

**TUMOR DE CÉLULAS DE LEYDIG:
HALLAZGO POSTGINECOMASTIA Y ASOCIADO CON
QUISTE EPIDIDIMARIO****LEYDIG CELL TUMOR: POSTGYNECOMASTIA FINDING AND
ASSOCIATED WITH EPIDIDYMAL CYST.****Dres. Rochman, E.*,**; Damia, O.P.**; Rossi, P.****

RESUMEN: *Se presenta un caso de Leydigoma diagnosticado luego de cirugía por ginecomastia bilateral sucesiva asociado con quiste epididimario durante el seguimiento de tumor renal de células claras (incidentaloma) nefrectomizado 3 años antes.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 66, Nº 1, Pág. 41, 2001)

Palabras clave: Tumor testicular; Tumor de células de Leydig; Quiste de epidídimo; Ginecomastia.

SUMMARY: *A Leydigoma case is presented diagnosed after successive bilateral gynecomastia surgery, associated to an epididymal cyst during the follow up of renal cell carcinoma (incidentaloma) nephrectomized 3 years before.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 66, Nº 1, Pág. 41, 2001)

Key words: Testicular tumor; Leydig cell tumor; Epididymal cyst; Gynecomastia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de células de Leydig del testículo o tumores de células intersticiales forman parte del grupo que deriva de las células no germinales; son poco frecuentes y representan el 1 al 3% de todos los tumores testiculares. La mayor incidencia se manifiesta entre los 20 y 40 años, aunque puede presentarse a cualquier edad.

La etiología es desconocida; sin embargo, diversos estudios inducen a sospechar una base hormonal en la aparición de esta neoplasia. En un 30% de los casos se presenta con síntomas de endocrinopatía: ginecomastia uni o bilateral en los adultos (habitualmente la primera manifestación) y virilización en la edad prepuberal.

En el 90% de los casos son de evolución benigna, se manifiestan en cualquier grupo etario, sólo un 10% son malignos y desarrollan este comportamiento exclusivamente en adultos.

- * Jefe de Urología Clínica IMA Adrogué
** Hospital Dr. Ignacio Pirovano. Unidad Urología.
Monroe 3555 (C1430BKC) Buenos Aires, Argentina.
Dirección Postal: Dr. Rochman
Luis María Campos 1160 2° "D" (C1426BOW) Buenos Aires.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 48 años de edad, con antecedente de nefrectomía radical izquierda por adenocarcinoma de

células claras de 3 cm de diámetro, operado tres años antes.

Realiza controles postoperatorios semestrales durante dos años, no concurriendo a consulta durante un año; después de este lapso, se presenta y refiere que fue operado por otro cirujano hace seis meses, cuya anatomía patológica fue hiperplasia fibroductal. Tres meses después presenta ginecomastia derecha, se opera nuevamente con el mismo diagnóstico anatomopatológico. Se le sugiere consulta a endocrinólogo, la cual el paciente no realiza.

En esta oportunidad el examen testicular revela una tumoración en cabeza de epidídimo derecho. Se realiza ecografía testicular (Foto 1) que informa: testículo izquierdo: sin particularidades; testículo derecho: ecoestructura heterogénea por la presencia a nivel del polo superior de imagen hipocogénica de límites definidos de 20 x 19 mm de patrón sólido finamente heterogéneo y que presenta intensa vascularización a la valoración

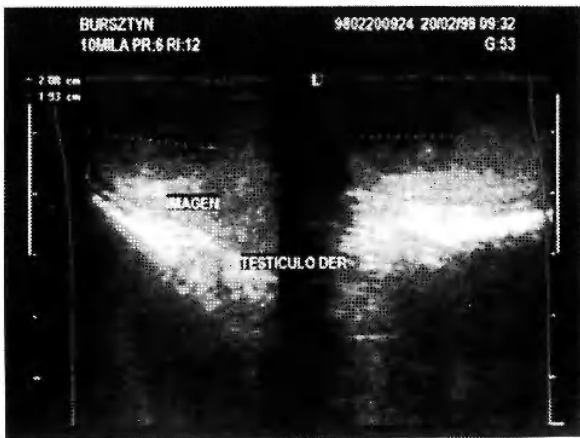


Foto 1: Ecografía testicular. Imagen hipocogénica de 20 x 19 mm. Con intensa vascularización a la valoración con eco Doppler.

con eco Doppler, hidrocele peritesticular y epidídimo aumentado de tamaño de 14 x 11 mm de diámetro visualizándose al menos dos imágenes líquidas de 5 y 7 mm de aspecto quístico, finamente heterogéneo.

La rx de tórax y la TAC de abdomen fueron normales.

El laboratorio solicitado incluyó: prolactina 17,8 µg/ml (normal), alfa feto-proteína y B-HCG negativas, FSH y LH (normales), estradiol 50 pg/ml (vn 10-40) testosterona 2,30 ng/ml (vn 3,5-12).

Se realiza orquiectomía radical inguinal derecha. El informe anatomopatológico muestra:

Macroscopia: Pieza de orquiectomía derecha de 5,9 x 3,8 cm acompañada de cordón espermático de 9 cm y túnica vaginal. Al corte, a nivel del polo superior presenta una formación tumoral bien delimitada que mide 1,7 cm en su diámetro mayor. Muestra coloración amarillada clara con sectores de aspecto congestivo y otros de aspecto mucoso. El tumor se encuentra a 0,2 cm de la cápsula testicular. El parénquima testicular adyacente es de características macroscópicas conservadas. El límite quirúrgico de resección presenta apariencia macroscópica conservada.

Microscopia (Foto 2): Los cortes histológicos mostraron una lesión correspondiente a un tumor de células de Leydig constituido por células con un núcleo redondeado, nucléolo prominente y abundante citoplasma acidófilo, con sectores de discreta fibrosis y otros de edema. El tumor se encuentra rodeado por una delgada pseudocápsula fibrosa comprometida parcialmente por la neoplasia. El límite quirúrgico de resección se halla respetado, sin compromiso de epidídimo y rete testis. (Dr. B. Elsner).

El paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio. Lleva 18 meses de seguimiento sin evidencia de enfermedad metastásica. No realizó citometría de flujo por razones económicas.

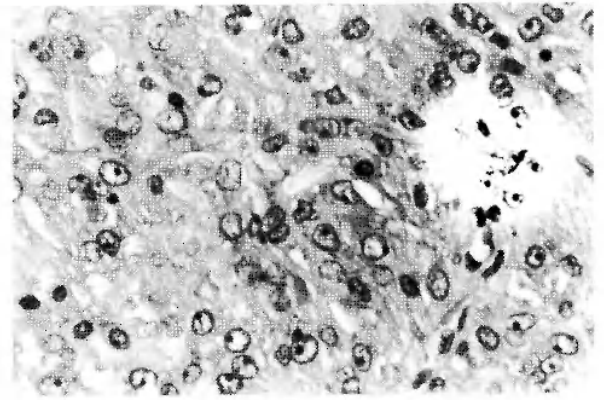


Foto 2: Microscopia. Tumor de células de Leydig. Células de núcleo redondeado y nucléolo predominante y abundante citoplasma acidófilo.

DISCUSIÓN

El tumor de células de Leydig fue descrito por primera vez por *Waldeyer* (1872) y posteriormente por *Sacchi* (1899) y *Chevassu* (1906). Es un tumor poco frecuente (1 al 3% de las neoplasias testiculares) del que se han descrito alrededor de 350 casos en la literatura mundial⁽⁶⁾. Se los puede dividir en: tumores prepuberales (20%) con una edad de incidencia máxima a los 5 años, tumores del adulto (80%) con un pico entre la 4ª y 5ª décadas de la vida⁽³⁾. El 97% son unilaterales, afectando con igual frecuencia a ambos testículos.

La etiología es desconocida, no existiendo relación con la criptorquidia ni con el traumatismo testicular. La inducción experimental del tumor de células de Leydig en animales lleva a pensar en que pueda existir una base hormonal en la etiología de esta neoplasia.

Las manifestaciones clínicas vienen determinadas por la edad de aparición. En el adulto predominan los síntomas feminizantes (ginecomastia 42%, tumor testicular 41%, impotencia, disminución de la libido, oligozoospermia y atrofia testicular), en el prepúber los síntomas virilizantes (pseudopubertad precoz con desarrollo de caracteres sexuales secundarios y crecimiento óseo). Esto concuerda con los hallazgos hormonales que demuestran en el adulto una elevación del β estradiol y una reducción leve de la testosterona, FSH y LH plasmáticos, y en el prepúber aumento de la testosterona sérica y 17 cetosteroides urinarios con disminución de las gonadotrofinas. Los marcadores tumorales (alfa fetoproteína y B-HCG) son negativos, lo que los diferencia de las neoplasias germinales.

La clínica por sí sola es muy sugestiva de tumor de células de Leydig en el adulto, sobre todo si se encuentra un cuadro de ginecomastia bilateral asociado con un nódulo testicular. La ecografía es muy útil, especialmente en casos de sospecha cuando el tumor no es palpable, pero es poco específica en la diferenciación de las masas testiculares sólidas.

Los tumores son generalmente pequeños, bien delimitados, de coloración amarilla amarroada y rara vez presentan necrosis o hemorragia. Están constituidos por células poligonales con citoplasma eosinófilo granular, núcleo esférico basófilo e inclusiones cristalinas grandes ocasionales denominadas cristales de *Reinke* (20 al 40% de los casos).

Aproximadamente el 10% son malignos, siendo el único criterio absoluto para determinar malignidad la presencia o ausencia de metástasis. Se han descrito parámetros anatomopatológicos indicadores de malignidad potencial^(6, 10).

- tamaño tumoral mayor de 5 cm;
- pleomorfismo celular e índice mitótico aumentado;
- invasión capsular, vascular y/o linfática o del cordón espermiático;
- necrosis tumoral;

- aneuploidía en la citometría de flujo del ADN;
- aumento de inmunorreactividad para el PCNA (antígeno nuclear de proliferación celular) a la inmunohistoquímica.

Las metástasis más frecuentes son por vía linfática a ganglios inguinales, ilíacos y retroperitoneales (72%) y con menos frecuencia por vía hematogena a pulmón (45%), hígado (40%) y hueso (25%)⁽⁶⁾.

El tratamiento de elección es la orquiectomía radical inguinal, aunque existen autores que proponen la exéresis local en prepúberes, basándose en la evolución siempre benigna en estos casos^(3, 6, 8).

Ante la ausencia de criterios de malignidad y de evidencias de enfermedad metastásica sólo se realizará seguimiento estricto, basándose en la posibilidad de aparición de metástasis hasta 9 años después de la orquiectomía. Si coinciden varios criterios de malignidad en ausencia de metástasis, podría estar indicada la linfadenectomía de estadificación, conociendo que ésta carece de valor profiláctico.

Los distintos tratamientos de la enfermedad metastásica arrojan resultados desalentadores, si bien la experiencia es muy limitada. La radioterapia no ha demostrado utilidad en la reducción de la masa ni en la profilaxis. Los intentos de tratamiento quirúrgico de las metástasis no han sido efectivos, en particular en los pacientes con enfermedad retroperitoneal, frecuentemente ésta es irreseccable o recidiva. Se han ensayado diferentes esquemas quimioterápicos sin resultados objetivables, solamente el Mitotane⁽⁶⁾ ha conseguido respuestas parciales y completas de duración variable.

Como conclusiones podríamos destacar que:

- el tumor de células de Leydig suele tener una buena evolución y raramente es maligno;
- ocasionalmente se presenta como tumor no palpable, siendo en estos casos donde la presencia de ginecomastia monosintomática debe ser estudiada, teniendo fundamental importancia el patrón hormonal y los procedimientos diagnósticos de tumoración testicular;
- no existe en la actualidad ninguna terapia capaz de alterar la evolución natural de la afección significativamente una vez producida la enfermedad metastásica, por lo que el pronóstico en estos casos es ominoso;
- no hemos encontrado relación ni en nuestro caso ni en la literatura entre quiste de epidídimo, como tampoco adenocarcinoma renal con el tumor de células de Leydig.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asensio Lahoz, L.; Martínez Bretones, F.: Tumor de células de Leydig asociado a quiste epididimario. *Actas Urol. Esp.*, 21: 487, 1997.

2. Einhorn, L.: Cáncer de testículo. *Urología Panamericana*: 10: 66, 1998.
3. Fernández Gómez J.; Fresno, M.; Martín Benito, J.L.; Martínez Gómez, F.; Rabade Rey, C.J.; Pérez F.; Alonso Sainz, F.: Tumor de células de Leydig del adulto. *Actas Urol. Esp.*, 20: 175, 1996.
4. Gana, B.; Windsor, S.; Lang, S.; MacIntyre, J.; Baxby, K.: Leydig cell tumour. *British Journal of Urology*, 75: 673, 1995.
5. Haas, G.; Pittaluga, S.; Gomella, L.; Travis, W.; Robertson, C.: Clinically occult Leydig cell tumor presenting with gynecomastia. *J. Urol.*, 142: 1325, 1989.
6. Jiménez López-Lucendo, N.; Fernández Durán, A.; García, C.; Fernández Gómez, J.; Dávila, F.: Tumor maligno de células de Leydig. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch. Esp. de Urol.*, 52: 174, 1999.
7. Lemack, G.; Poppas, D.; Darracott Vaughan, E.: Urologic causes of gynecomastia: approach to diagnosis and management. *Urology*, 45: 313, 1995.
8. de Loyola, M.; Massone, C.; Pérez Ballester, G. A.; Bacigalupo, R.: Tumor de células de Leydig, en criptorquidia bilateral. *Rev. Arg. de Urol.*, 64: 115, 1999.
9. Mellor, S.; Mc Cutchan, J.: Gynecomastia and occult Leydig cell tumour of the testis, *British Journal of Urology*, 63: 420, 1989.
10. Palazzo, J.; Petersen, R.; Young, R.; Scully, R.: Deoxyribonucleic acid flow cytometry of testicular Leydig cell tumors. *J. Urol.*, 152: 415, 1994.
11. Raventos Busquets C.; De Torres Ramírez, J.; Lorente Garín, E.; Banus Gassol, J.: Dos nuevos tumores testiculares de células de Leydig en el adulto que debutan con ginecomastia. *Actas Urol. Esp.*, 20: 823, 1996.
12. Soto Delgado, M.; Varo Solís, C.; Beltrán Aguilar, V.; Sán-

- chez Bernal, C.: Consideraciones sobre los tumores de testículo: nuestra experiencia. *Arch. Esp. de Urol.*, 52: 123, 1999.
13. Villamil, A.; Mundo, M.E. y Lema, B.: Tumor de células intersticiales del testículo. *Rev. Arg. de Urol.*, 57: 135, 1992.

COMENTARIO EDITORIAL

Los autores presentan un caso de tumor testicular de células de Leydig y revisan de manera completa la literatura.

La presentación es realizada de manera metódica e incluye un exhaustivo estudio hormonal.

La anatomía patológica no presenta criterios de malignidad potencial, pero me pregunto si la linfadenectomía retroperitoneal no tiene un lugar reservado en estos casos. Fundamentalmente no sólo por su valor estadificador sino también por su probable rol terapéutico, habida cuenta que la quimioterapia y la radioterapia son ineficaces en el manejo de estos tumores.

Finalmente deseo destacar la revisión hecha por los autores, porque nos permite actualizar rápidamente un tema muy poco frecuente.

Dr. Carlos Giúdice (h)

Servicio de Urología

Hospital Italiano de Buenos Aires

Gascón 450 (C1181ACH) Buenos Aires

Tel.: 4959-0200

NOTA:

Dado que las fotos originales presentadas en la Reunión Científica correspondiente al trabajo de Carcinoma renal (1990-1996), 113 pacientes de los Dres. Atchabahian P. y col. no estaban disponibles al momento de la edición de la Revista Argentina de Urología, vol. 65, 4, 2000, las mismas fueron reemplazadas por las que aparecen en el artículo que fueron cedidas gentilmente por el Dr. Elías J. Fayad.

FE DE ERRATAS:

En la Revista Argentina de Urología, vol. 65, pág. 253, segunda columna, donde dice: «el cuello vesical femenino», debe decir: «el cuello vesical o esfínter liso».

INTRODUCCIÓN A LA REDACCIÓN CIENTÍFICA N° 3

LOS ABSTRACTS

Prof. Dr. Jorge E. Toblli*

En los tiempos actuales donde la información y difusión cibernética son vertiginosas, la elaboración de un "abstracts" de buena confección presenta una importancia sobresaliente a la luz de tener rápidamente la síntesis de una producción científica.

¿Pero que significa verdaderamente un "abstracts"? Un "abstracts" o abstracto en español, es un resumen reglado y estructurado de un trabajo. Es una forma breve de comunicación científica.

Un "abstracts" puede ser: 1) Como parte de un artículo médico, odontológico, bioquímico, farmacéutico, etc. o bien, 2) Como resumen para comunicar datos originales en: a) Jornadas, Congresos, etc. Los abstracts tienen una estructura definida, rigurosa si se pretende su aprobación por el comité científico o seleccionador de turno. Es común observar como en congresos nacionales se envía un resumen "de compromiso" como para llegar a tiempo, pero nunca en forma. Se toma conciencia de este error al sufrir el inevitable rechazo al enviar un trabajo de estas características al extranjero o a un evento arbitrado en nuestro país. Como lo hemos desarrollado con más profundidad en nuestros cursos de redacción científica, trataremos de resumir los rasgos básicos aceptables para publicar abstracts.

Los autores que envían un manuscrito reportando información propia deben preparar un "abstracts" con una extensión **no mayor de 250 palabras** teniendo en cuenta la siguiente estructura: a) *Encabezamiento*; b) *Cuerpo* y c) *Palabras claves*.

Encabezamiento:

a) Título; b) Autores; c) Lugar

a) *Título*: debe ser lo más explícito posible del contenido del estudio, tratando de despertar el interés del arbitro o lector. No siempre pero frecuentemente se escribe con **negrita**. Frecuentemente y a manera de ahorrar espacio, se permite utilizar una siglas [Ej: *losartan* (L)], luego de una determinada palabra, la que se repetirá dentro del cuerpo del "abstracts" las veces que sea necesario.

b) *Autores*: dependiendo de las exigencias de la revista o congreso se colocaran con el primer nombre completo o bien sólo apellidos e iniciales. **No** se menciona el "título profesional" ni grado académico de los autores habitualmente. (Ej: Prof.; Dr.; Jefe de...; etc)

En "abstracts" para congresos o jornadas, frecuentemente se señala el autor que presentará el estudio mediante subrayado o asterisco, o bien queda estipulado que el primer autor será el encargado de la presentación.

c) *Lugar*: Se mencionará el lugar o lugares donde los autores pertenecen (Ej: Laboratorio; Sección; Cátedra; Departamento; Facultad; Universidad; etc), así como la ciudad y país.

Ej. 1:

Hipertensión arterial y daño vascular renal en la glomerulopatía por polisacáridos.

Jorge Toblli, Graciela DeRosa, Néstor Lago, Gabriel Cao, Margarita Angerosa.

Laboratorio de Medicina Experimental Hospital Alemán & Departamento de Patología Hospital de Clínicas.

Ej. 2:

Losartan enhances antioxidant defenses in renal tissue in normotensive hyperoxaluric rats.

JE Toblli, EMV de Cavanagh, CG Fraga, L Ferder, F Inserra.

Lab. Exp. Medicine, Hospital Alemán & Lab. Neph. Exp. ININCA, Buenos Aires. Argentina.

Cuerpo:

a) Contexto; b) Objetivo; c) Diseño/Métodos; d) Resultados; e) Conclusiones.

* Profesor Adjunto de Medicina Interna, Investigador del CONICET, Director del Laboratorio de Medicina Experimental del Hospital Alemán & Consultor del Comité de Investigación de la Cátedra de Urología UBA.

a) *Contexto:* Un “abstracts” debe comenzar con una o dos oraciones que sinteticen la razón del estudio. En otras palabras mencionar cuál es el marco de conocimiento actual del tema en cuestión y de qué manera el estudio que se presenta a continuación puede aportar información útil en ese campo.

Ej: “...La hipertensión arterial es un factor de mal pronóstico en las enfermedades renales.

La glomerulopatía mesangial por el depósito de inmunocomplejos circulantes (ICC) a su vez es una de las variedades más frecuentes de nefropatía.”

b) *Objetivo:* Debe ser claro, concreto, preciso.

Ej: “...Nuestro objetivo fue evaluar posibles cambios en presión arterial (PA) en relación con el daño vascular renal (DVR) en un modelo de glomerulopatía por ICC”.

c) *Diseño/Métodos:* En este apartado el autor o autores deben describir de manera clara y sucinta el material del estudio (Ej. Experiencias en seres humanos; animales; tejidos; células; etc.). Qué protocolo de estudio se siguió (Ej: 1- separación de grupos, cuántos y qué número de individuos se encuentra en cada uno de estos grupos; 2- administración de fármacos o procedimientos quirúrgicos en cada uno). Si el estudio fue randomizado, doble ciego, con grupo placebo, etc. También y si el espacio lo permite se puede mencionar alguna especificación técnica como tipo o marca de un insumo o aparato.

Es importante destacar qué procedimiento estadístico fue empleado en el estudio y su nivel de significación.

Ej: “.....Se utilizaron ratas machos Zucker obesas (ZRF) y no obesas (ZRL), G1= ZRF y G2= ZRL, de 10 semanas de edad. Se efectuó ecocardiografía bidimensional con equipo ATL HDI 3000 y transductor de 10 mHz. Se evaluó: a) diámetro diastólico (DD); b) diámetro sistólico (DS); c) septum (S); d) pared posterior (PP); e) masa ventricular izquierda (MVI); f) fracción de acortamiento (FA). Se utilizó test de Mann-Whitney con alfa = 0.05”.

d) *Resultados:* Los resultados deben expresarse en forma clara y lo más detalladamente posible (si son promedios deben incluir una medida de dispersión como desvío estándar o SEM). En lo posible y si lo permite el espacio se incluirá una tabla.

Media ± DS	G1 ZRF (n=12)	G2 ZRL (n=12)	P
Peso corporal (g)	658,7 ± 101,4	355,5 ± 34,1	<0,01
Glucemia (mg/dl)	251,1 ± 31,4	117,4 ± 11,2	<0,01
Insulinemia (mU/ml)	42,4 ± 28,5	10,3 ± 7,5	<0,01
Colesterolemia (mg/dl)	175,5 ± 62,6	65,5 ± 17,1	<0,01
Trigliceridemia (mg/dl)	611,8 ± 237,4	26,4 ± 5,3	<0,01
Pared arterial (m)	9,3 ± 0,7	7,6 ± 0,9	<0,01
Relación pared/luz	1,02 ± 0,08	0,76 ± 0,15	<0,01

e) *Conclusiones:* En este apartado el o los autores deben expresar qué implicancia tuvieron los resultados hallados con relación al objetivo.

Ej: “...En conclusión el compromiso de la pared por inmunocomplejos circulantes podría estar involucrado en el desarrollo de la hipertensión arterial en ausencia de cambios significativos del filtrado glomerular en este modelo”.

Palabras Clave:

Algunas revistas, o bien la organización de una jornada o congreso sugiere al autor o autores la inclusión de una cantidad de palabras (regularmente entre 3 y 5) que indique el contenido del trabajo. Este punto es de gran importancia pues de allí se podrá obtener la información necesaria cuando alguien desee buscar un trabajo mediante MEDLINE o sistemas similares.

Ej: sistema renina-angiotensina-aldosterona; diabetes ; hipertensión arterial, proteinuria.

Debemos seguir estrictamente las instrucciones sobre tipografía y enmarcado. Es aconsejable utilizar un procesador personal, la letra comúnmente solicitada es Times New Roman número 12. Se debe realizar la impresión dentro del marco establecido en el recuadro enviado por los organizadores, por lo que conviene insertar el texto en fotocopias de tamaño real hasta tener la certeza de un montaje adecuado, dejando 3 a 5 milímetros de cada borde del marco. Por último se debe tener en cuenta que la fecha límite de recepción no implica la del matasellos del correo sino la llegada real a destino.

INFORMÁTICA EN UROLOGÍA

Dr. F. J. Solé-Balcells

Consultor de la Fundación Puigvert



UNA NUEVA FORMA DE VIVIR: LA E-VIDA*

A NEW WAY OF LIFE: THE E-LIFE

La era de la información se traduce en Medicina por el crecimiento exponencial de las páginas *web* dedicadas al saber médico. Actualmente se encuentran en la Red más de cinco millones de páginas *web* médicas, sin tener en cuenta los innumerables *chats* y los denominados *news-groups*, en donde se intercambian mensajes médicos. En junio de 1999, en uno de los más populares buscadores (Yahoo) se encontraban 19.000 citas bajo el epígrafe *health* (salud) ya sean elaboradas por compañías privadas, con oferta de productos médicos, de organizaciones gubernamentales, con información médica proporcionada por hospitales o centros sanitarios, por los propios médicos o para intercambiar información entre los propios pacientes.

Internet ofrece un nuevo medio de relación que permite la comunicación, establecimiento de negocios, la educación y la oferta de toda clase de servicios y entretenimiento.

De acuerdo con *Eysenbach*⁽¹⁾ se debe diferenciar entre telemedicina y cibermedicina, si bien ambas utilizan Internet como medio de comunicación. La telemedicina está fundamentalmente orientada a la medicina curativa –al cuidado de la salud–, siendo para la cibermedicina su objetivo fundamental la medicina preventiva.

En la telemedicina se intercambian datos clínicos entre el paciente y el médico con el fin de llegar al diagnóstico y tratamiento, y es interesante para un número limitado de personas interesadas en un determinado problema. La telemedicina es útil en la aplicación de procesos diagnósticos y terapéuticos para pacientes, sobre todo residentes en núcleos rurales o en áreas sanitarias dispersas⁽²⁾. La cibermedicina tiene en cambio un aire más global, proporcionando información para la educación del paciente o para la formación médica continuada, y tiene como fin principal la promoción de la salud, por lo que resulta de interés para millones de personas⁽³⁾.

La telemedicina para la asistencia de pacientes mediante control remoto precisa de todo un conjunto de medios tecnológicos: ordenadores potentes, módems de alta velocidad, transmisión de imágenes de alta resolución en forma instantánea a largas distancias, sistemas de videoconferencia⁽⁴⁾. Tiene su origen en el año 1970 cuando en la Universidad de Edimburgo se tuvieron que atender problemas neurológicos urgentes en el sureste de Escocia y los médicos encargados de su asistencia debían viajar hasta aquellos lugares, llegando en muchas ocasiones cuando el paciente ya había fallecido. El profesor *John Gillingham* decidió unir los hospitales mediante un cable de televisión, y la BBC colaboró en la parte tecnológica lanzando el programa "Tomorrow's World". En 1988 en Noruega se lanzó la denominada "Red Meganet" en banda de 2 Kbps. Actualmente en la tecnología RDSI, con el ADSL y el cable de fibra óptica se alcanzan velocidades de transmisión hasta 100 veces superiores. El mínimo que se precisa para la transmisión de datos actualmente son redes digitales de una velocidad de 64 Kbps⁽⁵⁾.

El futuro es crear redes aún de mayor velocidad de transmisión. El proyecto Gemini 2000, red de Internet 2, está destinado a crear una superautovía de comunicación entre universidades, institutos de investigación, agencias y corporaciones gubernamentales. En este momento está siendo elaborada bajo el patrocinio de *Eastman Kodak* con la ayuda de *Cornell* y la *Columbia University* de New York⁽⁶⁾. Internet 2 va a permitir la transmisión de datos con acceso fácil, de menor coste y no vulnerable. Con esta metodología será posible la transmisión de todos los volúmenes de la Enciclopedia Británica en sólo un segundo.

Actualmente el médico puede estar sentado ante la pantalla o monitor de su ordenador, y realizar un diagnóstico clínico o dirigir cómo se debe realizar un tratamiento. Si no sabe la respuesta puede contactar con otros doctores en todo el mundo mediante Internet. En urología se realizan consultas entre profesionales a través del programa *Uroforum*.

Las aplicaciones de la telemedicina son innumerables, y a continuación se citan las que actualmente se consideran realizables⁽⁷⁾:

* Trabajo publicado en la Revista *Jano* de enero 2001, Editorial Doyma, S.L., España.

-Sanitarias:
radiodiagnóstico,
ecografías,
análisis clínicos,
anatomía patológica.

-Especialidades:
dermatología, oftalmología, urología, etc.,
recetas médicas,
citas de consulta.

-Sociales:
individuales o de grupo
rehabilitación,
atención personalizada a personas de la tercera
edad, atención psiquiátrica desde el domicilio del
paciente, alarmas de todo tipo,
localización de personas,
atención a grupos marginales y drogadictos.

-Formación continuada:
análisis de casos problema,
diagnósticos habituales,
conferencias,
bases de datos,
historia clínica centralizada,
biblioteca médica.

-Farmacia:
orientación y venta de medicamentos.

Todo lo anterior se consigue con confidencialidad (encriptado electrónico) y ética médica, y con respeto de las normas deontológicas.

Las gerencias hospitalarias deberían ser impulsoras de la infraestructura precisa para la telemedicina, para el diagnóstico de los pacientes y su control o seguimiento, realizando campañas de sensibilización y aceptación para los profesionales de la salud y los usuarios del sistema. A medida que este medio de comunicación se vaya extendiendo disminuirá la relación coste-eficacia⁽⁸⁾.

Pero ¿cómo implantar programas de telemedicina? Se ha demostrado que su práctica ofrece grandes dificultades a pesar de que, en algunas ocasiones, se haya proporcionado previamente una buena información y se haya obtenido un consenso previo. En una encuesta de *Miringer y cols.*⁽¹⁰⁾, el nivel de aceptación de la telemedicina por el personal sanitario fue del 12% en los países centroeuropeos, mientras que en España fue del 27%. Se realizó una experiencia positiva de conexión en Bosnia entre las unidades militares y la Universidad de Madrid, vía teleconferencia⁽¹¹⁾. Asimismo existen redes de comunicación vía Internet entre bases de expediciones científicas de la Antártida y barcos sin médicos a bordo con centros hospitalarios de referencia⁽¹²⁾.

Actualmente se desarrollan varios programas piloto para la atención de los diabéticos. Los centros médicos de Siracusa y la Columbia University de New York han recibido una ayuda de 28 millones de dólares por parte de la *US Health-Care Financing Administration* para desarrollar este programa y tratar a 750 diabéticos que viven en medios rurales, a lo largo de cuatro años de estudio. A los pacientes se les proporciona un ordenador con acceso a Internet y un equipo de monitorización de su diabetes para control de la glucemia y de la tensión arterial, y una cámara de televisión unida al ordenador para poder ver las lesiones cutáneas que presenten. Sin lugar a dudas el programa depende de una costosa tecnología, pero sus promotores consideran que puede ser menor que el coste del fracaso renal, de una hemiplejía o de una ceguera que estos enfermos pueden presentar por una mala asistencia, y que el mejor control puede hacer que la telemedicina sea mejor y menos costosa a largo plazo que la medicina tradicional. El paciente recibe información a través del ordenador, con una nota de alarma si sus valores se apartan de los normales⁽¹³⁾. La diabetes más que ninguna otra enfermedad requiere el control diario por el propio paciente.

En el hospital de San Pablo de Barcelona se está desarrollando el programa Diabetel, que de una forma semejante provee a cada paciente de un ordenador personal, con el *software* específico, introduciendo el mismo enfermo los datos de su glucemia y acetonuria, el volumen diario de orina, así como la dieta y ejercicio, debiendo enviar los informes diariamente al ordenador central que, automáticamente, hace un resumen de cada paciente, existiendo un intercambio diario entre médico y paciente. Este programa hasta el momento ha conseguido el 90% de aceptación por los pacientes⁽¹⁴⁾.

Existen dos modalidades básicas de transmisión de datos mediante tecnología multimedia:

A) *Estática o diferida*: Con esta tecnología se almacenan los datos del paciente con las imágenes de la exploración clínica y los exámenes analíticos, siendo enviada esta información al terminal, y es el especialista, con una clave de exclusividad para cada paciente, quien abre el archivo, estudia su caso, valora las pruebas, decide si es preciso solicitar otras, y remite diagnóstico y tratamiento vía correo electrónico⁽¹⁵⁾. Esta tecnología debe conservar la confidencialidad y la privacidad.

B) *Interactiva o "en vivo"*. Esta tecnología requiere videoconferencia en tiempo real con el especialista, realizándose la "exploración electrónica" del paciente⁽¹⁶⁾.

Estas tecnologías son útiles en el diagnóstico, siendo especialmente la primera, la de las imágenes congeladas o estáti-

cas, útil en anatomía patológica, dado que las imágenes dinámicas —el uso del microscopio en tiempo real— aún no ofrece suficiente calidad por el “arrastré” del desplazamiento de la platina en el microscopio⁽¹⁷⁾.

Actualmente están en curso una serie de programas de solidaridad con el tercer mundo⁽¹⁸⁾. En 1997, la Memorial University de Canadá lanzó el primer programa vía satélite por Intelsat para educación sanitaria a distancia, con Nairobi y Kampala.

Se ha demostrado que no existen grandes diferencias en la eficiencia diagnóstica entre la telerradiología y la radiología *in situ* según el método convencional^(19,20).

Actualmente se publica el *Journal of Telemedicine and Telecare* para ayudar a los países subdesarrollados con consejos para disminuir sus costes sanitarios. Otra publicación periódica es *The Telemedicine Journal*, portavoz de la *American Telemedicine Association*. Los *Annals of Internal Medicine* del *American College of Physicians* —que sigue la metodología de la medicina basada en la evidencia— publica información en forma periódica sobre telemedicina⁽²¹⁾.

El problema es que el acceso a estas supervías de la comunicación, que posibilitan la transmisión de la información a zonas aisladas, de difícil acceso, precisa del desarrollo de una tecnología imposible en muchos lugares. En efecto, a pesar de los progresos en la tecnología de la información se ha demostrado que existen grandes limitaciones en su aplicación, ya sea porque los estados no invierten suficientemente en el desarrollo de la infraestructura precisa, pero también por la circunstancias de que, según se ha demostrado, muchas áreas en que se ha ensayado su aplicación, no la aceptan completamente⁽²²⁾.

Los pacientes serán cada vez más exigentes, y menos pasivos, al estar más informados. El II Foro Internacional de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andaducía (EPES), ha *lanzado* la denominada Declaración de Málaga, con 31 puntos, sobre la relación Internet-paciente. A continuación señalamos los más interesantes:

- La aplicación de las tecnologías de la información al sector sanitario debe acelerarse y se debe vencer la resistencia al cambio en muchos profesionales.
- Debe aumentar la velocidad de transmisión de la información en la Red.
- Deben establecerse medidas de acreditación científica y certificación de la calidad de la información (o del organismo que la emite).
- Tanto los profesionales como los pacientes deben tener libre acceso a la información de la Red.
- Debe facilitarse el acceso a servicios de salud en zonas remotas y a la formación médica continuada.
- La Red altera la relación médico-enfermo, que pasa de ser un patrón paternalista a un “contrato de servicios”, lo que debe llevar a que el paciente tenga un mayor grado de autorresponsabilidad sobre su enfermedad.
- El médico debe estar entrenado para obtener la mejor evidencia y no sólo hacer uso de su experiencia. El médico debe ser cada vez más un “gestor de información”.
- Se debe aumentar la seguridad de la transmisión de información y valorar la eficacia, costos y satisfacción de los pacientes.
- Se debe acercar la información a las personas y no al revés. Se debe incentivar el uso del “Internet móvil”.

Se ha demostrado que cuando el paciente realiza un estudio de su enfermedad mediante metanálisis éste puede facilitarle la toma de decisiones, según una publicación aparecida en la revista JAMA⁽²³⁾. El paciente con hiperplasia benigna de la próstata, por ejemplo, podría consultar la Red para valorar si un tratamiento con alfa-bloqueantes será útil en su caso. El programa consultado en Internet le permite tomar al profano decisiones terapéuticas al “medir” sus síntomas y al proporcionarle información sobre el porcentaje de éxito en cada caso, según un metanálisis de ensayos randomizados con este tratamiento. El 93% de los pacientes que consultaron el programa lo encontraron útil, y opinan que esta forma de información debería ser común antes de la prescripción de una medicación.

UNA NUEVA FORMA DE VIVIR: LA E-VIDA

El *e-mail* o correo electrónico a través de Internet está cambiando nuestra forma de vivir. En un sentido simple podríamos decir que es un fabuloso sustituto del servicio de correos. El envío y recepción de la información se produce inmediatamente y su coste es ínfimo: el tiempo de conexión telefónica a tarifa local.

Pero el *e-mail* es sólo una parte de la vida a través de Internet, ya que en realidad la Red está transformando la forma de pensar, hablar y relacionarse. Dirige nuestra información y nuestra formación, permite comprar y vender, consultar al enfermo sobre sus dolencias e intercambiar información con el médico. Nos estamos “digitalizando”. Nosotros mismos nos estamos transformando en PC (*personal computer*), al nutrirnos de la información que la máquina nos proporciona. Con la llegada de los teléfonos móviles conectados a la Red, aún será más evidente el cambio.

Se podría comparar Internet a los grandes descubrimientos, decisivos en la evolución de la humanidad: el fuego, la rueda, el alfabeto, las matemáticas, el lenguaje, los medicamentos, la industrialización, etc. Vivimos en un mundo intercomunicado. Internet ha significado la revolución en las telecomunicaciones, creando una nueva tecnología de trabajo en las universidades, en toda el área de las ciencias de la salud, en los despachos profesionales, y en nuestros propios hogares. Ha creado una nueva terminología: páginas *web*, “navegar”, “buscadores”. Su utilización no precisa de conocimientos informáticos avanzados, debiendo sólo saber cómo utilizarse, lo que se consigue rápida y fácilmente.

Más de 200 millones de personas están conectadas a Internet. Sólo en Estados Unidos se considera que el número de

“net-adictos” supera los 80 millones. Un tercio de los norteamericanos realizan o han realizado alguna vez sus compras a través de la Red. Cada vez es mayor el número de los ciudadanos que leen las noticias del día en los periódicos virtuales, escuchan la radio o ven televisión a través del ordenador, hacen negocios e incluso consultan con el médico su particular problema por *e-mail* o con el *videophone* del ordenador^(24,25).

Por el momento, el correo electrónico abre una nueva puerta en la relación médico-enfermo. Incluso la Asociación Médica Americana (AMA) ha diseñado una guía de recomendaciones para ayudar a los facultativos en este cambio de relaciones con los pacientes. Estas *guidelines* han sido aprobadas por la AMA en el mes de febrero del año 2000 por su comité, haciendo constar que precisarán de periódicas revisiones frente a los rápidos avances que se producen en este campo. Los principales puntos de dichos protocolos son los siguientes⁽²⁶⁾:

a. Principios sobre su contenido

- Alta calidad.
- Acceso previo registro y clave de acceso.
- Precisa de revisiones por expertos.
- Clara diferenciación de la publicidad.
- Debe constar la fecha de la información en la *web*, revisiones y puestas al día.
- Los *links* o enlaces deben estar actualizados.

b. Principios sobre anuncios y patrocinios

- Adhesión a los más altos estándares éticos.
- No deben influir en el contenido científico.
- Los anuncios deben estar en lugar distinto de los contenidos propios de la publicación.

c. Principios para privacidad y confidencialidad

- Derecho a que la información se incluya en una base de datos restringida.
- Derecho a no ser identificado.

d. Principios para el e-comercio

- Privacidad.
- Seguridad de las transacciones económicas.
- Permiso del paciente para el archivo de la información de su caso.

Uno de los aspectos que constan en estas guías es el que establece como lícito el cobro de las actividades que se realicen tanto por teléfono como por vía electrónica, y los médicos norteamericanos solicitan de Medicare y Medicaid que se establezcan contraprestaciones económicas por estos servicios, realizados en muchas ocasiones en horarios extralaborales.

Cada vez más los médicos serán compensados económicamente por este *cybercare*, por estar *on-line*. En Estados Unidos, el *First Health Group Corporation*, con 10 millones de afiliados, ha anunciado que empezará a pagar a finales del año 2000 a los médicos que construyan una página *web* personal sobre atención sanitaria, teniendo derecho los afiliados a esta entidad a realizar la consulta médica a los profesionales del programa, y promete pagar incluso por medicina preventiva a razón de 25 dólares estadounidenses por consulta electrónica. Asimismo, en nuestro país proliferan páginas *web* de médicos que ofrecen sus servicios de consulta a cambio de una compensación económica, a través de tarjeta de crédito. No hay duda de que este sistema de relación médico-paciente va a disminuir el número de consultas personales, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas. Pero ¿cuántas consultas estarán dispuestas las mutualidades a pagar por cada enfermedad?⁽²⁷⁾

Las dos asociaciones médicas más potentes en Estados Unidos (Medicaid y Medicare) están también iniciando la financiación de la telemedicina y así Medicaid está ya financiando programas a través de Internet en 15 estados de EE.UU., con pólizas que incluyen seguros privados para atenciones médicas a larga distancia, y Medicare está considerando reembolsar solamente la tele-radiología y algunos casos de video-conferencia para áreas sanitarias remotas. Si bien se considera generalmente que la telemedicina no es medicina diferente sino simplemente un mecanismo distinto de ejercerla, algunos observadores cuestionan la viabilidad a largo plazo de las atenciones médicas basadas en las telecomunicaciones, dado que ningún circuito electrónico es capaz de “poner el brazo sobre el hombro del paciente”, reconfortar personalmente y crear una corriente de “empatía” por el contacto humano de la entrevista. Para que ello fuera posible se precisaría una especie de “antena espiritual”⁽²⁸⁾.

El paciente puede consultar abiertamente la información sobre salud que existe en la Red, muchas veces proporcionada por centros hospitalarios de gran prestigio o de los informes de los propios pacientes. El 90% de los médicos de Canadá, según ha informado el doctor *Alejandro Jadad* de la Universidad de McMaster de dicho país, han recibido alguna vez un paciente que les ha llevado información extraída de la Red^(29,30). En mi experiencia personal, en una ocasión que debía operar a un paciente de una fístula urodigestiva por enfermedad de Crohn, el paciente me preguntó: “Y después de la operación, con qué me va a tratar usted, ¿con salazopirina o con cinco-asa?” Debo reconocer que no tenía en absoluto conocimiento de cuál era la medicación actual de dicha enfermedad. Y le pregunté: “¿Y usted cómo lo sabe?” “Yo, a través de Internet”. En la siguiente consulta le proporcioné al paciente gran cantidad de información sobre terapéutica médica de la enfermedad de Crohn, diciéndole: “Aquí tiene usted lo más avanzado en información sobre su enfermedad, en este caso

extraída de Internet médico, y por tanto más amplia de la que usted pueda obtener como enfermo". Esta imagen será cada vez más frecuente, y el médico debe estar preparado para afrontar las nuevas tecnologías de la información.

El hecho de que los pacientes tengan acceso a la misma base de datos que los profesionales de la medicina conduce a un mayor conocimiento del usuario, que estimula al clínico a una mejor calidad y a utilizar la medicina basada en la evidencia. Está claro que existe el problema de que el paciente pueda "perderse" entre tanta información como puede obtener de Internet, lo que puede llevarle a ser ciber-hipocondríaco^(31,32). Un hecho importante para que las webs médicas evolucionen hacia una base global de conocimiento es el hecho de que puedan ser comprendidas en todos los continentes con una nomenclatura única y un lenguaje común (*Unified Medical Language System* o UMLS).

Otro aspecto en el que inciden las recomendaciones de la *American Medical Association* es en la necesidad de garantizar confidencialidad y seguridad en las comunicaciones en que se utilice el *e-mail* de consulta. Asimismo, el médico debe acusar recibo del mensaje, establecer en él el tiempo preciso en que le va a dar respuesta, y debe desarrollar mecanismos de archivo y recuperación de los documentos, que deben integrarse en el historial clínico del paciente. Asimismo, el médico debe obtener un consentimiento informado del paciente para el empleo del *e-mail*, por si un *hacker*, a pesar de la encriptación de los mensajes, pudiera tener acceso a información reservada. En una encuesta⁽³³⁾ los pacientes expresaron su temor a suministrar datos médicos a través de Internet, con un 27% que tienen dudas sobre su utilización y un 25% de los encuestados que dice que nunca lo va a utilizar.

Actualmente se desarrolla en Estados Unidos el denominado proyecto IDCOP (*Idealized Design of Clinical Office Practices*) que intenta conseguir que el paciente pueda decir: "Mi equipo médico me da exactamente la ayuda que yo deseo (y necesito), exactamente cuando yo lo deseo (y necesito)". Una de las bases en que se apoya este proyecto, que tiene la finalidad de lograr altos niveles de atención sanitaria, con satisfacción del paciente y del equipo médico que lo trata, es la comunicación con el enfermo, dándole facilidades para contactar con su médico, para lo cual recomienda el uso del *e-mail*. En este momento más de 30 centros de EE.UU., entre ellos el *Baylor College of Medicine* de Houston, la *Harvard University* de Boston y la *Mayo Clinic*, están integrados en el protocolo para desarrollar este proyecto⁽³⁴⁾. Se considera, en esta época en que es imposible eliminar por completo las listas de espera de los enfermos, como una buena solución que el paciente pueda mantener contacto sobre la evolución de su enfermedad a través de *e-mail* con el propio responsable de su tratamiento⁽³⁵⁾.

El gran peligro de la información médica a través de Internet es la falta de control sobre la veracidad científica⁽³⁶⁾. Las revistas médicas tienen un comité editorial, dentro del que existen los *peer-reviewers*, especialistas en analizar los artículos remitidos a la revista, con estadísticos que controlan la calidad de los ensayos randomizados. No existe universalmente este control en la Red, por lo que una buena solución es aceptar solamente la información que provenga de fuentes fiables⁽³⁷⁾. Un ejemplo de la seguridad de la información científica a través de Internet lo proporciona Medscape, dirigida actualmente por *George Lundberg*, durante 17 años ha sido el director de la revista JAMA, convirtiéndola en la revista más difundida en el mundo. El proceso de *peer-review* dura, gracias al correo electrónico, solamente tres días frente a las dos o más semanas que se emplea en las revistas impresas⁽³⁸⁾. Se admite, en una época en que el motor, la energía de todo sistema, es el dinero, que la única forma de mantener gratuita la información en Internet es a través de los *banners*, (anuncios de productos sanitarios o farmacéuticos), pero la misma revista en su formato *on-line* señala que debe existir una total separación entre la editorial científica y el departamento comercial, de forma que los anunciantes no puedan influir en la información de la revista, e incluso señala que nunca el anuncio sobre un producto debe coincidir en el tiempo ni en la ubicación con una información sobre éste⁽³⁹⁾. La ética de la información sanitaria debe respetarse en la Red. El comité científico debe tener voz y voto en la aceptación de los anuncios, para evitar que puedan proclamarse beneficios terapéuticos infundados y, en todo caso, el lector debe poder distinguir con claridad lo que es información científica y lo que es publicidad⁽⁴⁰⁾.

Internet debe respetar las denominadas *e-thics guidelines*, evitando la información poco veraz, los anuncios peligrosos y las prácticas ilegítimas de venta de productos farmacéuticos, siendo precisa cada vez más la necesidad de establecer fuertes estándares de integridad editorial y control de ésta, lo que se está intentando a través de la denominada *Internet Content Coalition*⁽⁴¹⁾.

Un aspecto que está cambiando el ejercicio profesional gracias a Internet es la venta de fármacos a través de la Red. El Colegio de Farmacéuticos de Barcelona ha solicitado del Ministerio de Sanidad que se elabore una ley para "regular el libre acceso de medicamentos a través de Internet". Según *Miguel Cabezas*, miembro de la junta de dicho colegio, se han contabilizado más de 20.000 drogas que se comercializan por correo electrónico, sin ningún control terapéutico, muchas de ellas no aprobadas por la FDA norteamericana ni por el Ministerio de Sanidad español. Dentro de la Comisión Europea del Medicamento se está estudiando la propuesta de establecer una ley de protección, semejante a la que existe en Gran Bretaña y Alemania.

Hay que considerar que medicina y farmacia no son mercados, sino factores de bienestar social, y que es imprescindible establecer la regulación del mercado electrónico de medicamentos por la Comisión Europea. El ex-presidente de los EE.UU., *Bill Clinton* aprobó una ley a través del senado norteamericano para regular la práctica de la venta de medicamentos a través de *e-mail*, pudiendo realizarse solamente con receta médica, en centros autorizados por la *National Association of Boards of Pharmacy* e impuso multas de 15.000 dólares a quien no cumpla esta regulación⁽⁴²⁾. En un caso se demostró la peligrosidad del libre comercio a través de Internet al poder adquirir un paciente el preparado Propecia, contraindicado en el embarazo, siendo gestante, simplemente rellenando un cuestionario a través del correo electrónico⁽⁴³⁾.

El pasado año, *Harold Varmus*, director del NIH (*National Institute of Health*) propuso la puesta en marcha de un servidor biomédico universal (E-Med) que permitiera que los trabajos de investigación científica fueran accesibles gratuitamente a través de Internet. Pero lo problemas de índole económica que afectan a las principales revistas médicas, contrarias a esta idea, han dado origen a una forma "edulcorada" del BioMed: el PubMed central. Las concesiones a las revistas impresas consisten en aceptar que dichas revistas decidirán cuándo poner *on-line* un artículo, siempre después de su publicación inicial, y que sólo los borradores (*pre-prints*) serán publicados en la Red inmediatamente, siempre que sean respaldados por organizaciones ajenas al NIH. Sólo una revista, el *British Medical Journal* (<http://www.bmj.org>), ha aceptado la creación de un servidor de *pre-prints*, estimulando el proceso de publicación, pudiendo consultar en *full text* los artículos de dicha revista. En España, una encuesta abierta por *Diario Médico* para conocer la opinión de los internautas españoles señaló que el 73% consideran que es conveniente la publicación de borradores de investigación por Internet frente al 23% que están en contra, señalando unos entrevistados su preferencia por la calidad versus rapidez frente a la de otros que se inclinan por la calidad⁽⁴⁴⁾.

La "e-vida" se inicia actualmente en la infancia. Cada vez más los estudiantes, incluso en primera enseñanza, manejan la PC. En EE.UU. el 85% de los estudiantes universitarios poseen un ordenador y el 60% de ellos "navegan" todos los días. Cada vez es mayor el número de centros de enseñanza que estimulan a sus alumnos al manejo de los ordenadores y proliferan los *cibercafés*, así como los *chats*. El ordenador portátil (*laptop*) se está convirtiendo en un elemento imprescindible, incluso en la mochila del excursionista. Los ordenadores de bolsillo (*handhelds*) en un inmediato futuro no serán considerados como un artículo de lujo para los estudiantes pudiendo reemplazar a los pesados PC⁽⁴⁵⁾.

Lo importante en el futuro, ya en el presente, se considera que no es "poseer conocimientos", sino saber "dónde encontrarlos". Enseñar a pensar más que obligar a acumular datos. La máquina guarda los datos en su memoria sin perderlos, mientras que la nuestra los pierde o los difumina con el tiempo. La máquina nos hace posible recuperarlos de forma inmediata, en el momento que lo precisemos. En algunas universidades de EE.UU. se ha puesto de manifiesto que esta situación, el profundo conocimiento de los ordenadores por los alumnos, ha dado lugar a situaciones de estrés al considerar los profesores que sus alumnos conocen más la tecnología que ellos.

¿Podríamos ahora vivir sin los PC? La pregunta equivale a cuestionarnos si podríamos actualmente vivir sin haber existido la revolución industrial. La sociedad no se da cuenta del efecto dramático que los rápidos avances tecnológicos tienen sobre la humanidad. El desarrollo humano es ahora más lento que el de la tecnología, y lo es particularmente en el campo de la tecnología de la comunicación⁽⁴⁶⁾.

En resumen, aceptemos los cambios, pero pensemos que por muy poderosas que sean las máquinas que nos dirigen y las que nos van a dirigir siempre nos queda el recurso de apretar el botón que suprime la entrada del suministro eléctrico y prescindir, aunque sea por unos instantes, de la "e-vida".

WEB UROLÓGICAS

El uso del ordenador es básico para el médico, para su actualización científica. La información que proporcionan los libros y revistas "nace fuera de su tiempo". La única forma de mantenerse al día es gracias a Internet, ya sea mediante la revisión de los *abstracts* de las publicaciones médicas, como el Medline, totalmente gratuito, a través de Pub-Med (<http://www3.ncbi.nlm.nih.gov>) y BioMedNet (<http://www.biomednet.com/db/medline>), que ofrece los resúmenes categorizados según su interés, o bien a través de revistas *on-line*, como *Medscape* (<http://www.medscape.com>), mediante programas específicos en urología como Urohealth (<http://www.urohealth.org>) o Cancerlit (<http://www.healthgate.com/cancerlit/adv-cancerlit.shtml>), órgano oficial del *National Cancer Institute*.

La urología española inició su andadura en Internet con el programa UROLAN (<http://www.pulso.com/tiro/indice.htm>) en 1994, siendo actualmente dicho programa la *web* oficial de la Asociación Española de Urología.

Se presentan seguidamente las *web* urológicas de más interés, con un breve comentario en alguna de ellas sobre su contenido.

Medscape

<http://www.medscape.com>

Es una *web* de libre acceso, con una página urológica, puesta al día frecuentemente, con artículos y columnas renovadas semanalmente. Para tener libre acceso a toda la información es preciso registrarse, siendo su registro gratuito.

The Digital Urology Journal

<http://www.duj.com>

Es una *web* urológica de gran interés, dirigida por *Anthony Atala*, con un comité editorial formado por grandes figuras de la urología americana (*Clayman, Fagan, Lue, Raz, Retik y Richie*) y que incluye artículos originales, resúmenes de congresos y discusiones sobre temas concretos.

Key publications in Urology

<http://www.uroreviews.org/archrev.htm>

Proporciona revisiones y literatura reciente, comentarios y acceso a otros enlaces. Su equipo editorial está formado por *consultants and senior registers* del Reino Unido.

The Medical Net

<http://www.medicalnetinc.com>

Esta *web*, desarrollada por urólogos, está destinada para ser consultada por todo profesional de la medicina, e incluso permite consultar a los pacientes, escogiendo el facultativo de su localidad (en EE.UU.). Se presenta una lista de los médicos integrados en esta red, que pagan una cantidad mensual para mantener su página *web* en Internet.

UroWeb

<http://www.uroweb.org>

Es la *web* oficial de la Asociación Europea de Urología, y ofrece información investigadora y educativa con subsecciones dentro de la especialidad como *StoneWeb*, *Prostate Web*, *Andro Web*, *Bladder Web*, etc.

European Urology

<http://www.karger.ch/journals/index.htm>

Es la publicación en revista de la Asociación Europea de Urología y proporciona los resúmenes y los textos íntegros, estos últimos por suscripción. Es también el órgano oficial de la *European Organization for Research and Treatment of Cancer-Genitourinary Group* y de la *European Society for Urological Oncology and Endocrinology*.

Sociedad Internacional de Urología

<http://www.siu-urology.org>

Informa principalmente sobre las actividades de la SIU, y de la programación de sus congresos.

Urology Channel

<http://www.urologychannel.com/index.shtml>

Tiene dos secciones distintas, una para los pacientes que consultan la Red y otra para los profesionales de la medicina, con un foro de consultas.

American Foundation for Urologic Diseases

<http://www.afud.org>

Aporta datos sobre investigación

y educación en relación a la lucha y prevención de afecciones urológicas.

Universidad de Michigan. Sección de Urología

<http://www.urology.med.umich.edu>

Ofrece programas de investigación básica y clínica, cirugía, programas de residencia e información de carácter general.

Brady Urological. Institute of John Hopkins Hospital

<http://www.prostate.urol.jhu.edu>

Es fundamentalmente la página de *Patrick Walsh*, con descripción en esquemas de la prostatectomía radical retropúbica, con la técnica de conservación de las bandeletas neurovasculares y sus modificaciones.

Urolog

<http://www.urolog.nl/uroindex.html>

Este servidor holandés está respaldado por universidades y laboratorios farmacéuticos. Para obtener la información completa precisa de registro, que es totalmente gratuito. Es una página de gran interés, y está dedicada exclusivamente a la especialidad.

Urology

<http://www.elsevier.com.inca/publications/store/5/0/5/9/9/7/505997.pub.htm>

Esta interesante publicación urológica permite la lectura de todos sus textos libremente gracias al patrocinio del laboratorio Astra Zeneca.

Urology and Nephrology

<http://www.elsevier.com.inca/publications/store/5/0/5/9/9/7/505997.pub.htm>

La revista, de publicación mensual, tiene interés para urólogos, nefrólogos y biólogos dedicados a la reproducción humana. Sólo permite la lectura de resúmenes.

The Lancet Oncology

<http://www.thelancetoncology.com>

Está destinada a clínicas e investigadores en la tarea oncológica. Proporciona numerosos enlaces a

otras redes oncológicas.

Urologic Oncology

<http://www.elsevier.com.inca/publications/store/5/2/5/1/4/4/525144.pub.html>

Uno de los objetivos de la revista es estimular y dar origen a nuevas ideas sobre investigación en base multidisciplinaria, relacionando laboratorio y clínica de los varios problemas oncológicos que afectan al aparato genitourinario.

Actas Urológicas Españolas

<http://www.esru.com/esru/25.htm>

Por el momento, en la Red sólo se encuentran las normas para la admisión de trabajos, si bien en fecha próxima, dado que esta revista es el órgano oficial de la Asociación Española de Urología, será posible obtener los resúmenes de los números recientes y el texto completo de las publicaciones de los años anteriores.

Servicio de Urología del Hospital Gregorio Marañón

<http://ourworld.compuserve.com/homepages/rduran/urohgm.htm>

Proporciona información general sobre dicho Servicio de Urología, sus actividades asistenciales, docentes y científicas y ofrece conexión a otras páginas urológicas.

CancerNet

<http://cancernet.nci.nih.gov>

La información proporcionada por esta importante página *web* depende del *National Cancer Institute* y está dirigida solamente a profesionales de la medicina interesados en todas las afecciones cancerológicas.

Universidad de Pensilvania

<http://oncolink.penn.edu/disease>

Al añadir a la *web* como última palabra el órgano del cual se quiere obtener información sobre su cáncer (*prostate*, *testicular*, *bladder*, *kidney*...), se obtiene gran cantidad de información sobre los tumores de estos órganos.

CancerHelp UK

<http://www.medweb.bham.ac.uk/cancer-help/index.html>

Es un servicio de libre información sobre cáncer para público en general y profesionales de la salud.

Atlas Interactivo de Urología

<http://www.uroatlas.net/index.htm>

Esta página creada por el Servicio de Urología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Dr. R. Durán) ofrece un archivo fotográfico de las distintas patologías urogenitales con colaboración de especialistas, estando las fotografías que lo integran organizadas según patologías.

The Journal of Urology

<http://www.wwilkins.com/urology>

La más importante de las revistas urológicas ofrece libremente los resúmenes, incluso apareciendo en la Red antes de su publicación en papel, pero sólo es posible obtener el texto íntegro de sus originales por suscripción o siendo miembro de la Asociación Americana de Urología.

Archivos Españoles de Urología

<http://www.arch-espanoles-de-urologia.es>

La más veterana de las revistas urológicas españolas. Proporciona sólo los resúmenes.

British Journal of Urology

<http://www.blacksci.co.uk/products/journals/bju.htm>

Es la más importante de las revistas urológicas editadas en el Reino Unido, pudiéndose obtener solamente los resúmenes. Es de esperar que en fecha próxima, al igual que ocurre con el *British Journal of Medicine* (<http://www.bjm.com/index.shtml>) sea posible obtener libremente su texto completo.

Asociación de Urología de Urólogos de Comarcas

<http://www.acuc.net/web-free/biblio/abrevi.htm>

Esta agrupación de urólogos catalanes de comarcas ha creado una interesante página *web* con múltiples recursos y conexiones.

OTRAS PÁGINAS WEB Y RECURSOS DE INTERÉS EN UROLOGÍA

Red de Cistitis Intersticial

<http://www.ic-network.com/md>

Vidamed

<http://www.vidamed.com>

Prostate Health

<http://www.prostatehealth.com/default.htm>

The Prostate Cancer Infolink

<http://www.comed.com/prostate>

Prostate Pointers

<http://rattler.cameron.edu/prostate/prostate/html>

Prostate On Line

<http://www.prostate-online.com>

Clintenton Hospital's Prostate Center

<http://www.cryosurgery.org/index.html>

Prostate Cancer Web

<http://www.prostate.com>

Para localizar gran número de recursos urológicos a través de un solo servidor es preferible hacerlo a través de una sola página *web* que nos dé el listado, con posibilidad de conexión directa por hipertexto con los servidores urológicos. Ésta puede obtenerse con la dirección electrónica <http://user.iworld.net/medmark/uro/uro.html>, que permite conectar directamente con revistas urológicas, redes de urología general y de subespecialización (oncología, uropediatria, afecciones prostáticas, litiasis, etc.) con departamentos y servicios de urología, con sociedades científicas de la especialidad, escuelas médicas, programas de educación, etc.

Un capítulo interesante, cada vez con mayor presencia en la Red, es el dedicado a la medicina basada en la evidencia. Podemos encontrar artícu-

los realizados con esta tecnología en las siguientes publicaciones electrónicas:

ACP Journal Club

<http://www.webcom.com/mjweb/jrnclcb/index.html>

Evidence Based Medicine

<http://www.acponline.org/journals/ebm/ebmmenu.html>

Bandolier (Oxford)

<http://jr2.ox.uk/Bandolier>

British Medical Journal

<http://www.bmj.com/index.shtml>

McMaster University

<http://hiru.mcmaster.ca/ebm>

Center for EBM at Oxford University

<http://cebmljr2.ox.ac.uk>

Evidence Based Medicine Resource Center

<http://embny.org>

New York Academy of Medicine

<http://www.nyam.org>

Clinical Evidence Website

<http://www.bmjpg.com/evi99/foreword.html>

WEB DE INTERÉS EN ESPAÑOL

<http://www.urologiaysalud.org>

Página dirigida a profesionales sanitarios para fomentar el conocimiento y la puesta al día en Urología. Incluye casos clínicos interactivos, información sobre congresos y reuniones, así como noticias de interés.

<http://www.hombreysalud.org>

Página dirigida a pacientes donde es posible resolver dudas sobre la salud del hombre, valorar su salud personal mediante *test on line* o evaluar sus conocimientos mediante cuestionarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eysenbach, G.; Ryoung, S. A.; Diepgen, T. L.: The impact of informatics. Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine. *BMJ*, 314: 1294, 1999.
2. Hersh, W. R. de: Evidence based medicine and the Internet (editorial). *ACP Journal Club*, 5: A. 14, 1996 (<http://www.acponline.org/journals/acpjcl/jularg96/jajaedit.htm>).
3. Pier, R.: Cybermedicine. *New England J. Med.*, 339: 638, 1998.
4. Grigsby, J.; Sander, J.; Jay, H.: Telemedicine: where it is and where it's going. *Ann. Intern. Med.*, 129 (2): 123, 1998.
5. A new kind of house call when medical assistance comes from afar (<http://www.cnn.com/ASIANOW>).
6. Breidenbach, S.: Future of high speed networks (<http://www.cnn.com/2000/TECH>).
7. Vaamonde Lemos, R.: Departamento de Ciencias Morfológicas. Telemedicina y Telepatología. Universidad de Córdoba (<http://www.uco.es/grupos/telemed/virtual/ponencia/telepat.htm>).
8. Holland, J.: Telemedicina: cumplimiento de la promesa (<http://www.jrc.es/ipts-report/vol1/spanish/MED5ST/6.htm>).
9. Wilson, Ch. B.: The impact of medical technologies on the future of internet. *BMJ*, 319: 1287, 1999.
10. Miringier, T.; Gabl, C.; Derivan, P.; Mikuz, G.; Ferrer Roca, O.: What do physicians think of telemedicine? A survey in different european regions. *J. Telemedicine Telecare*, 2 (1): 50, 1996.
11. Linder, A.: Army to test new Fraunhofer 3D visualization tool in Bosnia. *Global Telemedicine Report*, 3 (7): 16, 1996.
12. Bases australianas en la Antártida. Telemedicine Today. *International Telemedicine*, 1: 6, 1996.
13. Scott Gotlieb: Study explores internet as a tool for care on diabetic patients. *West J. Med.*, 173: 8, 2000.
14. Del Pozo, F.; Gómez, E. J.; Arredondo, M. T.: Telemedicine approach to diabetes management. *Diab. Nutr. Metab.*, 4 suppl. 1: 149, 1991.
15. Santarelli, M. F.; Positano, V.; Landini, L.: Real-time multimodal medical imaging processing. A dynamic volume rendering application. *Transaction on information. Technology in Biomedicine*, 1 (3): 171, 1997.
16. Electronic stethoscope technology. *Telemedicine Today*, 5 (6): 17, 1997.
17. Secades, C.; Sampedro, A.; Martínez, A.: Servicios de intercambio. Información y participación en internet para patólogos. *International Telemedicine*, 1: 61, 1997.
18. Samedov, R. N.: An internet station for telemedicine in the Azerbaijan Republic. *J. Telemedicine and Telecare*, 4 (1): 42, 1998.
19. Franken Jr. E. A.; Berbaum, K. S.; Smith, Wh.; Chang, P. J.; Owen, D. A.; Bergus: Teleradiology for rural hospitals: analysis of a field study. *J. Telemedicine and Telecare*, 2 (1): 202, 1996.
20. Franken Jr. E. A.; Berbaum, K. S.: Subspecialty radiology consultation by interactive telemedicine. *J. Telemedicine and Telecare*, 2 (1): 35, 1996.
21. Jadad, A. R.: Promoting partnership: challenge for the internet age. *BMJ*, 319: 761, 1999.
22. Shepperd, S.; Charnock, D.; Gann, B.: Helping patients access high quality health information. *BMJ*, 319: 764, 1999.
23. Cher, D. J.: Use of meta-analytic results to facilitate shared decision material. *JAMA*, 6; (5): 412, 1999.
24. Mair, F.; Whitten, P.: Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *BMJ*, 320: 1517, 2000.
25. Video-Phone in Medicine (<http://www.wired.com/news/technology/story/19527.html>).
26. Winker, M. A.; Flagin, A. M. y col.: Guidelines for medical and health. Information sites on the Internet. Principles governing AMA web sites. *JAMA*, 283: 1600, 2000.
27. Health care goes online BBC news: <http://newsvote.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid-553000/553680.stm>.
28. Dakins, D. R.: Multimedia networking: expanding access to critical data. *Telemedicine and Telehealth Networks*, 4 (1): 36, 1998.
29. Jadad, A.; Gagliardi, A.: Rating health information on the internet: navigating to knowledge onto Babel. *JAMA*, 279: 611, 1998.
30. Pal, B.: E-mail: contact between doctor and patient. *BMJ*, 358: 1428, 1999.
31. Eysenbach, G.; Diepgen, T. L.: Towards quality management of medical information on the internet evaluation, labelling and filtering of information. *BMJ*, 37: 1496, 1998.
32. Sachetty, P.; Zvara, P.; Plante, M. K.: The internet and patient education: resources and their reliability: focus on a select urologic topic. *Urology*, 53: 61, 117, 1999.
33. Pennbridge, J.; Moya, R.; Rodríguez, L.: Questionnaire survey of California consumer's. Use and rating of sources of health care information, including the internet. *West J. Med.*, 171: 302, 1999.
34. Idealized design of clinical office practices (IDCOP) (<http://www.ihl.org/idealized/projectinfo>).
35. Cyberclinics "could cut waiting lists", (<http://news6.thdo.bbc.uk/ik/english/health>).
36. Rutter, T.: Doctors warn of dangers of the internet. *BMJ*, 317: 1103, 1998.
37. Gotlieb, S.: Health information on internet is often unreliable. *BMJ*, 321: 136, 2000.
38. Whalting, P.: Having non-medical readers of papers on internet will enhance peer-review. *BMJ*, 318: 1144, 1999.
39. Heather Hayles. Funding and policy banners plague rural telemedicine. (<http://www.CNN.com/2000>).
40. International Ethics Survey. The World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology. <http://216.55.23.122/cgi-bin/pageserv.cgi>.
41. James Dongherty, M.: Growing pains of the internet age. *West J. Med.*, 172: 232, 2000.
42. Charatan, F.: Clinton to regulate internet prescription drug sales. *MNJ*, 320: 75, 2000.
43. Larnall, D.: Missouri fines internet pharmacy. *West J. Med.*, 172: 60, 2000.
44. <http://www.medynet.com/elmedico/omc/2000/07/05/soel.htm>.
45. Karen Thomas: Laptops no longer a luxury for students. (<http://www.usatoday.com/life/cyber/techn>).
46. Mutha, S.; Norman, G.; O'Neil, E.: Medical practice 2010. *West J. Med.*, 172: 274, 2000.

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) Ciudad de 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 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 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.

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

Enfermedades urológicas

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

NOTICIAS DE LA SAU

Coordinador José R. Castera

PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA Y A DISTANCIA EN UROLOGÍA CURSO 2001/2002

Objetivos:

Este programa ha sido concebido y desarrollado con el propósito de colocar al alcance de los urólogos una estrategia educativa y de actualización que pueda respetar y adecuarse a su sistema de trabajo y/o lugar de residencia. Otorga puntos para certificación y recertificación de la S.A.U.

MÓDULOS

AÑO 2001

Anatomía Quirúrgica y Vías de Acceso

Dr. Elías Fayad

Diagnóstico por Imágenes en Urología

Dr. José San Román

Fisiopatología de la Micción

Dr. S. Víctor Romano

Infecciones en Urología

Dr. Juan José Solari

Informática

Dr. Hugo Signori

Introducción a la investigación

Dr. Hernán Doval

Litiasis Renal: Estudio y Tratamiento Médico:

Dra. N. Imperiale

ESWL: Dr. Lorenzo Grippo

Cirugía C. Abierto: Dr. Norberto

Bernardo

Nefrología

Dr. Juan S. Algranati

Principios de Bioética

Comité de Bioética de la S.A.U.

Aranceles

Matrícula: \$15.00.-

Costo de los módulos

Para Cursista: Por año: \$60.00.-

Para Suscriptores: Por año: \$40.00.-, por módulo \$5.00.-

AÑO 2002

Andrología

Dr. Gastón Rey Valzacchi

Cirugía Reconstructiva Urológica

Dr. Juan Carlos Tejerizo

Disfunción Eréctil

Dr. Osvaldo Mazza

Endourología - Laparoscopia

Drs. F. Daels y Marcelo Medel - Dr. Alberto Villaronga

Enfermedades Benignas de la Próstata

Dr. Agustín Rovegno

Oncología II - Ca. de Riñón: Dr. Juan Ghirlanda

Ca. Vejiga Superficial:

Dr. L Montes de Oca

Infiltrante:

Dr. Humberto Bogado

Ca. de Próstata: Dr. Carlos Sáenz

Ca. de Testículo: Dr. Alberto Casabé

Transplante Renal

Dr. Oscar Damia

Uroginecología

Dr. Horacio Rey

Uropediatría

Dr. Miguel Podestá

Pago hasta en tres cuotas anuales a través de Débito Automático.

Socios S.A.U.: 10% de descuento con cuota al día, al contado o por Débito Automático.

INFORMES E INSCRIPCIÓN EN SECRETARÍA DE LA S.A.U.

Por carta a: Pasaje de la Cárcova 3526 (1172), Buenos Aires.

Tel/Fax: 011-4963-8521/4336/4337 - E-mail: urolog@infovia.com.ar

SAU

La **SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA** con el firme propósito de promover la actualización permanente de los médicos especialistas, ha organizado el primer **PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA Y PERMANENTE EN UROLOGÍA**.

Este programa se llevará a cabo durante los años 2001 y 2002 y presenta como innovación la característica de **estar diseñado para ser desarrollado a distancia**, comprendiendo 19 temas de actualidad distribuidos en dos años.

Objetivos

- Promover la actualización y profundización de los conocimientos adquiridos durante la formación urológica del especialista.
- Generar material de consulta confiable y actualizado mediante el exhaustivo análisis de la bibliografía nacional y extranjera por profesionales de prestigio.
- Determinar pautas válidas y sólidas ante los problemas que el especialista enfrenta en la práctica de la especialidad.
- Colocar lo anteriormente expuesto al alcance de todos los urólogos que tengan deseos e intención de mantenerse actualizados, al permitirles el estudio de una estrategia educativa que pueda respetar y adecuarse a su sistema de trabajo y/o lugar de residencia.
- Mejorar y contribuir al sistema de Certificación y Recertificación en Urología.

Modalidad

El Programa se dividirá en **módulos** cada uno de ellos integrado por uno o más **fascículos**, compuestos por temas de actualización, desarrollados por expertos seleccionados por una Comisión a cargo de la dirección y coordinación del Programa.

Todos los inscriptos recibirán en su domicilio, mensualmente, un módulo compuesto de uno o más fascículos por cada tema tratado, el que contará al final del mismo con la respectiva bibliografía y un cuestionario basado en preguntas relacionadas con el tema. Los médicos que envíen las respuestas del cuestionario, obtendrán puntos por cada módulo completo contestado, con un mínimo de 75% de respuestas correctas, válido para la Certificación y Recertificación (C y R) que otorga el Colegio Argentino de Urólogos de la Sociedad Argentina de Urología (S.A.U.).

Inscripción

Existen dos tipos de inscripciones: **a) cursista; b) suscriptor**.

El **cursista** tendrá obligación de cumplir con el 80% de los módulos y aprobar los dos exámenes parciales para poder tener acceso a rendir el examen final. A cambio de ello obtendrá puntos (C y R de la S.A.U.) por módulo, por los exámenes parciales y por el examen final. El **suscriptor** recibirá todos o sólo los módulos que solicite, si así lo desea, y obtendrá puntos (C y R de la S.A.U.) sólo por los módulos. No rendirá exámenes ni recibirá puntos por ellos.

Evaluaciones

Se realizarán sólo sobre los inscriptos como cursistas y consistirán en:

Un examen parcial al término del 1º y 2º año, efectuado por el sistema de **libro abierto**, en el domicilio del cursista. La aprobación de los mismos otorga puntos (C y R de la S.A.U.).

El examen final se llevará a cabo al término del programa, podrán rendir el mismo todos los cursistas que hallan completado el 80% de los módulos y aprobado los exámenes parciales. La aprobación del mismo otorga puntos (C y R de la S.A.U.).

Los inscriptos como cursistas podrán realizar consultas respecto de los temas tratados, ya sea por correo, fax o Internet, las que serán evacuadas por los coordinadores que desarrollaron el tema o por especialistas designados por el Consejo Editor.

Diploma y certificación

- El **cursista** que halla cumplido con el 80% de los módulos, aprobado los exámenes parciales y el examen

final, recibirá un **Diploma** que acredita la aprobación del Programa.

- El cursista que habiendo cumplido con el 80% de los módulos, aprobado los exámenes parciales, no apruebe o no realice el examen final, recibirá un **Certificado** de reconocimiento de haber realizado el Programa.
- El **suscriptor** recibirá un **Certificado** por cada módulo completo contestado.

5° Congreso Anual de la Regional Bonaerense de Urología

A desarrollarse desde marzo a diciembre de 2001, en distintas localidades de la Provincia de Buenos Aires. Informes: Pueyrredón N° 438 (2700). Pergamino, Bs. As. Teléfono: 02477-15594721.

Congreso Europeo de Urología

7 al 10 de abril de 2001. Ginebra. Inf.: (+31) 26 33890680. Fax: (+31) 26 3890686.
E-mail: p.debon@uroweb.nl - n.vanderwoort@uroweb.nl

SIMPOSIO INTERNACIONAL AVANCES EN UROLOGÍA 2001

6, 7 y 8 de Mayo. Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center
Organizado por la Sociedad Argentina de Urología

PROGRAMA

Reuniones del Sub Comité de Especialidades de la SAU

Oncología. *Coordinador* Dr. Alberto Villaronga

Litiasis y Endourología. *Coordinador* Dr. Marcelo Medel

Disfunciones sexuales. *Coordinador* Dr. Germán Chéliz

Cursos de Actualización

• UROPATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Coordinador: Dr. Jorge Zárate. Profesor de Patología UBA, Asesor Serv. Patología del Hospital Aeronáutico Central.

Invitados: Prof. Dr. Boris Elsner, Dr. Néstor R. Lago, Dr. Horacio Maturi y Dr. Héctor Chemes.

• PATOLOGÍA GENITAL MASCULINA DERMATOLÓGICA

Coordinadora: Dra. Néliida Raimondo, Docente de Dermatología UBA, Jefa Servicio Dermatología Hospital Aeronáutico Central.

Invitados: Dr. Luis Belli, Alberto Carvalho, Hernán Molinas y Dra. Liliana Campos.

Cursos Intensivos

• MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

Coordinador: Dr. Salomón V. Romano, Prof. Adjunto Urología UBA, Encargado Subcomité Uroginecología SAU.

Invitados: Dres. Omar Grossi, Marcelo Kobelinsky, Emilio Longo, Julio Marino Ruiz, Juan Carlos Proto, Emilio Quesada, Ernesto Rodríguez, Juan Tejerizo, Miguel Zangone y licenciadas: Gabriela Klas, Sandra Salsberg.

• LA ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA E INTERVENCIONISTA EN LA PRÁCTICA UROLÓGICA.

Coordinador: Dr. Vicente Damasco, docente de la UBA, Jefe de Servicio de Ecografía del Sanatorio Otamendi.

Invitados: Dres. Miguel López, Reynaldo Kant, Marcelo Borghi, Alberto Hernández, Daniel Tapia, Mauro García, Martín Pfister, Esteban Staneloni, Gerardo Lautersztejn y Dra. Cecilia Hernández.

Invitados Extranjeros:

Dr. Octavio Castillo Cádiz

Dr. David F. Jarrard

Dr. Andrew C. Novick

Dr. Antonio Carlos Pompeo

Dr. Steve Schichman

Dr. Steven Schlosseberg

Santiago de Chile (Chile)

Madison, Wisconsin (USA)

Cleveland, Ohio (USA)

São Paulo (Brasil)

Hartford, Connecticut (USA)

Norfolk, Virginia (USA)

Conferencias y Mesas con Expertos

1er Curso de Uro-Oncología por Internet,

a desarrollarse durante el año 2001. <http://urologia.org>. e-mail: uroonconet@urologia.org

II Curso Anual de Endourología

A realizarse durante el año 2001. Informes: Hospital Italiano. Servicio de Urología. Tel./Fax: 4958-4922.

5º Curso Anual de la Regional Bonaerense de Urología

A desarrollarse desde marzo a diciembre de 2001, en distintas localidades de la Provincia de Buenos Aires. Informes: Pueyrredón N° 438 (2700). Pergamino, Bs. As. Teléfono: 02477-15594721.

III Congreso Argentino de Cirugía Laparoscópica y Videoasistida

24 al 26 de marzo de 2001. Hotel Crowne Plaza Panamericano de Buenos Aires.
Informes: Paraná 326, piso 3º "13", (1017) Buenos Aires. E-mail: secretaria@sacil.org.ar,
info@sacil.org.ar - <http://www.sacil.org.ar>

IV Tribuna Magistral

2 al 3 de abril de 2001, en el Hotel Hyatt de Buenos Aires.
Informes: Viamonte 1438, Capital Federal. Tel.: 4372-8289. Fax: 4371-7275.
E-mail: cegyr@cegyr.com - <http://www.cegyr.org.ar>

XVI Congreso EAU

7 al 10 de abril de 2001. Informes: teléfono (+31) 26 33890680. Fax: (+31) 26 3890686.
E-mail: p.debont@uroweb.nl - n.vanderwoort@uroweb.nl

VI Jornadas Científicas de los Hospitales del Centro de la Ciudad

7 al 11 de mayo de 2001, en la Ciudad de Buenos Aires.
Informes: Hosp. de Oncología "Marie Curie", Patricias Argentinas 750, (1405).
Fax: 4982-3972. E-mail: hcuriess@intramed.net.ar

Noveno Curso de Urología

A realizarse en el Hospital Churruca Visca de Buenos Aires, entre el 7 y 9 de julio de 2001.
Informes: 15-4440-0470.

Curso de Actualización de Cirugía Transuretral

A realizarse los días lunes 30 de julio, y 13 y 27 de agosto, de 19:30 a 22:30 hs. en el Auditorium de la SAU. Pasaje de la Cárcova N° 3526. Directores: Dres. C. A. Acosta Güemes y A. A. Villamil. E-mail: urolog@infovia.com.ar Tel./Fax: 4963-8521/4336 y 4337.

Congreso Argentino de Neurofisiología y Farmacología en Sexualidad Humana

17 al 19 de agosto de 2001. Ciudad de Taffí del Valle, Tucumán.
Secretaría: e-mail: smoises@arnet.com.ar. Tel.: 0381-42171006 - Tel./Fax: 0381-4222307.

Curso de Uro-Oncología, Cáncer de Próstata y Cáncer de Vejiga

Organizado por el Servicio de Urología del Hospital Israelita.
A desarrollarse los días 23 y 24 de agosto de 2001, de 8 a 12 horas, en el Hospital Israelita.
Inscripción gratuita. Informes: Serv. de Urología Hospital Israelita, Terrada 1164, Buenos Aires.
Tel.: 4586-8111. Celular: 15-5310-5842. E-mail: gutfrajnd@overnet.com.ar

**Curso Internacional de la Federación Argentina de Urología
Actualización en Urología, Bariloche 2001**

A realizarse en San Carlos de Bariloche los días 28 de agosto y 1º de septiembre de 2001.
Informes: FAU, Av. Pueyrredón N° 76, (5000) Córdoba. Tel.: 0351-46831111.
E-mail: fau@fau.com.ar Página web: <http://www.fau.com.ar>

IV Jornadas de Urología del Hospital Francés

5 al 7 de septiembre de 2001. Se desarrollarán dentro del marco de las
"VI Jornadas Franco-Argentinas de Medicina y Cirugía".
Informes: Servicio de Urología Hospital Francés. Tel./Fax: 4963-6210.

1º Simposio Internacional de Medicina de la Reproducción Humana

26 al 28 de septiembre de 2001, en el Hospital Militar Central, con motivo de celebrarse el 122º
aniversario de su creación. Informes: Departamento de Docencia, Investigación y Desarrollo del
Hospital Militar Central. Luis María Campos N° 726 (1426), Ciudad de Buenos Aires. Lunes a
viernes de 8:00 a 12:30 hs. Telef.: +5411 4573-5737 Int. 204. Fax: +5411 4576-5659.

XXVIII Congreso Brasileño de Urología

29 de septiembre al 4 de octubre de 2001. Centro de Convenciones Edson Queiroz, Fortaleza, Ceará,
Brasil. Informes: Rua Bambiana, 153, Rio de Janeiro, Brasil. Tel./Fax: (21) 246-4092 de 9 a 19 hs.
E-mail: sbu@urologia.com - <http://www.sbu.org.br>

XXXVIII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología (SAU)

XXX Congreso de la Federación Argentina de Urología (FAU)

XXI Jornadas Rioplatenses de Urología

13 al 16 de octubre de 2001, en el Hotel Hilton de la Ciudad de Buenos Aires.
Informes: Secretaría SAU. e-mail: urolog@infovia.com.ar. Tel./Fax: 4963-8521/4336/4337.

XII Congreso de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo

28 al 31 de octubre de 2001. Hotel Intercontinental de Buenos Aires. Av. Díaz Vélez 3889 (1200)
Buenos Aires. Tel./Fax: 4983-9800
E-mail: saem@connmed.com.ar. Página web: <http://www.saem.org.ar>

Recordatorio sobre pedido de auspicios a la Sociedad Argentina de Urología

Hasta el 30 de noviembre de 2000

Los eventos a realizarse en el primer semestre de 2001.

Hasta el 31 de mayo de 2001

Los eventos a realizarse en el segundo semestre de 2001.

TARJETAS DE CRÉDITO

La SAU ha efectuado contrato con las tarjetas de crédito:

VISA - MASTERCARD - CABAL

para facilitar el cobro por débito automático de la cuota societaria respectiva.

El asociado que acepte esta forma de pago deberá elevar la autorización correspondiente.

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 vitæ* actualizado con la correspondiente copia en disquette.

El formulario correspondiente deberá solicitarse en la secretaría de la 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 la 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, en la sede de la SAU, o comunicarse con los letrados diariamente de 11 a 19 horas, a los teléfonos 4861-8821 y 4867-1028.

PREMIO “DOCTOR AGUSTÍN PAGANO”

Este premio se presenta en forma bienal, años impares, el correspondiente al año 2001 puede presentarse hasta el 1º de octubre del año 2001.

El mismo versa específicamente sobre el tema:

“CIRUGÍA UROLÓGICA, EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES”.

PREMIO "PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA"

Se otorgará este premio al mejor trabajo presentado en las reuniones científicas del año.

PREMIO "DOCTOR LUIS E. PAGLIERE"

Este premio se presenta en forma anual, el correspondiente al año 2001 se podrá presentar antes del 1º de septiembre del año 2001.

LOS RESPECTIVOS REGLAMENTOS DE ESTOS PREMIOS SE ENCUENTRAN A SU DISPOSICIÓN EN LA SECRETARÍA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA.

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 2001.
- *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.

CENTRO DE ESTUDIOS BIOQUIMICOS

Areas de especialización:

ANDROLOGIA

GINECOLOGIA

Dra. Ana María Blanco

*FRENCH 2208, P.B.
(1125) Capital Federal
Telefax: 4825-0794*

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: 4861-4888
(1203) Buenos Aires - Argentina

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA

4 *número
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*

2001

SAU



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

DOBLAR

..... PAIS:

..... CIUDAD: C.P.:

..... DIRECCIÓN:

..... REMITENTE:

DOBLAR

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA

Organo de la Sociedad Argentina de Urología

Vol. 66 - 2001

Comité Ejecutivo

Director: Dr. Fayad, Elías J.
Asesores del Director: Dr. Iturralde, Ubaldo C.
Dr. Rivero, Miguel A.

Comité Editorial: Dr. Giúdice, Carlos R. (h.)
Dr. Chéliz, Germán
Dr. Momesso, Adrián
Dr. Bataglini, Juan Pablo

Comité de Redacción:
Secretario: Dr. Villamil, Antonio
Integrantes: Dr. Acquisgrana, Alejandro
Dr. Espasiano, Marcelo

Consejo Editorial Nacional

Dr. Acosta Güemes, Carlos - *Buenos Aires*
Dr. Bellora, Oscar - *Buenos Aires*
Dr. Bengió, Rubén - *Córdoba*
Dr. Bogado, Humberto - *Bahía Blanca*
Dr. Córica, Alberto - *Mendoza*
Dr. Dalul, Alberto - *Santa Fe*
Dr. Dotta, Alejandro - *Rosario*
Dr. Ghirlanda, Juan M. - *Buenos Aires*
Dr. Gueglio, Guillermo - *Buenos Aires*
Dr. Guzmán, Juan M. - *Buenos Aires*
Dr. Hereñú, Rolando - *Buenos Aires*
Dr. Mazza, Osvaldo - *Buenos Aires*
Dr. Medel, Marcelo - *Buenos Aires*
Dr. Minuzzi, Pedro - *Córdoba*
Dr. Molina, Roberto - *Tucumán*
Dr. Pautasso, Oscar S. - *Córdoba*
Dr. Podestá, Miguel - *Buenos Aires*
Dr. Rey Valzacchi, Gastón - *Buenos Aires*
Dr. Rodríguez Consoli, J. - *Mar del Plata*
Dr. Romano, Víctor - *Buenos Aires*
Dr. Sáenz, Carlos - *Buenos Aires*
Dr. Speranza, Juan C. - *Buenos Aires*
Dr. Villaronga, Alberto - *Buenos Aires*

Consejo Editorial Internacional

Dr. Arap, Sami - *Brasil*
Dr. Boccon-Gibod, Laurent - *Francia*
Dr. Escovar, Paul - *Venezuela*
Dr. García Guido, Luis - *Uruguay*
Dr. González, Ricardo - *Estados Unidos*
Dr. Jiménez Cruz, Fernando - *España*
Dr. Jordan, Gerald - *Estados Unidos*
Dr. Lobel, Bernard - *Francia*
Dr. Morales, Álvaro - *Canadá*
Dr. Resnik, Martín I. - *Estados Unidos*
Dr. Rodrigues Netto, Nelson (Jr.) - *Brasil*
Dr. Schulman, Claude - *Bélgica*
Dr. Valdivia-Uría, José G. - *España*
Dr. Vallancien, Guy - *Francia*

Revista Argentina de Urología. Vol. 66, Nº 2, año 2001. **Editor responsable:** Sociedad Argentina de Urología. **Director:** Dr. Elías Jorge Fayad. **Domicilio legal:** Pasaje De La Cárcova 3526, (1172) Ciudad de Buenos Aires, República Argentina. Tel. 4963-8521/4336/4337. E-mail: urolog@infovia.com.ar. Derecho de propiedad intelectual Nº 114911-2001. **Diseño y coordinación:** F&S, Tel. 4504-0577. **Compuesta e impresa** en Argentina por «Marcelo Kohan / Impresión & Diseño», Olleros 3951 2º 27 (c1427eei) e-mail: mkohan@ciudad.com.ar.



SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA

Comisión Directiva

Presidente:	Dr. Mazza, Osvaldo N.
Vicepresidente:	Dr. Podestá, Luis M.
Secretario Científico:	Dr. Fredotovich, Norberto M.
Prosecretario Científico:	Dr. Rovegno, Agustín R.
Secretario Administrativo:	Dr. Grippo, Lorenzo.
Prosecretario Administrativo:	Dr. Tejerizo, Juan C.

Vocales Titulares:

Dres. Deparci, Alberto A., Rosenfeld, Claudio A., Atchabahian, Pablo, Castera, José R., Galigniana, Raúl N., Koren, Claudio A.

Vocales Suplentes:

Dres. Borgnia, Hugo C., Rizzi, Alfredo O.

Órgano de Fiscalización:

Dres. Aza Archetti, César E., Santiago Giúdice, Carlos A., Rey, Horacio M.



COMITÉS DE LA SAU

Comité de Biblioteca

Director: Dr. Costa Güemes, Carlos A

Comité de Publicaciones

Director: Dr. Fayad, Elías J.

Comité de Educación Médica Continua

Director: Dr. Schiappapietra, Jorge H.

Comité de Colegio Argentino de Urólogos

Director: Dr. Levati, Horacio A.

Comité de Especialidades Urológicas

Director: Dr. Ghirlanda, Juan M.

Comité de Reuniones Científicas

Director: Dr. Romano, Salomón V.

Comité de Residencias Urológicas

Director: Dr. Solari, Juan J.

Comité de Congresos y Jornadas

Director: Dr. Costa, Miguel A.

Comité de Interior

Director: Dr. Signori, Hugo A.

Comité de Exterior

Director: Dr. Bernstein Hahn, León

Comité de Ética

Dres. Petrone, Eduardo G., Soldano, Elvio O., Giúdice, Carlos A.

Comité de Defensa de los Intereses Profesionales

Dr. Socolovsky, Rodolfo M.

VADEMECUM UROLOGIA

CICLAMIL

- * ciproterona acetato 50 mg por 50 comprimidos
- * ciproterona acetato 100 mg por 30 comprimidos

*** PAMI**

MITOMICINA

- * mitomicina 20 mg por 1 frasco ampolla liofilizado

*** PAMI**

FINPROSTAT

- finasteride 5 mg por 30 comprimidos

FLUTAMIDA

- * flutamida 250 mg por 60 comprimidos

*** PAMI**

LIBERPROST

- bicalutamida 50 mg por 28 comprimidos

PROSTAZOSINA

- doxazosina 2 mg por 30 comprimidos

HONVAN

- fosfestrol 120 mg por 50 comprimidos

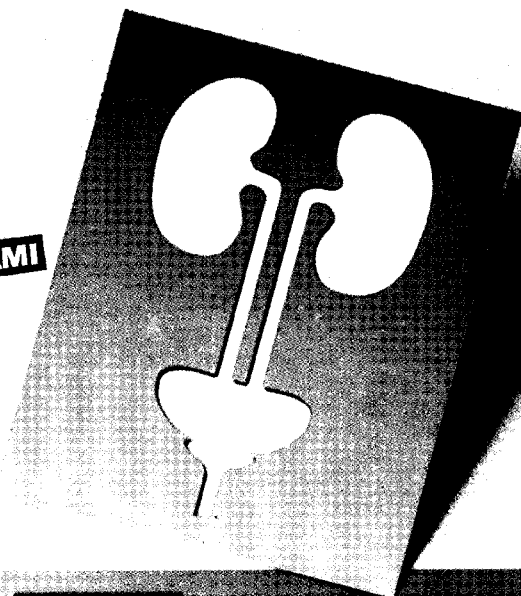
CRISACIDE

- ciprofloxacina 500 mg por 10 comprimidos

OXITINA

- * cloruro de oxibutinina 5 mg por 20 comprimidos
- * cloruro de oxibutinina 5 mg por 50 comprimidos

*** PAMI**



**KAMPEL
MARTIAN**

Absolutamente Confiabile

**ASTA
MEDICA**

De Gustavini Group

Una inyección
subcutánea
cada 28 días,
"lista para usar"



Larmadex[®]

goserelina 3.6 mg

Información abreviada para prescribir

Presentación:

Larmadex[®] se presenta como un depot cilíndrico estéril de color blanco cremoso en el cual el acetato de goserelina (equivalente a 3.6 mg de goserelina) está disperso en una matriz biodegradable contenida en una jeringa precargada. Se trata de una dosis única no fraccionable, para inyección subcutánea.

Indicaciones:

Larmadex[®] es un superanálogo de la LHRH, indicado en el tratamiento del cáncer de próstata sensible a la terapia hormonal.

Posología y administración:

Adultos: Inyección subcutánea de un depot de Larmadex[®] 3.6 mg cada 28 días en la pared abdominal anterior.

Precauciones:

Se deberá ejercer especial cuidado en aquellos pacientes con riesgo de desarrollar obstrucción de los uréteres o compresión de la médula espinal y los mismos deben ser monitoreados frecuentemente durante el primer mes de tratamiento. Si ya

existe o se está desarrollando compresión de la médula espinal o insuficiencia renal debida a obstrucción de los uréteres, se deberá comenzar con el tratamiento estándar de estas complicaciones.

Efectos colaterales:

Se han reportado erupciones cutáneas pero generalmente son leves y ceden sin que sea necesario suspender la terapia. Efectos farmacológicos en el hombre incluyen llamaradas de calor y disminución de la potencia, que no requieren la suspensión del tratamiento. Infrecuentemente se ha observado turgencia y sensibilidad mamaria. Al inicio del tratamiento los pacientes con cáncer de próstata pueden experimentar un aumento transitorio del dolor óseo, que puede ser tratado sintomáticamente. Excepcionalmente los pacientes con metástasis ósea han desarrollado hipercalemia al inicio del tratamiento.

Para una mayor información consultar nuestros impresos más detallados