57 \pm 2\%$ ), DTPA in 8 (mean  $58 \pm 2\%$ ) and both in 2 (mean  $57 \pm 2\%$ ). Average function demonstrated in the 15 patients was  $55 \pm 3\%$  (range 51 to 62) with DMSA which was not different from that found with DTPA (mean  $55 \pm 4\%$ , range 46 to 61%). The kidneys with supranormal renographic renal function were significantly larger than hydronephrotic controls according to longitudinal parenchymal area on DMSA. Mean follow-up was 30 months for 13 patients, with 8 of 13 (62%) undergoing pyeloplasty. Follow-up DTPA renal scans available in 9 children revealed persistent supranormal function in 6, despite pyeloplasty in 3.

**Conclusions:** Supranormal renographic differential renal function does exist in congenital hydronephrosis and when found the kidneys are consistently enlarged. The position of supranormal renographic renal function in the management algorithm of hydronephrosis remains to be elucidated as it does not appear to be a benign prognostic factor.



### Comentario

Este trabajo presenta el concepto de "supranormalidad" funcional relativa renal, en un riñón hidronefrótico, promoviendo además una serie de especulaciones y teorías, así como observaciones de valor pronóstico clínico, todas tan atractivas como conflictivas, desde el momento que confronta al lector, prima facie, con hallazgos diametralmente opuestos a los "usuales" o "lógicos" en este grupo de pacientes, y que además, según los datos de los propios autores, se presenta infrecuentemente.

Las observaciones que puedo aportar desde mi especialidad están en la esfera del hábito en disminuir, justamente, lo más posible la posibilidad de artefacto, de modo de reflejar al colega que nos consulta lo mejor posible el hecho funcional que quiere medir.

Al respecto, los autores puntualizan disminuir el riesgo de artefacto para defender lo que consideran un hecho, por-

que llevan a cabo su estudio con dos trazadores de manejo renal completamente distinto, sin duda alguna un dato real, pero no reflejo absoluto de esa realidad.

El DMSA (introducido en esta comunicación por los autores como la mejor herramienta para medir la evolución en la hidronefrosis tanto clínica como experimental, muy probablemente, concepto al que me sumo) es un quelato metálico larga y vastamente utilizado como agente de marcación de la masa tubular renal funcionando contorneada proximal y distal (para muchos, preponderantemente la última), que luego de su administración endovenosa no sólo termina exclusivamente en esas células, sino que:

1) Existe un 10% permanentemente libre de su unión proteica (90%) circulante, que se oferta en cada paso al filtrado glomerular, que aunque muy escaso, está presente hasta las 4 horas de inyectado.

2) El resto del trazador es desligado de su unión plasmática probablemente por la acción depuradora celular, por medio de una enzima sulfhídrica llamada metalotioneína, proceso activo que utiliza energía celular (es por eso índice de vitalidad) y que culmina con la división de la molécula de DMSA en dos subpartes, una de las cuales queda fija allí, y la otra es excretada a la luz tubular, iniciando el primer paso de relleno de la primera estructura donde comienza a ocurrir excreción renal, aunque se trate de algo microscópico.

3) De los dos procesos relatados parece emerger la razón por la cual hasta las 4 horas se puede recoger, en riñones normales, hasta el 40-45% del DMSA inyectado en orina, quedando un 55-60% unido a la masa tubular funcionando cortical renal y ofreciendo así la mejor delineación "anatómica" de esta dotación parenquimatosa.

Está claro que el DMSA que recorre el sistema tubular puede, potencialmente, influir sobre la medición funcional, en especial si el "corte" para catalogar como normal, subnormal, o supranormal, pivota en un rango escaso.

Parece lógico pensar también que especialmente puede existir más peso de este factor, cuando esto ocurre en un sistema hidronefrótico, con presión retrógrada "demorando" constante y muy posiblemente el tránsito de las moléculas de DMSA no fijadas por sistemas tubulares, caliculares y piélicos.

Surgen entonces planteos como los siguientes:

1) ¿Que pasaría en los riñones "supranormales" reestimados a las 24 horas de la inyección de DMSA? (Práctica usual en nuestro servicio, que apunta a minimizar lo más posible la hipotética contribución artificial de moléculas de DMSA "en tránsito lento" por el sistema microtubular renal y pielocalicilar) ¿Serían las cifras medidas las mismas? ¿Se mantendría el porcentaje de "supranormales", o no? ¿De persistir, sería con iguales rangos y media, o esta descendería, obligando a reclasificar el concepto de "supranormalidad", o bien a abandonarlo, por no significativo?

2) Continuando esta línea de trabajo tendiente a reducir la posibilidad de artefacto ¿Si además se suma la administración de diuréticos entre la inyección y la imagen tardía a 24 horas, o bien sólo se enfatiza en sobrehidratar al paciente para mejorar la diuresis fisiológica?

3) Otra contribución puede surgir del operador al crear las áreas de interés que rodean al riñón con esas estimaciones de ceñir estrechamente al contorno de la masa funcionante visible, aun perimetrando cuidadosamente las convoluciones que a menudo le improntan las dilataciones pielocalicilares ectásicas, sin tomar áreas del sistema pielocalicilar, como parece apreciarse en las pocas imágenes del trabajo? ¿Y si además se resta un área igual, espejada, del riñón sano contralateral? ¿no se restaría el aporte (o al menos se precisaría algo mejor) de eventual DMSA en la luz microtubular renal?

También puede uno plantear si la suma de las tres medidas sugeridas impactarían igual, especialmente a la imagen a 24 horas, procedimiento sencillo que siempre nos deja más tranquilos a la hora de pensar en artefactos, e incluso encuentra a un chico tranquilo, alejado de la inyección endovenosa, y que si fue convenientemente contenido por los padres para no dormir mucho, puede dormirse sobre la cámara gamma, disminuyendo la excursión renal que el llanto general (lo cual genera distorsión de las medidas, dato no aclarado en la comunicación).

Si se concede en favor de estas observaciones el beneficio de la duda, y se repiten hallazgos, el hecho sería más concreto y se alejaría la influencia del artefacto. Todas las especulaciones y líneas de investigación postuladas alrededor de esto tendrían gran razón de ser.

También la influencia del pH urinario, la variabilidad de unión proteica, en la liberación tubular del DMSA, deben comentarse, en especial en pacientes con problemas renales, junto a todos los anteriores inconvenientes presentes aun con la mejor de las marcaciones de DMSA.

Estos mismos comentarios se pueden hacer para el radiorenograma con DTPA (95-97% filtrado por glomérulo y sólo 3-5% unido a p. plasmáticas).

En este estudio el efecto de transmisión de presión retrógrada hidronefrótico podría condicionar lentitud en la eliminación del contenido microtubular desde ANTES de la administración del DTPA, conduciendo a su "acumulación" relativa, y una estimación de "supranormalidad" artificial, aunque se lea entre el minuto 1 y 2 del registro.

Esta es la razón por la que preferimos expedirnos (con todas las precauciones comentadas) sobre función renal diferencial más con el centellograma renal con DMSA, que con la estimación renográfica con DTPA.

También por esto hay muchos grupos que, en el renograma diurético, administran furosemida 15 a 20 minutos ANTES de la inyección del DTPA, intentando forzar la eliminación de este "condicionamiento".

*También los autores citan que a pesar de la pieloplastia la "supranormalidad" persiste, para insistir en la poca probabilidad de artefacto. Es un fuerte argumento, pero no nos resulta infrecuente recordar en bastantes pacientes post-pieloplastia, practicadas por las mejores manos, sin cambios en la duración del tiempo de tránsito prolongado renal del DTPA, o aún peor, y que todo eso mejore con diuréticos a veces ¿Turno de pensar en la influencia de pelvis complaciente dilatada?*

*Excluidos estos comentarios, el valor del seguimiento longitudinal clínico, observando la posible asociación con mal pronóstico evolutivo, es, sin dudas interesante, pero escapa a mi conocimiento.*

*Sólo creo que ajustando algo más detalles metodológicos podría terminarse de dilucidarse un hallazgo que podría ser clave, real, para el futuro y el manejo de ese grupo de pacientes, a través de su mejor comprensión.*

---

**Dr. Guillermo Luis Gilligan**

Medicina Nuclear

Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

## 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 Pasaje de la Cárcova 3526 (1172) 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 correspondiera) 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 descripta 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 citas.

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 Pasaje de la Cárcova 3526 (1172) Buenos Aires, Argentina.
- After their approval, contributions will be published according to their acceptance order, unless editorial reasons do not let it.
- Contributions will not be 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 x 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 counselor" 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.
- Preliminary 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.

# NOTICIAS DE LA SAU

Coordinador José R. Castera

## Curso Anual de Endourología del Hospital Italiano

Se desarrollará durante el año 2000 en el Hospital Italiano de esta ciudad. Límite máximo de inscripciones. Informes: Serv. de Litotricia. Tel.: 4958-4922.

## I Curso de Uro-Oncología por Internet

A desarrollarse durante el año 2000. <http://www.urologia.org> - e-mail: [uroonconet@urologia.org](mailto:uroonconet@urologia.org)

## Curso de Educación a distancia - Orientación en Sexualidad Humana para Agentes de Salud

Informes: Licenciada G. Lance. Gascón 450, Cap. Fed. Hospital Italiano. Tel.: 4959-0200.

## Tercer Encuentro Urológico de las Sierras

10 y 11 de marzo del año 2000. En el Hotel Libertador de la Ciudad de Tandil.  
Informes: 02293-44559 y 445632.

## 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](mailto:wheatley@pro.und.ac.za) / [Munienn@pro.und.ac.za](mailto:Munienn@pro.und.ac.za).

## III Curso de Urodinamia práctica

22 y 25 de marzo del año 2000. En el Hospital de Clínicas Gral. San Martín de esta ciudad.  
Inscripción: Cátedra de Urología, Av. Córdoba 2351, 4º piso, Capital Federal. Tel.: 4826-2497/7359.

## V Curso Anual

A realizarse entre el 25 de marzo y 16 de diciembre del año 2000 en distintas ciudades de la provincia de Buenos Aires. Informes: Pueyrredón 438, Pergamino, Bs. As. Tel.: 02477-15594721.

## VIII Simposio 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](mailto:cuesba@aclas-lap.es).

## XV Congress of the European Association of Urology

12 y 15 de abril del año 2000. EAU, Brussels, Belgium, Contact. EAU Congress Office. PO Box 30016, 6803 AA Arnhem. The Netherlands. Tel. + 31 26 3890680. Fax: +31 26 3890686.

## II Conferencia Argentina sobre el Cáncer - 2000

17 y 19 de abril del año 2000 en el Sheraton Hotel & Towers de esta ciudad. Inf.: ESO Office Argentina - Florida 833, 1º piso, Cap. Fed., tel.: 4511-8079 y 8078. E-mail: [esoargentina@pla.net.ar](mailto:esoargentina@pla.net.ar)

**SAU**

### **American Urological Association Annual Meeting**

A realizarse entre el 29 de abril al 4 de mayo del año 2000. Atlanta, Georgia, USA. Contact. Convention Department 1120, North Charles, Street, Baltimore, MD. 21201-5559. USA.  
Tel.: 410 727 1100. Fax: 410 223 4371.

### **II Curso Intensivo de Cirugía Correctiva y Protésica del Pene y la Uretra**

12 y 13 de mayo del año 2000. Aula Magna del Hospital Durand. Tel.: 4982-5555/2677.

## **SIMPOSIO INTERNACIONAL "AVANCES EN UROLOGÍA 2000"**

**14, 15 y 16 de mayo del año 2000.**

**Organizado por la Sociedad Argentina de Urología.**

**Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center; Buenos Aires, Argentina.**

**Invitados extranjeros:** Dres. Gerald Jordan (USA),  
Thayne Larson (USA), Paul Schellhammer (USA),  
John Fitzpatrick (Irlanda) y Miguel Srougt (Brasil).

**Informes:** Sociedad Argentina de Urología,  
Pasaje de la Cárcova N° 3526 (1172), Capital Federal.  
Tel/Fax: 4963-8521/4336/4337.  
E-mail: urolog@infovia.com.ar.

### **III Curso de Farmacología del Músculo Liso Urinario y Genital Masculino**

A desarrollarse entre el 12 de junio y 30 de noviembre del año 2000. Por Internet E-mail o BBS.  
Informes: 4825-3972.

### **Actualización y Diagnóstico por Imágenes en Urología**

15 de junio del año 2000, en el Hospital General de Agudos Vélez Sársfield. Inscip. e Informes:  
Tel.: 4923-3469.

### **XIV Annual Frontiers in Endourología**

A realizarse entre el 23 y 25 de junio del año 2000. E-mail: claymanr@compuserve.com. St. Louis.

### **Congreso Sociedad Venezolana de Urología**

25 al 29 de julio del año 2000. Endoscopía en Urología. Dr. Paul Escovar.  
E-mail: surovzla@telcet.net.ve

### **XV Jornadas Nacionales de Residentes en Urología**

17 al 19 de agosto del año 2000. Servicio de Urología del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba  
4545 (7600). Mar del Plata. Tel.: 0223-4990000 y Fax 0223-4990099.



**Nuevas Perspectivas en el Diagnóstico y Tratamiento de la Disfunción Sexual Femenina**  
 25 y 26 de agosto del año 2000. Organizado por el Sector Disfunciones Sexuales de la División Urología del Hospital Carlos G. Durand, de esta ciudad en el aula Magna del Hospital.  
 Tel.: 4982-5555/2677.



**Curso de Gran Cirugía Uro-Oncológica**  
 A realizarse entre los días 28 y 31 de agosto del año 2000. En el Hospital Israelita de esta ciudad.  
 Informes: lunes a viernes de 08:00 a 11:00 hs. Tel.: 4586-8119. E-mail: egturina@intramed.net.ar



**III World Meeting on impotence and XXII Symposium Corpus Cavernosum Revascularización**  
 Septiembre del año 2000. Perth Western Australia. PO Box 890, Canning Bridge Western Australia 6153. Telef. +61 8 9332 2900. Fax: +61 8 9 332 2911. E-mail: promaco@promaco.com.au



**XXV CONGRESO DE LA  
 CONFEDERACIÓN AMERICANA  
 DE UROLOGÍA Y  
 CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGÍA**

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

**Informes**

Sociedad Argentina de Urología  
 Tel/Fax: 4963-8521/4396/4337 E-mail: urolog@infovia.com.ar



**SIU – 2000 – Singapur**  
 A realizarse entre el 29 de octubre y el 2 de noviembre del año 2000. Inf. Events International Meeting Planners Inc. 759 Square Victoria, Suite 300. <Montreal, Quebec, Canadá H2Y 217. Tel.: (514) 286-0855 / Fax: (514) 286-6066. E-mail: info@evengsintl.com



**Encuentro Iberoamericano de Andrología ANDR 2000**  
 4 al 7 de diciembre del año 2000. Centro de Convenciones. Hotel Hilton, Cartagena de Indias, Colombia. Inf.: 4822-1350. Fax: 4826-2832. E-mail: marivero@impsatl.com.ar

**SIU Scholarships**

The SIU announces the availability of four traveling fellowships for young Urologists in training. The successful candidates will be offered U\$S 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 U\$S 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 del año 2000 vence el plazo para solicitar a la Sociedad Argentina de Urología los auspicios para el año 2.001.**

---

**PREMIO "DR. LUIS E. PAGLIERE"**

Este Premio se presenta en forma anual, el correspondiente al año 2000 se podrá presentar antes del 1º de septiembre del 2000.

---

**PREMIO "PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA"**

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

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

---

**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 4383-6078.

---

**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.

## Título de Especialista en Urología

---

- Fecha de presentación: Hasta el 1º 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.

---

### CONDICIONES PARA OPTAR A LA CATEGORIA DE MIEMBRO TITULAR DE LA SAU

---

Ser miembro Adherente de la Sociedad Argentina de Urología con una antigüedad no menor de cinco años. Acreditar una asistencia mínima a cuatro sesiones científicas en el año o 20 en los últimos 4 años.

Haber presentado cinco trabajos a la Sociedad, dos de ellos personales, con la posibilidad de ser reemplazados cada uno de ellos por la actuación del candidato como relator en Congresos, Jornadas o Mesas Redondas por designación de la Sociedad Argentina de Urología o por trabajos realizados en equipo integrado por un miembro que opte a titular, el que deberá comunicarlo con 30 días de anticipación a la Comisión Directiva para que ésta designe un comentador del mismo. El referido trabajo deberá ser leído y defendido por el candidato.

Para solicitar su promoción a Miembro Titular, el aspirante presentará una solicitud escrita, acompañando a la misma una relación detallada de antecedentes, títulos y trabajos. A estos efectos se abrirá un período de presentación comprendido entre el 1º y el 30 de septiembre de cada año, en el que se hará conocer a todos los socios titulares.

Aprobada la solicitud por la Comisión Directiva, el candidato pasará a ser Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Urología con todos sus derechos y obligaciones, una vez aceptado por la Asamblea General.

### 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".

## CONCURSO FOTOGRAFICO 1999

Concurso fotográfico Revista Argentina de Urología. Tema: "*Personajes, profesionales y sus lugares*". En el transcurso del próximo *Congreso Argentino de Urología* conjuntamente con el *Congreso de la Confederación Argentina de Urología*, se llevará a cabo un concurso fotográfico en el que podrán participar todos los urólogos del país, y en el cual se seleccionarán las fotografías para las portadas de las revistas del año 2000. A tal efecto se invita a todos los colegas que tengan afición por la fotografía a participar en dicho concurso.

### Reglamento del Concurso

1. La foto deberá ser inédita.
2. El autor deberá autorizar al Comité Ejecutivo de la *Revista Argentina de Urología* para publicar la elegida.
3. La publicación será en carácter de colaboración "*ad honorem*".
4. Deberán entregarse original y duplicado.
5. Las fotos deben ser a color, en papel, con una dimensión de 20 cm por 25 cm (tener en cuenta que la foto impresa tiene una medida de 15 cm x 15 cm).
6. El autor deberá titularla y consignar dónde fue realizada.
7. Una de ellas se presentará pegada sobre cartón de 30 cm por 35 cm. Al pie de la foto debe figurar el título y el autor.
8. En el dorso del duplicado debe constar firma y aclaración del autor.
9. Las fotos deben ser remitidas a la Sede de la SAU.
10. En las revistas correspondientes a la publicación figurarán el nombre del autor y el de la foto.
11. La selección de las fotos a publicar estará a cargo de un Jurado "ad hoc", designado por el Comité Ejecutivo, y cuya decisión será inapelable.
12. El Jurado puede declarar desierto el resultado del Concurso en forma total o parcial.
13. Los autores de las fotos seleccionadas recibirán un diploma.

Para mayor información dirigirse a la SAU. Tel/Fax: 4963-8521/4336/4337. E-mail: [urolog@infovia.com.ar](mailto:urolog@infovia.com.ar)

## CENTRO DE ESTUDIOS BIOQUIMICOS

Areas de especialización:

ANDROLOGIA

GINECOLOGIA

Dra. Ana María Blanco

*FRENCH 2208 P.B.*

*(1125) Capital Federal*

*Telefax: 4825-0794*

**SAU**



**Artículos Originales**

---

- 4 • Enseñanza de la Urología: Nuevos problemas y posibles soluciones  
Dres. Mazza, O. N.; Zeller, F. L.
  
- 9 • Plexo de Santorini: correlato anatomoimagenológico de su revisión y sistematización  
Dres. Vílchez Acosta, R. D.; Bertone, V. H.; Mosso, F. J.; Calomite, A.; Henricot, C.
  
- 18 • Andropausia: ¿mito o realidad? Terapia de reemplazo hormonal en el hombre mayor  
Dres. Rey Valzacchi, G.; Giúdice, C.; Gueglio, G.; Damia, O.; Schiappapietra, J.
  
- 25 • Evaluación clínica de la correlación entre el volumen prostático, el flujo urinario, la edad y el residuo posmiccional en 250 pacientes con trastornos miccionales  
Dres. Romano, S. V.; Bechara, A.; Casabé, A.; Chéliz, G.; De La Torre, G.; García Penela, E.; Rey, H.; Fredotovich, N.
  
- 44 • Traumatismo del riñón. Tratamiento conservador  
Dres. Irazu, J. C.; De Miceu, S.; Katz, N.; Salas, J.; Echeuren, E.
  
- 47 • Litotricia extracorpórea: experiencia inicial con el HT-2000 Lithotripter  
Dres. Molina, P. E.; Hernández, A.; Ares, J.; Nazar, E.; Espada, J.; Nolzco, A.; Vallone, C.; Rozanec, J.; Speranza, J. C.
  
- 53 • Experiencia argentina con el implante de prótesis peneana de 2 componentes Ambicor®  
Dres. Casabé, A.; Bechara, A.; Becher, E.; Gueglio, G.; Rey Valzacchi, G.; Speranza, J. C.
  
- 58 • Técnica anatómica para la resección transuretral de la hiperplasia prostática benigna  
Dr. Villamil, A. A.
  
- 63 • Tratamiento videolaparoscópico del linfocelo postrasplante renal  
Dres. Tobía González, S.; Fiolo, E.; Fernández, M.; Santomil, F.; Obregón, R.; Visuara Maldonado, A.



**Artículos Originales**

---

- 77 • Cociente PSA libre/PSA total. Su significación y utilidad diagnóstica en el cáncer de próstata  
Dres. Casal, J. M.; González, O.; Deparci, A.; Ale, R.; Krenz, R.; Garcik, A.; Grippo, L.
  
- 83 • Carcinoma renal variedad sarcomatoide. Hematoxilina-eosina MIB 1 y ploidía celular como factores pronósticos  
Dres. Molina, R.; Ciuffo, S.; Moralejo, G.; Kobelinsky, M.; Rodríguez, E.; Arra, A.; Gamboni, M.; Capuya, G.; Costa, M.
  
- 88 • Reconstrucción de la uretra posterior postrauma por vía perineal  
Dres. Giúdice, C. (h); Favre, G.; Tejerizo, J. C.; Daels, F.; Gueglio, G.; Damia, O.; Schiappapietra, J. H.
  
- 94 • Hemorragia secundaria a procedimientos renales percutáneos. Su tratamiento por embolización arterial  
Dres. Martínez, P.; Giúdice, C. (h); García Mónaco, R.; Damia, O.; Schiappapietra, J.

## INDICE TEMATICO Y DE AUTORES VOL. 64 - AÑO 1999

### Artículos de Revisión

---

- 100 • Catéter uretral a permanencia. Sus complicaciones  
Dres. Fayad, E. J.; Ginesta, A.; Velasco, P.; Divinsky, J. A.; Metz, L. M.
- 107 • Insuficiencia renal en pacientes nefrectomizados por cáncer. Experiencia de diez años del Club Urológico del Sur de la Provincia de Buenos Aires - CUSPBA  
Dres. Frattini, G.; Fernández, H.; Castorina, A.; Nigro M.; Lorenzo, H.; Dauría, M.; Bogado, H.; Baccini, C.; Romanelli, F.; Alvarez Fourcade, F.; Piaggio, N.; Aldaya, P.; Bruno, R.; Romeo, C.; Kantt, R.; Aguirre, R.; Mesurado, C.; Garcés, M.; Raffo, G.

### Comunicación de casos

---

- 115 • Tumor de células de Leydig, en criptorquidia bilateral  
Dres. De Loyola, M.; Massone, C.; Pérez Ballester, G. A.; Bacigalupo, R.
- 119 • Rbdomiosarcoma de epidídimo. Presentación de un caso  
Dres. Fayad, E. J.; Ginesta, A. S.; Velasco, P. B.; Vizconti, J.; Divinsky, J. A.; Metz, L. M.



### Artículos Originales

---

- 122 • Adenocarcinoma renal: Factores pronósticos. Experiencia de 10 años del Club Urológico del Sur de la Provincia de Buenos Aires (C.U.S.P.B.A.)  
Dres. Frattini, G.; Fernández, H.; Nigro, M.; Dauría, M.; Castorina, A.; Lorenzo, H. (Grupo Mar del Plata); Bogado, H.; Romanelli, F.; Alvarez Fourcade, F.; Baccini, C.; Piaggio, N. (Grupo Bahía Blanca); Garcés, M.; Raffo, G.; Mesurado, C. (Grupo Tandil); Romeo, C. (Grupo Coronel Suárez); Kantt, R.; Aguirre, R. (Grupo Necochea); Bruno, R.; Aldaya, P. (Grupo Tres Arroyos).
- 128 • Agenesia bilateral de la vía espermática. Estudio molecular y sus posibilidades terapéuticas  
Dres. Rey Valzacchi, G.; Cohen, M.; Sod, R.; Carrere, C.; Giúdice, C.; Pasqualini, S.
- 135 • Prostatectomía radical perineal en el tratamiento del adenocarcinoma de próstata. Evolución temprana  
Dres. Chéliz, G. M.; De La Torre, C. G.; Graziano, C. A.; Hernández, C.; García Penela, E.; Bechara, A. J.; Casabé, A.; Romano, S. V.; Rey, H. M.; Fredotovich, N.
- 142 • Complicaciones de la prostatectomía radical retropúbica. Nuestra experiencia en 62 pacientes  
Dres. Coimbra Ferrari, F.; Montes de Oca, L.; Rozanec, J.; Borghi, M.; Scorticati, C.; Bencardino, L.; Restrepo, J.; Ghirlanda, J.

### Artículo de Actualización

---

- 151 • Tumor de células de Sertoli. Actualización  
Dres. Fayad, E. J.; Ginesta, A. S.; Velasco, P. B.; Vizconti, J. E.; Divinsky, J. A.; Metz, L. M.

### Comunicación de casos

---

- 155 • Masas de tumores testiculares del síndrome adrenogenital. Presentación de un caso  
Dres. Kahn, A. G.; Arrossi, A. V.; Avagnina, A.; García, M.; Coimbra Ferrari, B.; Elsner, B.
- 160 • Adenocarcinoma vesical de células en anillo de sello  
Dres. Rodríguez, R.; Fefer, S.; Holot, M.; Malagrino, H.; Pasik, L.; Kes, S.; Gorostidy, S.; Casabé, A.



**Artículos originales**

---

- 164 • Carcinoma transicional de vejiga. Quimioprofilaxis endovesical  
Dres. Tobía González, S.; Santomil, F.; Visuara Maldonado, A.; Fernández, M.; Varea, S.
- 169 • Nueva técnica de anastomosis vascular de trasplante renal en bloc pediátrico en receptor adulto  
Dr. Tutor, O. R.
- 176 • Tasas de mortalidad por tumores malignos urológicos en la República Argentina  
Dres. Perreta, V.; Koren, C.A.; Longo, E. M.; Signori, H. A.; Villaronga, A. R.
- 183 • Adenocarcinoma renal. Trombo en cava. Cavectomía total segmentaria  
Dres. Tallada Buñuel, M.; Cózar, J. M.; Vicente, F. J.; Pastor, J.; Martínez, A.; Espejo, E.; Pedrajas, G.
- 189 • Tumores incidentales de riñón y tumores menores de cinco centímetros.  
Consideraciones acerca de su diagnóstico y tratamiento  
Dres. Frattini, G.; Fernández, H.; Castorina, A.; Nigro, M.; Lorenzo, H.; Dáuria, M. (Grupo Mar del Plata); Bogado, H.; Baccini, C.; Romanelli, F.; Alvarez Fourcade, F.; Piaggio, N. (Grupo Bahía Blanca); Aldaya, P.; Bruno, R. (Grupo Tres Arroyos); Romeo, C. (Grupo Coronel Suárez); Kantt, R.; Aguirre, R. (Grupo Necochea); Mesurado, C.; Garcés, M.; Raffo, G. (Grupo Tandil).
- 196 • Fístula vésico-vaginal. Tratamiento quirúrgico. Nuestra experiencia.  
Dres. Monmany, E.; Almirón, C.; Otero, H.; Fernández, M.; Marchetta, H.; Dimuro, J.; García, S.

**Comunicación de casos**

---

- 199 • Leiomioma de la vena renal. Un caso de excepción  
Dres. Maglione, M.; Maglione, O.; Sonzini Astudillo, C.; Travecchio, J.; Giraudo, R.
- 202 • Cálculo coraliforme gigante en paciente con riñón único  
Dres. Rubinstein, I.; Cavalcanti, A. G.; Accioly, P. M.; Rodríguez, H. C.
- 205 • Cuerno cutáneo peneano. Presentación de un caso. Revisión de la literatura  
Dres. Fadil Iturralde, J. L.; Provenzal, O.; Bergero, A.; Yaber, F.; Venuti, F.; Müller, R.

**INDICE TEMATICO Y DE AUTORES**  
**VOL. 64 - AÑO 1999**

ACCIOLY, P. M.	202	FERNÁNDEZ, H.	107, 122, 189	NAZAR, E.	47
AGUIRRE, R.	107, 122, 189	FERNÁNDEZ, M.	63, 164, 196	NIGRO, M.	107, 122, 189
ALDAYA, P.	107, 122, 189	FILO, E.	63,	NOLAZCO, A.	47
ALE, R.	77	FRATTINI, G.	107, 122, 189	OBREGÓN, R.	63
ALMIRÓN, C.	196	FREDOTOVICH, N.	25, 135	OTERO, H.	196
ALVAREZ FOURC., F.	107, 122, 189	GAMBONI, M.	83	PASIK, L.	160
ARES, J.	47	GARCÉS, M.	107, 122, 189	PASQUALINI, S.	128
ARRA, A.	83	GARCÍA MÓNACO, R.	94	PASTOR, J.	183
ARROSSI, A. V.	155	GARCÍA PENELA, E.	25, 135	PEDRAJAS, G.	183
AVAGNINA, A.	155	GARCÍA, M.	155	PÉREZ BALLESTER, G. A.	115
BACCINI, C.	107, 122, 189	GARCÍA, S.	196	PERRETA, V.	176
BACIGALUPO, R.	115	GARCIK, A.	77	PIAGGIO, N.	107, 122, 189
BECHARA, A. J.	25, 53, 135	GHIRLANDA, J.	142	PROVENZAL, O.	205
BECHER, E.	53	GINESTA, A.	100, 119, 151	RAFFO, G.	107, 122, 189
BENCARDINO, L.	142	GIRAUDO, R.	199	RESTREPO, J.	142
BERGERO, A.	205	GONZÁLEZ, O.	77	REY VALZACCHI, G.	18, 53, 128
BERTONE, V. H.	9	GOROSTIDY, S.	160	REY, H.	25, 135
BOGADO, H.	107, 122, 189	GRAZIANO, C.A.	135	RODRÍGUEZ, E.	83
BORGHI, M.	142	GRIPPO, L.	77	RODRÍGUEZ, H. C.	202
BRUNO, R.	107, 122, 189	GUEGLIO, G.	18, 53, 88	RODRÍGUEZ, R.	160
CALOMITE, A.	9	GUIDICE, C. (h)	88, 94	ROMANELLI, F.	107, 122, 189
CAPUYA, G.	83	GUIDICE, C.	18, 128	ROMANO, S. V.	25, 135
CARRERE, C.	128	HENRICOT, C.	9	ROMEO, C.	107, 122, 189
CASABÉ, A.	25, 53, 135, 160	HERNÁNDEZ, A.	47	ROZANEC, J.	47, 142
CASAL J. M.	77	HERNÁNDEZ, C.	135	RUBINSTEIN, I.	202
CASTORINA, A.	107, 122, 189	HOLOT, M.	160	SALAS, J.	44
CAVALCANTI, A. G.	202	IRAZÚ, J.C.	44	SANTOMIL, F.	63, 164
CHÉLIZ, G.	25, 135	KAHN, A.G.	155	SCHIAPPAPIETRA, J.H.	18, 88, 94
CINFO, S.	83	KANTT, R.	107, 122, 189	SCORTICATI, C.	142
COHEN, M.	128	KATZ, N.	44	SIGNORI, H.A.	176
COIMBRA FERRARI	142, 155	KES, S.	160	SOD, R.	128
COSAL, J. M.	77	KOBELINSKY, M.	83	SONZINI ASTUDILLO, C.	199
COSTA, M.	83	KOREN, C.A.	176	SPERANZA, J.C.	47, 53
CÓZAR, J. M.	183	LONGO, E. M.	176	TALLADA BUÑUEL, M.	183
DAELS, F.	88	LORENZO H.	107, 122, 189	TEJERIZO, J.C.	88
DAMIA, O.	18, 88, 94	MAGLIONE, M.	199	TOBÍA GONZÁLEZ, S.	63, 164
DAURÍA, M.	107, 122, 189	MAGLIONE, O.	199	TRAVECCHIO, J.	199
DE LA TORRE, G.	25, 135	MALAGRINO, H.	160	TUTOR, O.R.	169
DE LOYOLA, M.	115	MARCHETTA, H.	196	VALLONE, C.	47
DE MICEU, S.	44	MARTÍNEZ, A.	183	VAREA, S.	164
DEPARCI, A.	77	MARTÍNEZ, P.	94	VELASCO, P.B.	100, 119, 151
DIMURO, J.	196	MASSONE, C.	115	VENUTI, F.	205
DIVINSKY, J.A.	100, 119, 151	MAZZA, O. N.	4	VICENTE, F. J.	183
ECHEGUREN, E.	44	MESURADO, C.	107, 122, 189	VILCHEZ ACOSTA, R. D.	9
ELSNER, B.	155	METZ, L. M.	100, 119, 151	VILLAMIL, A. A.	58
ESPADA, J.	47	MOLINA, P. E.	47, 83	VILLARONGA, A. R.	176
ESPEJO, E.	183	MONMANY, E.	196	VISUARA MALDONADO, A.	63, 164
FADIL, ITURRALDE, J. L.	205	MONTES DE OCA, L.	142	VIZCONTI, J. E.	119, 151
FAVRE, G.	88	MORALEJO, G.	83	YABER, F.	205
FAYAD, E. J.	100, 119, 151	MOSSO, F. J.	9	ZELLER, F. L.	4
FEFER, S.	160	MÜLLER, R.	205		

**Roma** FARMACIA Y  
LABORATORIO S.A.

***La dosis exacta de drogas vasoactivas  
que el médico indique para la necesidad de cada paciente***

Av. Rivadavia 3030 - Teléfono 4862-4091 al 95 - Fax 54-11 4861-4888  
(1203) Buenos Aires - Argentina

**MSD se interesa por la seguridad de sus medicamentos**

MSD Argentina comunica a los profesionales médicos y a la población en general que ha implementado un sistema de farmacovigilancia para facilitar la comunicación de reacciones inesperadas y/o relacionadas con los productos farmacéuticos de MERCK SHARP & DOHME actualmente en venta.

Con este sistema, MSD podrá reunir información sobre todos aquellos **efectos adversos y/o inesperados que sólo el médico y el paciente pueden detectar en la práctica diaria y que son de gran importancia en la valoración de la seguridad de nuestros medicamentos, en el largo plazo.**

Para este fin los interesados podrán reportar cualquier inconveniente comunicándose con:

**Centro de servicios MSD: 0800-8888MSD (673)**

**Por Fax.: 011-4546-5711**

**Por e-mail: efectos\_adversos\_argentina@merck.com**



**LABORATORIO MERCK SHARP & DOHME (ARGENTINA) INC.**

# REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA

**4** *anuales*

**Exclusivamente para no socios de la SAU**

**Enviar ficha de suscripción a:**

**SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA**

Pasaje de la Cárcova 3526, (1172), Buenos Aires, Argentina

**Importe de la suscripción anual**

Argentina \$40.- Latinoamérica u\$s 80.- Otros países u\$s 100.-

**DIRECCIÓN DE ENVÍO:**

Nombre y Apellido: .....

Dirección: ..... N°: ..... Piso: .....

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

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

Especialidad: .....

Departamento: .....

Hospital: .....

**FORMA DE PAGO:**

Cheque N°: ..... Banco: .....

Giro Postal N°: .....

.....  
Firma del Titular

*Ficha de  
suscripción*

**99**

SAU

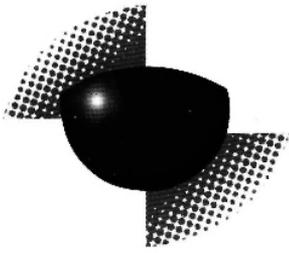
FRANQUEO

Sr. Director de la  
**REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA**  
**SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA**  
Pasaje de la Cárcova 3526, (1172), Buenos Aires, Argentina

DOBLAR

..... PAIS:  
..... CIUDAD:  
..... DIRECCION:  
..... REMITENTE:

DOBLAR



*Raffolutil*<sup>®</sup>

**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  $\alpha$ 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  $\alpha$  bloqueantes**
- **Sin actividad sobre el sistema cardiovascular**
- **No necesita titulación de dosis**



**PRESENTACION:**  
Envases con 30 cápsulas de liberación controlada.

Bajo Licencia

**Yamanouchi**

