**EXTIRPACIÓN DE TUMORES PELVIANOS CON CONTACTO SACRO****REMOVAL OF PELVIC TUMORS WITH SACRAL CONTACT**

Dres. Rodríguez, N. O.*/; Scorticati, C. H.**; Surur, D. M.***; Lerner, M. S.****; Tufiño, M. A.****; Sandoval, M. A.****; Mazza, O. N.*******

RESUMEN: Introducción: La incidencia de los tumores de origen pelviano con contacto sacro es extremadamente difícil de valorar, puesto que muchas lesiones no son extirpadas. Son generalmente malignos y de naturaleza agresiva. Altamente recidivantes con una tasa de supervivencia a los cinco años muy baja. Su manejo es difícil, particularmente por su cercanía a estructuras vitales. Clínicamente se manifiestan por el compromiso de las estructuras vecinas, destacándose los síntomas neurológicos y los urológicos obstructivos. El objetivo del presente trabajo es establecer la táctica y técnica quirúrgicas más apropiadas para los distintos tumores pelvianos que comprometen el sacro y que, por su ubicación, se acompañan de sintomatología genitourinaria, llevando al paciente a la consulta urológica.

Material y Métodos: Describimos dos casos de tumores pelvianos con contacto sacro que consultaron a nuestra División por sintomatología genitourinaria. Se detallan los métodos de diagnóstico y el tratamiento quirúrgico efectuados, describiendo las vías de abordaje y los detalles técnicos de esta particular localización patológica.

Discusión: Se discuten las indicaciones de tratamiento quirúrgico, la técnica quirúrgica con sus diversos accesos, las complicaciones y el pronóstico en cada caso.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, N° 2, Pág. 115, 2002)

Palabras Clave: Tumores pelvianos; Sarcoma de próstata; Schwannoma; Tumores con contacto sacro.

SUMMARY: Introduction: Incidence of pelvic tumors with sacral contact is difficult to evaluate, as many of them are not extirpated. Mostly malignant and aggressive with a high rate of recurrence and a very low 5-year survival rate, these tumors are hardly managed due to proximity to vital organs. Clinically, patients present manifestations of pelvic organ compression, specially neurological and urological symptoms. Our purpose is to establish the guidelines to select the most appropriate surgical technique for each pelvic tumor with sacral involvement that lead the patient to consult the urologist with genitourinary symptoms.

Material and Methods: We describe two patients with a pelvic tumor with sacral contact that consulted our Divi-

* Instructor de Residentes

** Médico Sección Oncología

*** Jefe de Residentes

**** Médico Residente

***** Profesor Titular y Jefe de División

Cátedra de Urología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires, Argentina.

sion complaining of genitourinary symptoms. Diagnostic studies and surgical treatment are described, explaining different ways to access and some special technical details.

Discussion: Indications of surgical treatment, different techniques, complications and prognostic factors are discussed in each case.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 67, Nº 2, Pág. 115, 2002)

Key words: Pelvic tumors; Prostatic sarcoma; Schwannoma; Sacral contacted tumors.

INTRODUCCIÓN

La verdadera frecuencia de los tumores de origen pelviano con contacto sacro es extremadamente difícil de valorar, puesto que muchas lesiones no son extirpadas. Los benignos sobrepasan a los malignos en relación 100:1 o aún mayor. En U.S.A. se diagnostican 5.700 sarcomas (entre el 0,3 y el 0,8% de todas las neoplasias malignas), pero son las responsables de 12% de los fallecimientos por cáncer, lo que refleja su agresiva naturaleza.

Los tipos histológicos más frecuentes son: fibrosarcoma, histiocitoma fibroso maligno, liposarcoma, leiomiomasarcoma, rabdomiosarcoma, angiosarcoma, Schwannoma maligno, gangliomioblastoma, condrosarcoma, sarcoma de Ewing extraóseo, sarcoma de células claras.

Clasificación clínica: TNM

- Tx: Tumor primario no puede ser evaluado
- T0: Sin evidencia de tumor primario
- T1: Tumor hasta 5 cm en su máxima dimensión
- T1a: Tumor superficial*
- T1b: Tumor profundo**
- T2: Tumor de más de 5 cm en su máxima dimensión
- T2a: Tumor superficial*
- T2b: Tumor profundo**

* Tumor superficial: significa localizado exclusivamente por encima de la fascia superficial sin invadirla.

** Tumor profundo: está localizado ya sea exclusivamente por debajo de la fascia, superficial a la fascia con invasión o a través de la fascia.

Los sarcomas retroperitoneales, mediastinales y pelvianos son clasificados como tumores profundos.

Ganglios:

- Nx: Ganglios regionales no pueden ser evaluados
- N0: Ganglios regionales sin MTS
- N1: Ganglios regionales metastásicos o MTS ganglionar a distancia

Metástasis a distancia:

- Mx: Metástasis no evaluables

M0: Ausencia de MTS

M1: MTS a distancia

Grados histológicos:

Gx: El grado de diferenciación no puede ser evaluado

G1: Bien diferenciado

G2: Moderadamente indiferenciado

G3: Pobremente diferenciado

G4: Indiferenciado

Son tumores de manejo difícil, particularmente por su cercanía a estructuras vitales, esto hace muy dificultoso su resección completa. Son tumores muy recidivantes con una tasa de supervivencia a los cinco años muy baja.

La resección completa es el factor más importante para una supervivencia prolongada.

Clínicamente se manifiestan por el compromiso de las estructuras vecinas, tales como síntomas neurológicos por compresión nerviosa, síntomas urológicos obstructivos o sangre en materia fecal u orina.

OBJETIVOS

Establecer la táctica y técnica quirúrgicas más apropiadas para los distintos tumores pelvianos que comprometen el sacro y, que por su ubicación, se acompañan de sintomatología genitourinaria, llevando al paciente a la consulta urológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Describimos en el presente trabajo, dos tumores pelvianos con contacto sacro que consultaron a nuestra División por sintomatología genitourinaria.

Se discuten los métodos de diagnóstico utilizados y el tratamiento quirúrgico realizado, comentando las vías de abordaje y los detalles técnicos de esta particular localización patológica.

Los casos corresponden a pacientes con diagnóstico de:

1. Sarcoma de Ewing extraóseo de la pelvis,
2. Schwannoma.

Caso 1

Paciente de 43 años, de sexo masculino que consulta por síntomas compatibles con prostatodinia, de un año de evolución a los que se agregaron con posterioridad síntomas neurológicos sugestivos de compresión radicular. Consulta a neurología solicitándose TAC de abdomen y pelvis, en la que se constata lesión de 3 x 4 cm en pelvis, por detrás del recto y por delante del sacro. (Figura 1)

La misma lesión fue corroborada mediante RMN. (Figuras 2 y 3)

Se realizó punción biopsia dirigida por TAC. (Figura 4)

El estudio anatomopatológico de la biopsia informó: Tumor de células pequeñas (*oat-cell?*).

Se decidió en consecuencia la exploración quirúrgica, optando por un abordaje combinado:

Vía posterior de Kraske: Con resección del sacro a nivel de S3, observando el tumor que comprometía el

recto, lo que requirió abordarlo simultáneamente por vía abdominal para completar su resección.

Vía abdominal: Con operación de *Hartmann* (resección anterior de recto con anastomosis término-terminal), resección del tumor y vaina sacra.

En el postoperatorio se verifica colección supurada en la herida quirúrgica sacra que se resuelve mediante tratamiento médico. Evoluciona favorablemente, con alta a los 15 días del postoperatorio.

La anatomía patológica diferida informó Sarcoma de *Ewing* de origen extraóseo con compromiso de recto, sacro y músculo piramidal.

El paciente presentó secuela motora y sensitiva leve en miembro inferior izquierdo, que mejoró al mes del postoperatorio.

Se realizó poliquimioterapia y radioterapia externa. Al año de la cirugía presentó metástasis pulmonar única que fue resecada por vía videotoroscópica.

Actualmente, presenta recidiva retroperitoneal, con compromiso obstructivo de la vía urinaria del lado izquierdo, por lo que se le colocó catéter doble jota.

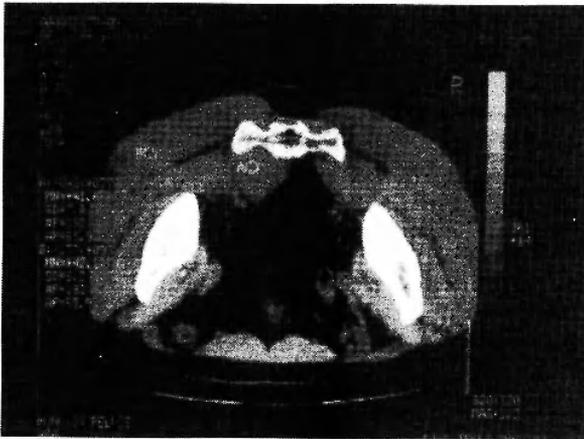


Figura 1.



Figura 2.

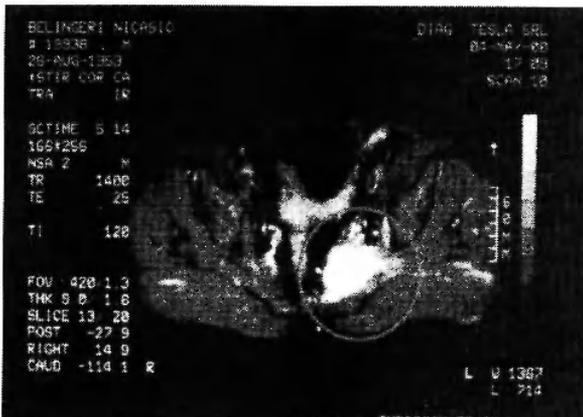


Figura 3.

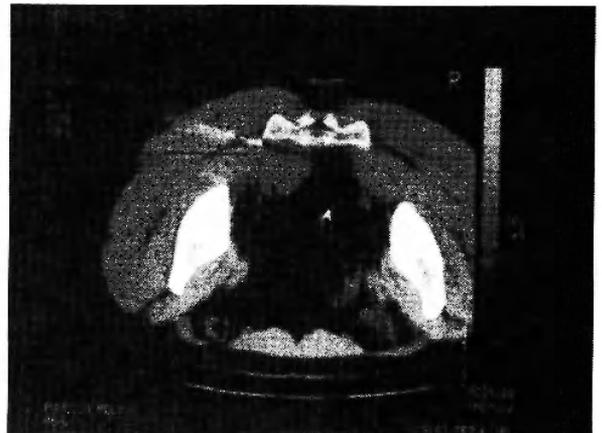


Figura 4.

Caso 2



Figura 6.

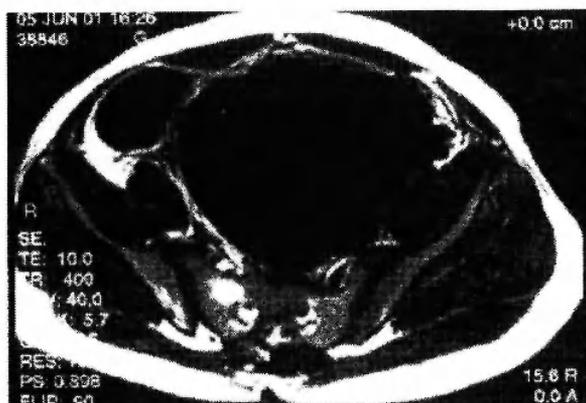


Figura 7.



Figura 8.

Paciente de 37 años, sexo masculino, consulta por masa abdominal palpable y dolor lumbar izquierdo.

Se solicita ecografía observándose gran masa abdominal de 28 cm, de características quísticas que abarca pelvis y retroperitoneo lumbar con dilatación de pelvis y cálices renales.

En el urograma excretor, se observa dilatación ureteropielocalicial izquierda, con desplazamiento del uréter derecho. (Figura 5)

La TAC informa la presencia de una masa pelviana de características sólidas y quísticas, con áreas de necrosis, que desplaza órganos abdominales y ocupa pelvis y retroperitoneo izquierdo, con dilatación ureteropielocalicial izquierda. (Figura 6)

Se solicita RMN, corroborando la imagen tomográfica, objetivando el contacto del tumor con el sacro y el agujero de conjunción a nivel S3. (Figuras 7 y 8)

Fue efectuada una biopsia quirúrgica incisional, con diagnóstico anatomopatológico de Schwannoma.

Se realiza laparotomía exploradora mediante incisión mediana suprainfraumbilical, con resección completa de la masa que involucraba segmento pelviano del uréter izquierdo, el que es resecado en forma segmentaria con anastomosis término-terminal sobre catéter doble jota, y la vena hipogástrica, que se liga. Resección de la vaina sacra y de la raíz sacra anterior S3 de la cual provenía el tumor.

Evoluciona satisfactoriamente, con alta de internación al sexto día del postoperatorio, quedando como secuela parestesias intermitentes del miembro inferior izquierdo.

No realiza adyuvancia, teniendo en la actualidad una TAC de control normal.

DISCUSIÓN

Resecciones de sacro

Indicaciones

La indicación principal de resección de sacro es el cordoma sacro. Casos raros los constituyen el osteoblastoma, condrosarcoma, teratoma sacrococcígeo infantil, sarcoma, y también el tumor giganteocelular localizado en el sacro.

Esta operación, sin embargo, sólo se reserva para pacientes con neoplasia muy extensa, sobre todo cuando el tumor ha recidivado después de un curetaje.

Sarcoma de Ewing extraóseo

El diagnóstico y tratamiento de este tumor requiere particular atención porque el sitio de ubicación en la pelvis no se asocia con un pronóstico favorable.

En el 32% de los pacientes con tumores primarios de pelvis se detectan metástasis al momento del diag-

nóstico comparados con el 24% de los sarcomas en otros sitios de ubicación.

Uno de los factores del mal pronóstico es el volumen tumoral. El corte está en los 200 ml.

Puede ser considerado como el más maligno de los tumores primitivos del hueso. Es histológicamente muy indiferenciado, tiene un gran poder invasor y destructivo, a pesar de ser muy sensible a la radioterapia, pero este método no ha sido capaz de asegurar su curación.

La mayor controversia es por su multicentricidad, para algunos es primitivamente multicéntrico (Síndrome de *Ewing*), para otros es unicéntrico y su rápida tendencia a hacer metástasis en hueso, pulmones e hígado sería la explicación clínica de su diseminación, que oscurece el pronóstico.

Es frecuente entre los 5 y 15 años, declinando su incidencia a partir del tercer decenio de vida, siendo mayor en el sexo masculino.

Su localización puede ser diafisaria o metafisaria; se presenta frecuentemente en fémur, tibia, peroné, pelvis y columna vertebral.

El paciente presenta características locales, tumefacción, dolor, raramente fracturas patológicas.

En cuanto a la radiología, se caracteriza por una osteólisis diseminada que se distiende y destruye las corticales, el hueso produce una reacción perióstica en forma de catáfila de cebolla, pero no es patognomónica de Sarcoma de *Ewing*, observándose en el granuloma eosinófilo. En realidad, el signo de importancia es la osteólisis o destrucción, siendo en algunos casos una imagen pequeña de rarefacción moteada, reflejando una destrucción de la esponjosa y en menor grado de la cortical.

La histología se caracteriza por un aspecto uniforme de células pequeñas dispuestas en conglomerado, con frecuencia existen tabiques fibrosos que dividen al tumor en masas irregulares. Las células son pequeñas y uniformes, con núcleos grandes, redondos y ovoides, con cromatina y abundante glucógeno (PAS positivo); se destacan estas características que lo diferencian histológicamente del neuroblastoma o simpatoblastoma, que no sintetiza glucógeno. Tampoco se encuentra en el reticulosarcoma, ya que en este caso la gran cantidad de reticulina contrasta con el *Ewing* que presenta escasas y poco uniformes.

Diagnóstico diferencial:

1. Con la osteomielitis aguda.
2. Granuloma eosinófilo.
3. Neuroblastoma o simpatoblastoma.
4. Reticulosarcoma óseo.

Tratamiento:

El sarcoma de *Ewing* requiere especial atención por el particular sitio de ubicación y por el hecho de estar asociado con un desfavorable pronóstico. El manejo de

estos tumores es particularmente difícil debido a la cercanía de estructuras vitales de la cavidad pelviana y compartimientos adyacentes. Esto hace muy difícil las resecciones completas en este tipo de tumores, los rangos de recurrencia son altos y la supervivencia a 5 años relativamente baja.

Helsin y col. del *Memorial Cancer Center de New York*, al analizar los factores pronósticos para los sarcomas primarios y recurrentes para un seguimiento medio entre 21 a 31 meses, demostraron la importancia de una resección completa y una identificación histológica precisa para determinar el grado de malignidad del tumor. La resección completa es el factor más importante para una supervivencia prolongada, ya que un intervalo libre de enfermedad no significa necesariamente curación.

La identificación de patrones de recurrencia y factores pronósticos con la supervivencia a largo plazo están relacionados con factores del paciente: edad, sexo, del tumor: primario o recurrente, tamaño y grado (alto o bajo), factores relacionados con el tratamiento: posibilidad de resección completa, que es juzgado por el cirujano al finalizar la cirugía.

La terapia adyuvante consiste en quimio o radioterapia. La quimioterapia es la primera línea de la adyuvancia. La radioterapia está indicada como segunda línea en el postoperatorio y en ocasiones asociada con la braquiterapia intra o postoperatoria.

La clasificación de alto o bajo grado de malignidad se realiza de acuerdo con la diferenciación celular, cantidad de necrosis del estroma y presencia de pleomorfismo y frecuencia de mitosis.

a) Bajo grado de malignidad

- Tratamiento quirúrgico, con exéresis radical.
- A esto se le agrega terapia radiante postoperatoria.

b) Alto grado de malignidad

- Cirugía radical + adyuvancia quimiorradiante.
- Radiación dosis altas 6.000 a 7.000 CGY
- Quimioterapia:

VACA: Vincristina + Actinomicina + Ciclofosfamida + Actinomicina

VAIA: Vincristina + Actinomicina + Isofosfamida + Actinomicina

EVAIA: Etopósido + Vincristina + Actinomicina + Isofosfamida + Actinomicina

Con alto grado de malignidad e hipervascularización estaría indicado el uso de factores antiangiogénicos, como la Talidomida.

Mortalidad tumoral: Se define como muerte relacionada con el tumor. La resección quirúrgica completa en la presentación tiene la mejor posibilidad de una mayor supervivencia a largo plazo.

Técnica quirúrgica

Es necesario tener en cuenta que en la resección sacra por tumor maligno, se debe obtener un margen de seguridad llevando la resección por lo menos una metámera más proximal que la zona de extensión radiográfica del tumor, debido a que el mismo puede propagarse proximalmente dentro del conducto sacro mucho más allá de lo que aparenta en las radiografías.

Si la neoplasia supera la fascia presaca e infiltra el recto (eventualidad muy rara) o si con anterioridad se había hecho una biopsia transrectal por un tumor maligno, es necesario resecar junto con el sacro, también el recto, previa colostomía.

Las resecciones del sacro por debajo de la segunda metámera sacra (resecciones bajas) pueden efectuarse en un solo tiempo con abordaje posterior, mientras las que se hacen a nivel de la primera y segunda metámera sacra (resecciones altas) requieren una doble vía de acceso, anterior y posterior.

También se requiere la doble vía de acceso para las resecciones bajas cuando hay que asociarlas con resección de recto.

Si se debe resecar el recto junto con el sacrocóccix, la operación se inicia adelante, se continúa hacia atrás y termina adelante. En las resecciones sacras altas, en cambio, la operación comienza adelante y termina atrás.

1) Vía de acceso anterior:

Con esta vía se expone por delante el promontorio del sacro. Se la puede efectuar con un abordaje extraperitoneal o intraperitoneal. El paciente está en decúbito dorsal con las caderas flexionadas y abducidas. La incisión anterior varía según se deba conservar el recto o no.

2) Vía de acceso extraperitoneal:

Si se debe conservar el recto, se puede realizar una incisión arqueada de radio amplio y concavidad proximal en la región inferior del abdomen.

Se seccionan los tendones de ambos músculos rectos del abdomen más o menos a 1 cm de su inserción en el pubis y por fuera de los rectos.

Continuando por vía extraperitoneal se exponen las arterias y venas ilíacas primitivas de ambos lados a nivel de su bifurcación.

Continuando hacia adentro desde estos vasos en ambos lados, siempre detrás del peritoneo posterior, de los uréteres y de las ramas del plexo hipogástrico superior y detrás del recto se exponen el promontorio y la región anterior del sacro.

3) Vía de acceso intraperitoneal:

Si hay que resecar el recto se debe efectuar una laparotomía mediana umbilicopubiana (a veces prolongar la incisión por encima del ombligo). La línea blanca y el peritoneo anterior se seccionan longitudinal-

mente y las vísceras se desplazan a los cuadrantes abdominales superiores, en tanto que el sigmoide se separa hacia fuera.

También se incide longitudinalmente el peritoneo parietal posterior (desde la bifurcación de la aorta hasta la excavación rectovesical o rectouterina).

Se preparan los vasos ilíacos e hipogástricos, se ligan y seccionan los vasos rectales superiores y luego, si está indicada la resección del recto, se secciona éste en la unión rectosigmoidea, ligando los cabos seccionados e invaginándolos.

El tiempo siguiente es común para ambas técnicas quirúrgicas: se aíslan, se ligan y se secciona la arteria y la vena ilíacas externas, además de las arterias y venas sacras laterales y mediales.

Si hay que hacer la resección a través de los agujeros de conjunción de S1 conviene ligar también los vasos iliolumbares.

El periostio se desprende de la porción más alta y anterior del sacro, empezando en el promontorio y continuando distalmente hasta el nivel elegido para la resección a través de los conductos de las raíces sacras o bien por encima de ellas.

El periostio desprendido entraña una sección del tronco simpático en el sitio donde pasa por delante la primera raíz, en este procedimiento se puede producir la lesión de la sacra media cuyo sangrado es de difícil coaptación, por lo cual uno de las maniobras es colocar una clavija sobre el sitio del sangrado comprimiendo sobre el hueso. Es necesario aislar por fuera esta raíz del tronco lumbosacro (L4, L5) que corre delante del ala del sacro y de la articulación sacroilíaca.

Si se deben salvar las primeras raíces sacras, éstas deben aislarse a su vez. Con un escalpelo o osteótomo se procede entonces a seccionar la pared anterior del sacro a nivel de los primeros agujeros sacros o en un sitio más proximal que ellos.

Es ventajoso extender la línea de la osteotomía más allá de la articulación sacroilíaca de ambos lados.

La herida anterior se sutura luego de haber colocado dos drenajes cruzados en la pelvis menor.

4) Vía de acceso posterior:

El paciente debe estar en posición de decúbito ventral con las caderas en 90° de flexión. Se aconseja la incisión mediana posterior, además de la piel y los tejidos que cubren la porción inferior del sacro y el cóccix (hiato sacrococégeo, a través del cual podría aflorar el tumor). La incisión se debe prolongar hacia arriba para obtener una buena exposición del arco posterior de la quinta vértebra lumbar.

Después de haber preparado un amplio colgajo de piel y subcutáneo se desprende hacia ambos lados el músculo glúteo mayor del sacro y se secciona el músculo piramidal en un sitio lateral, cerca de la unión músculo-tendinosa.

Se aíslan, se ligan, se seccionan los vasos glúteos

superiores e inferiores, pero respetando el nervio glúteo superior (que corre por debajo del ala ilíaca en el fondo de la escotadura isquiática mayor). Luego se secciona el ligamento sacrotuberoso en su inserción en la tuberosidad isquiática, en tanto que el ligamento sacroespinoso se desprende seccionando con bisturí la espina isquiática. Si se debe reseca el meato, es necesario seccionar el elevador del ano a ambos lados.

En la unión lumbosacra se seccionan transversalmente los músculos paravertebrales exponiendo las láminas de las vértebras.

Si se quiere hacer una resección conservando la primera raíz sacra, se debe extirpar el ligamento amarillo en la unión lumbosacra.

Expuesto el saco dural, se lo liga y secciona en el nivel que se desee. El tiempo siguiente contempla la resección del sacro. Si hay que conservar la primera y segunda vértebra sacra (de manera que la mitad inferior del conducto de las primeras raíces sacra quede junto con la pieza que se ha de reseca).

Se procede a reseca en bloque el sacro y el cóccix, después de haber seccionado las raíces nerviosas sacras, con excepción de la primera sacra antes de que converjan para formar el nervio ciático. Si hay que conservar el recto, se debe liberar la región anal de las bandeletas que la unen al cóccix. Extraída la pieza, se debe hacer una minuciosa hemostasia y una sutura del subcutáneo y la piel después de haber colocado dos drenajes y un apósito compresivo.

Si hay que reseca el recto, se vuelve a rotar el paciente hasta decúbito dorsal, se abre la herida abdominal, se aísla el sigmoides, que antes había sido invaginado en su extremo distal, respecto de su mesenterio llevando la disección en la proximidad de la pared de la víscera. Posteriormente, se realiza con la porción distal y proximal del sigmoides una técnica de *Hartmann*, cierre de la pared abdominal con dos drenajes cruzados a nivel de la pelvis.

Efectos de las resecciones de sacro

Como consecuencia del sacrificio radicular que producen las resecciones altas de sacro se alteran profundamente las funciones urinarias, anorrectales y sexuales.

Estos efectos difieren según el sacrificio radicular haya sido bilateral o unilateral:

I. Pacientes con pérdida bilateral de las raíces sacras

Función urinaria: Cuando sólo se conservan las dos primeras raíces sacras, no ocurre ninguna contracción activa del músculo detrusor de la vejiga.

El reflejo de la micción (distensión de la vejiga, activación del músculo detrusor) existe si también se conserva la tercera raíz sacra por lo menos de un lado. Cuando se sacrifican las tres últimas raíces sacras desaparece la sensibilidad dolorosa en la mucosa vesical.

Función anorrectal: Se altera cuando sólo se conservan las raíces sacras primera y segunda. Se produce incontinencia por heces líquidas y desaparece la sensación de distensión rectal, además de la sensibilidad del conducto anal.

El reflejo del esfínter anal interno es normal, aunque sólo se conserven las primeras raíces sacras. Se nota una débil actividad espontánea y mieloeléctrica en el esfínter anal externo cuando se han conservado las dos primeras raíces sacras.

Función sexual: Al parecer no varía en las mujeres si sólo se conservan las dos primeras raíces sacras. El hombre que sólo tiene las dos primeras raíces sacras en ambos lados puede tener la erección (aunque sólo psicógena), una eyaculación en gotas y una sensación de orgasmo un tanto alterada. La sensibilidad de los labios y del pene estaría a cargo de la segunda raíz sacra.

II. Pacientes con pérdida unilateral de las raíces sacras

El reflejo de la micción persiste también en pacientes con denervación sacra total unilateral, pero del lado de la lesión hay anestesia de la mucosa vesical (dolor y sensibilidad térmica presentes del lado sano).

La función sexual está prácticamente conservada en pacientes con denervación sacra total unilateral.

Cuando se sacrifican las últimas cuatro o todas las raíces sacras de un lado existe anestesia de los labios y del pene.

La función anorrectal es subjetivamente normal. La denervación sacra unilateral completa provoca hipoesestesia unilateral del conducto anal, pero sin ningún trastorno de los esfínteres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agrons, G. A.; Wagner, B. J.; Loneran, G. J.; Dickey G. E. y Kaufman, M. S.: From the archives of the AFIP. Genitourinary rhabdomyosarcoma in children: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*; 17: 919-937, 1997.
2. Ahmad, R.; Mayol B. R.; Davis M. y col: Extraskeletal Ewing's sarcoma. *Cancer* 85 (3): 725-731, 1999.
3. Ahreling, T. E.; Weintraub, P. y Skinner, D. G.: Management of adult sarcomas of the bladder and prostate. *J. Urol.*, 140: 1, 397, 1988.
4. Amucio, J.; Munárriz, B.; Pastor, M. y col.: Long-term follow-up and prognostic factors in Ewing's sarcoma: a multivariate analysis of 116 patients from a single institution. *Oncology* 55 (1): 20-26, 1998.
5. Bacci, G.; Ferrari, S.; Bertoni F. y col.: Prognostic factors in non-metastatic Ewing's sarcoma of bone treated with adjuvant chemotherapy: analysis of 359 patients at the Istituto Ortopedico Rizzoli. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (1): 4-11, 2000.
6. Bacci, G. y Picci P. F. S.: Neoadjuvant chemotherapy for Ewing's sarcoma of bone: no benefit observed after adding

- ifosfamide and etoposido to vincristine, actinomycin, cyclophosphamide, and doxorubicin in the maintenance phase-results of two sequential studies. *Cancer* 82 (6): 1174-1183, 1998.
7. Bacci, G.; Picci, P.; Mercuri M. y col.: Predictive factors of histological response to primary chemotherapy in Ewing's sarcoma. *Acta Oncológica* 37 (7-8): 671-676, 1998.
 8. Batsakis, J. G.: Urogenital rhabdomyosarcoma: histogenesis and classification. *J. Urol.*, 90: 180, 1963.
 9. Bos, S. D. y Slaa, E. T.: "An adult man with rhabdomyosarcoma of the prostate. A case report." *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 25: 329, 1991.
 10. Bridge, J. A.: Soft tissue sarcomas. En: Wolin S. R., Sell S. Cytogenetic Markers of Human Disease. Clifton, NJ: Humana Press, 425-459, 1997.
 11. Bridge, J. A.; Sreekantaiah C.; Mouton B.; Neff J. R. y Sandberg A. A.: Clonal chromosomal abnormalities in desmoid tumors. Implication for histopathogenesis. *Cancer*, 69: 430-436, 1992.
 12. Brinkhuis, M.; Wijnaendts L. C. D.; van der Linden J. C.; van Unnik A. J. M.; Voute P. A.; Baak J. P. A.; Meijer C. J. L. M.: Peripheral primitive neuroectodermal tumour and extraosseous Ewing's sarcoma; a histological, immunohistochemical and DNA flow cytometric study. *Virchows Arch*, 425: 611-616, 1995.
 13. Chevillet J. C.; Dundore P. A.; Nascimento A. G.; Meneses M.; Kleer E.; Farrow G. M. y Bostwick D. C.: Leiomyosarcoma of the prostate. Report Of 23 cases. *Cancer*; 76:1422-7, 1995.
 14. Coffin, C. M.; Dehner L. P.: Neurogenic tumors of soft tissue. En: Coffin CXL Dehner L. P., O'Shea P.A.: Pediatric Soft Tissue Tumors: A Clinical, Pathological, and Therapeutic Approach. Baltimore, MD: Williams and Wilkins. p. 80-132, 1997.
 15. Craft, A.; Cotterill S.; Malcolm A. y col.: Ifosfamide-containing chemotherapy in Ewing's sarcoma: The Second United Kingdom Children's Cancer Study Group and the Medical Research Council Ewing's Tumor Study, *Journal of Clinical Oncology* 16. 3628-3633, 1998.
 16. Delattre O.; Zucman J.; Melot T. y col.: The Ewing family of tumors-a subgroup of small-round-cell tumors defined by specific chimeric transcripts. *N. Engl. J. Med.*; 331: 294-299, 1994.
 17. Delattre, O.; Zucman J.; Melot T. y col.: The Ewing family of tumors - a subgroup of small-round-cell tumors defined by specific chimeric transcripts. *New England Journal of Medicine* 331(5): 294-299, 1994.
 18. Demy, C. T.: Gene rearrangements in Ewing's sarcoma. *Cancer Investigation* 14(1): 83-88, 1996.
 19. Dickersin, G. R.: Synovial sarcoma: a review and update, with emphasis on the ultrastructural characterization of the nonglandular component. *Ultrastruct Pathol.*; 15: 379-402, 1991.
 20. Donaldson, S. S.; Tortey M.; Link M. P. y col.: A multidisciplinary study investigating radiotherapy in Ewing-sarcoma: end results of POG #8346. *International Journal of Radiation Oncol., Biology, Physics* 42(1): 125-135, 1998.
 21. Dundore, P. A.; Chevillet J. C.; Nascimento, A. G.; Farrow G. M. y Bostwick D. G.: Carcinosarcoma of the prostate. Report of 21 cases. *Cancer*; 76-1035-1042, 1995.
 22. Dunst, J.; Jürgens, H.; Sauer, R. y col.: Radiation therapy in Ewing's sarcoma: an update of the CESS 86 trial. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics* 32(4): 919-930, 1995.
 23. Enzinger, F. M. y Weiss, S. W.: Synovial sarcoma. En: *Soft Tissue Tumors*, 3rd ed. St. Louis: Mosby; 757-786, 1995.
 24. Fetsch, J. F. y Meis J. M.: Synovial sarcoma of the abdominal wall. *Cancer*; 72: 469-477, 1993.
 25. Gaudin, P.B.; Rosai, J. y Epstein, J. I.: Sarcomas and related proliferative lesions of specialized prostatic stroma: a clinicopathologic study of 22 cases. *Am. J. Surg. Pathol.*, 22: 148-162, 1998.
 26. Ghadially, F. N.: Is synovial sarcoma a carcinosarcoma of connective tissue? *Ultrastruct. Pathol.*; 11: 147-151, 1987.
 27. Ghavimi, F.; Exelby, P. R.; D'Angio G. J. y cols.: "Combination therapy of urogenital rhabdomyosarcoma in children". *Cancer*. 32: 1,178, 1973.
 28. Kawai, A.; Woodruff, J.; Healey, J. H.; Brennan M. E.; Antonescu, C. R.; Chevillet, J. C.; Dundore, P.A.; Nascimento, A. G.; Meneses, M.; Kleer, E.; Farro, A. G. Ni y Boatwick, D. G.: Department of Pathology, Mayo Clinic. Rochester, Minnesota, USA: Leiomyosarcoma of the prostate. Report of 23 cases. *Cancer* 76 (8): 1422-1427, 1995.
 29. King, D. G.; Finney, R. P.: "Embryonal rhabdomyosarcoma of the prostate." *J. Urol.*, 17: 88, 1977.
 30. Llombart-Bosch A.; Carda, C.; Peydro-Olaya, A. y col.: Soft tissue Ewing's sarcoma: Characterization in established cultures and xenografts with evidence of a neuroectodermic phenotype. *Cancer* 66 (12): 2589-2601, 1990.
 31. Mackenzie, A. R.; Whitmore Jr. W. F. y Melamed, M. R.: Myosarcomas of the bladder and prostate. *Cancer* 22 (4); 833-844, 1968.
 32. Moroz, K.; Crespo, P.; De Las Morenas, A.: "Fine needle aspiration of prostatic rhabdomyosarcoma. A case report demonstrating the value of the DNA ploidy." *Acta Cytol.*, 39: 785, 1995.
 33. Nesbit, M. E. Jr.; Gehan, E. A.; Burger-T. E. O. Jr. y col.: Multimodal therapy for the management of primary, non-metastatic Ewing's sarcoma of bone: a long-term follow-up of the First Intergroup study. *Journal of Clinical Oncology* 8 (10): 1664-1674, 1990.
 34. Paulussen M.; Alirens S.; Craft A. W. y col.: Ewing's tumors with primary lung metastases: survival analysis of 114 (European Intergroup) Cooperative Ewing's Sarcoma Studies patients. *Journal of Clinical Oncology* 16 (9): 3044-3052, 1998.
 35. Paulussen, M.; Ahrens, S. y col.: on behalf of European Intergroup Cooperative Ewing Sarcoma Studies: Primary-metastatic (stage IV) Ewing tumor: survival analysis of 171 patients from the EICESS studies. *Annals of Oncology* 9 (3): 275-281, 1998.
 36. Parham, D. M.; Hiiazi, Y.; Steinberg, S. M. y col.: Neuroectodermal differentiation in Ewing's sarcoma family of tumors does not predict tumor behavior. *Human Pathology* 30 (8); 911-918, 1999.
 37. Raney, R. B.; Asmar, L.; Newton, W. A. y col.: Ewing's sarcoma of soft tissues in childhood a report from the Intergroup rhabdomyosarcoma Study. *Journal of Clinical Oncology* 15 (2): 574-582, 1997.
 38. Rosito, P.; Mancini, A. F.; Rondelli R. y col.: Italian Cooperative Study for the treatment of children and young adults with located Ewing sarcoma of bone: a preliminary report of 6 years of experience. *Cancer* 86 (3): 421-428, 1999.
 39. Romero Tenorio, M.; Farias Varo, J. M.; Bález Perea, J. M. y cols.: "Rabdomiosarcoma embrionario primitivo de próstata. Una localización excepcional". *Arch. Esp. Urol.*, 42: 577, 1989.
 40. Russo, P.; Brady, M. S.; Conlon, K. y cols.: "Adult urological sarcoma." *J. Urol.*, 147: 1.032, 1992.
 41. Shankar, A. G.; Pinkeiton, C. R.; Atra, A. y col.: Local the-

- rapy and other factors influencing site of relapse in patients with localized Ewing sarcoma. United Kingdom Children's Cancer Study Group (UKCCSG). *European Journal of Cancer* 35 (12): 1698-1704, 1999.
42. Soh, S.; Uchida, T.; Mikai, H.; Rokkaku, S. y Koshiha, K.: Department of Urology. Kitasato University. School of Medicine: Leiomyosarcoma of the prostate: response to treatment with cisplatin, etoposide and methotrexate chemotherapy: a case report. *SinvoLika Kiyo. Acta Urológica Japonica*, 40 (1): 1994.
43. Smith, S. H. y Dehner, L. P.: Sarcoma of the prostate. *Am. J. Clin. Pathol.*, 58: 43-50, 1972.
44. Schmidt, J. D.; Welch, M. J.: "Sarcoma of the prostate." *Cancer*, 37: 1,908, 1976.
45. Terris, M. K.; Eigner, E. B.; Briggs, E. M. y cols.: "Transrectal ultrasound in the evaluation of rhabdomyosarcoma involving the prostate." *Br. J. Urol.*, 74: 341, 1994.
46. Waring, P. M. y Newland, R. C.: Prostatic embryonal rhabdomyosarcoma in adults. A clinicopathologic review." *Cancer*, 69: 755, 1992.

COMENTARIO EDITORIAL

Los autores presentan dos casos de sarcomas de localización pelviana cuyo punto en común es su relación con el sacro y señalan como objetivo del trabajo establecer la táctica y técnica quirúrgicas más adecuadas para resolver dichas situaciones.

Los sarcomas son tumores poco frecuentes, la localización pelviana es relativamente poco frecuente, y si bien el schwannoma es un tumor conocido, el sarcoma de *Ewing* extraóseo es una rareza. La literatura apoya ampliamente que la resección completa de estos tumores, es la piedra angular de su tratamiento, tal cual lo afirman los autores en su trabajo.

Respecto del segundo caso (Schwannoma) la gran masa tumoral pélvico-retroperitoneal con compromiso ureteral que ocasiona una ureteropielocaliectasia, coloca al urólogo como protagonista y especialista más indicado para su resolución quirúrgica, con una vía de abordaje habitual y todos los conocimientos anatómicos y quirúrgicos necesarios tanto para la resección completa de la masa tumoral, como para la reconstrucción más adecuada de la vía urinaria.

Respecto del primer caso (sarcoma de *Ewing* extraóseo), la prostatodinia lo ha acercado a nuestra especialidad, pero se trataba de un tumor de 3 x 4 cm retrorectal y presacro, sin compromiso de los órganos urinarios.

Con diagnóstico preoperatorio de tumor de células pequeñas se realiza un abordaje posterior para resección parcial de sacro y al comprobar el compromiso rectal se opta por combinar con una vía anterior para completar su resección, correspondiendo el examen histopatológico diferido a un sarcoma de *Ewing* extraóseo.

Como los mismos autores explican táctica y técnicamente la forma de proceder ha sido acertada. Pero, si bien es cierto que nos hemos ilustrado con el tratamiento de una patología que no está descrita en los tratados de Urología, me pregunto si la táctica quirúrgica inicial no hubiera correspondido realizarla al menos, en forma multidisciplinaria.

Dr. José J Rozanec
Doctor en Cirugía
Docente Autorizado Urología - UBA

Por omisión involuntaria no se incluyó en Revista Argentina de Urología 1/2002 el Comentario Editorial del Dr. Antonio A. Villamil sobre el trabajo: "Fístula renal arteriovenosa congénita. Tratamiento de embolización selectiva. A propósito de un caso" (Dres. Cóppola D. y colaboradores). Por tal motivo, lo adjuntamos a continuación:

COMENTARIO EDITORIAL

El caso presentado, es un claro ejemplo que pone de manifiesto las dificultades diagnósticas que presentan las fistulas arteriovenosas renales congénitas, cuya sintomatología más frecuente es una hematuria macroscópica importante, producto de su apertura a la vía colectora cercana.

Los estudios por imágenes, ecografía renal y urograma excretor no muestran signos específicos de su presencia. La cistoscopia aporta el diagnóstico topográfico de la hematuria, y la tomografía axial computada puede localizar con contraste endovenoso, una zona caracterizada por impregnación temprana del contraste, que orienta el diagnóstico de una formación vascular.

Sólo la angiografía renal, es el método preciso para su identificación y simultáneamente para su tratamiento. La embolización selectiva del vaso aferente, ocluye la fístula, causando la menor pérdida posible de parénquima renal funcionante.

Debe destacarse que los estudios efectuados de la orina obtenida por cateterismo ureteral del lado afecta-

do, dieron como resultado un BTA Stat Test positivo y el estudio citológico sospechoso para células neoplásicas. Ambos procedimientos deben ser evaluados, para determinar su exacta utilidad.

A diferencia de las fistulas adquiridas, de mucha mayor frecuencia, por el uso de biopsias renales y de cirugía renal percutánea, la aparición de una posterior hematuria al procedimiento, despierta la sospecha de su existencia y su rápida búsqueda por angiografía.

Para congénitas o adquiridas, el tratamiento específico es la embolización, con diferentes agentes oclusivos, en función del tipo de fístula existente. Esquemáticamente se dividen en agentes fluidos (cromoacrilatos, Spongel, alcohol, etc.) y en implantes extensibles (espirales metálicos "coils", micro-esferas de Ivalon, etc.).

Dr. Antonio A. Villamil
Médico Urólogo
M. N. 29500

NOTICIAS DE LA SAU

Coordinador: José R. Castera

13th Copenhagen Symposium on Endoscopic Urology. Hospital Denmark, Dpto. Urología.

A realizarse del 20 al 31 de enero de 2003. Tel.: 45-44884488. Fax: 45-44884068.

E-mail: heja@kbhamt.herlevhosp.dk

Congreso de Urología Oncológica.

13 al 15 de febrero de 2003. Venezuela. cauro@attglobal.net

VI Congreso Argentino para Técnicos y Enfermos de Nefrología.

A realizarse en la ciudad de Tucumán del 2 al 5 de abril de 2003.

Informes: Tel.: 0381-4301819 - E-mail: nefro@contipi.com.ar

Simposio Internacional "Avances en Urología".

A realizarse los días 15, 16 y 17 de mayo de 2003. Informes: Secretaría SAU de 2002.

Tel.: 4963-8521/4336/4337. E-mail: sau@sau-net.org.

XIII Congreso Argentino de Nefrología.

VII Congreso Latinoamericano para el estudio de la impotencia y la sexualidad.

A realizarse del 20 al 23 de agosto de 2003 en Cartagena de Indias, Colombia.

Informes: Página web: www.slais2003.com.

Congreso de la CAU.

Septiembre de 2004. Venezuela.

XL Congreso Argentino de Urología

II Congreso Urológico del Mercosur

Jornadas Rioplatenses de Urología

A realizarse los días 2, 3 y 4 de octubre de 2003. Informes: Secretaría SAU.

Tel.: 4963-8521/4336/4337. E-mail: sau@sau-net.org.

NUEVAS DIRECCIONES E-MAIL

Secretaría SAU:

sau@sau-net.org

Presidencia:

presidencia@sau-net.org

De defensa de intereses profesionales:

defensa@sau-net.org

Biblioteca:

biblioteca@sau-net.org

Secretaría CAU:

cau@sau-net.org

SAU

LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA OFRECE CUATRO BECAS

Dos becas para urólogos, a desarrollarse en la Cleveland Clinic Foundation. Ohio-USA, Departamento de Urología Jefe Profesor Dr. Novick. Período de cada Beca 01/01/03 al 28/02/03, otra 01/09/03 al 31/10/03. Retribución mensual: u\$s 1.500. Seguro de asistencia médica completa.

Dos becas en Wayne State University - Detroit Medical Center - Detroit - Michigan -USA, Departamento de Urología Jefe Profesor Edson Pontes. Período de cada beca 01/01/03 al 28/02/03 y 01/09/03 y 01/09/03 al 31/10/03.

Retribución mensual: u\$s 1.000. Seguro de asistencia médica completa.

REQUISITOS:

- Curriculum vitae actualizado.
- Ser Socio SAU.
- Residencia completa en Urología en Hospital Universitario o asociado con la Universidad.
- Título de especialista en Urología.
- Dominio del idioma inglés oral y escrito.
- Edad máxima: 39 años.

Las becas se adjudicarán en un único concurso de antecedentes y entrevista personal.

Información e Inscripción: Secretaría SAU - Sr. Santoro del 01/09/02 al 31/10/02. E-mail: sau@sau-net.org.

TÍTULO DE ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

- Fecha de presentación: Hasta el 1º de marzo del año 2003.
- *Curriculum Vitae* confeccionado de acuerdo al 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.

La Sociedad Argentina de Urología, por intermedio del Comité Argentino de Urólogos de esta Sociedad, otorgó los siguientes títulos de Especialistas en Urología, Recertificaciones y títulos de Especialistas Jerarquizados y Consultores en Urología.

TÍTULO ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

Acquisgrama, Alejandro Fabián
Andrés, Fernando Gonzalo
Brochero Ravelo, Bey Baltasar
Cabral, Carlos Ricardo
Cobrerros, Christian Héctor

Contreras Tauil, Miguel Oscar
Coppola, Daniel Jorge
Espada, Joaquín Diego
Espasiano, Marcelo Fabián
Faur, Sergio Edgardo

García, Mauro Fabián
Lebovich, Mauricio Fabián
Lombi, Gabriel Jesús
Muniagurria, Francisco Alberto
Norris, Guillermo

SAU

Palazzo, Carlos Sebastián
Pelecanachis, Darío Esteban
Rege, Eduardo Gabriel
Repetti, Pablo Antonio

Rodríguez, Luis Alberto
Rodríguez, Marcelo Gabriel
Roletto, Luis Oscar
Taleb, Alejandro

Tobia González, Ignacio Pablo
Torsiglieri, Leonel Alberto
Vargas, José María
Veliz, Lisandro Ignacio

TÍTULO ESPECIALISTA JERARQUIZADO EN UROLOGÍA

Atchabahian, Pablo
Estevez, Alberto Omar
García, Alfredo Isaac
Guerra, Pedro Augusto

Kobelinsky, Marcelo J.
Koren, Claudio Ariel
Labrador, Jorge Alberto
Rodríguez, Ernesto Omar

Roman, Julio Alberto
Sarno, Patricio Lucio
Tiscornia, Angel Luis

TÍTULO ESPECIALISTA CONSULTOR EN UROLOGÍA

Borgnia, Hugo Carlos
De Marco, José María

Koroluk, Carlos Horacio
Rizzi, Alfredo Osvaldo

Rosenfeld, Claudio Adrián
Vallone, Cayetano

RECERTIFICACIÓN TÍTULO ESPECIALISTA CONSULTOR EN UROLOGÍA

Acosta Güemes, Carlos Alberto
Fredotovich, Norberto Miguel

López Laur, José
Puscinski, Alberto José

**LOS RESPECTIVOS DIPLOMAS SERÁN ENTREGADOS EN EL ACTO DE CLAUSURA DEL SIMPOSIO INTERNACIONAL “AVANCES EN UROLOGÍA 2003”.
LOS RESPECTIVOS ARANCELES DEBERÁN SER ABONADOS ANTES DEL 28 DE FEBRERO DE 2003, EN LA SECRETARÍA DE LA SAU.
SOCIOS \$50.- NO SOCIOS \$100.-**

CUOTAS SOCIALES ATRASADAS

La Sociedad Argentina de Urología 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 morosidad que se registra se debe muchas veces –nos consta– a olvidos involuntarios o a 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, cualesquiera 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”.

Informes: Secretaría S.A.U. 4963-8521/4336/4337 de 12 a 20 horas.
e-mail: sau@sau-net.org.

SAU

RECORDATORIO SOBRE PEDIDO DE AUSPICIOS A LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA

Hasta el 30 de noviembre de 2002:
Los eventos a realizarse en el primer semestre de 2003

Hasta el 31 de mayo de 2003:
Los eventos a realizarse en el segundo semestre de 2003

TARJETAS DE CRÉDITO

La SAU ha efectuado contrato con las tarjetas de Crédito:

VISA - MASTERCARD Y 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, además se puede abonar con cheque o giro postal a Sociedad Argentina de Urología. Efectuar transferencia bancaria a nuestra Cuenta, Cuenta Corriente 96223/74 CBU, sucursal Congreso a nombre de Sociedad Argentina de Urología.

CENTRO DE ESTUDIOS BIOQUIMICOS

Áreas de especialización:

ANDROLOGIA

GINECOLOGIA

Dra. Ana María Blanco

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



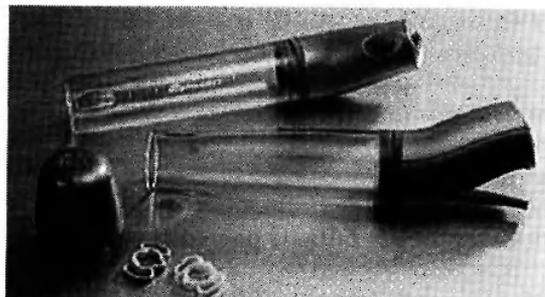
**OSBON
MEDICAL
SYSTEMS**

Roberto N. Brunno
Distribuidor

Cel. 54 0223 155246752

Fax 54 0223 4793446

e-mail: brunnor@copetel.com.ar



ERECAID® SYSTEM ESTEEM® tiene un comprobado 95% de efectividad. Es un tratamiento no invasivo, de venta bajo receta, que ofrece soporte técnico y servicio de post-venta a sus pacientes, tiene garantía de por vida y es complementario al uso de las otras alternativas.

Solicite para su paciente una demostración clínica sin cargo

SAU

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA

**4 números
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: Nº: Piso:

Código Postal: Provincia: País

Tel: Fax:

Especialidad:

Departamento:

Hospital:

FORMA DE PAGO:

Cheque N°: Banco:

Giro Postal N°:

**Ficha de
suscripción**

2003

.....
Firma del Titular





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

DOBLAR

..... PAÍS:
..... CIUDAD:
..... DIRECCIÓN:
..... REMITENTE:

DOBLAR

Solución para la incontinencia de orina por esfuerzo

SPARC - Sling System



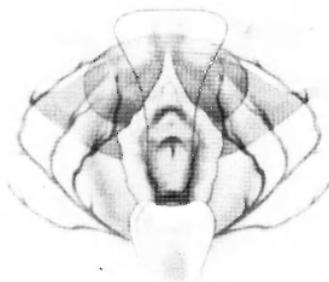
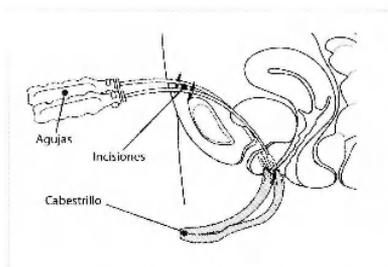
El único sling de tensión libre que le permite un ajuste preciso con una colocación simple y segura

SPARC Sling System ofrece:

Abordaje por vía abdominal a la uretra media con agujas delicadas que otorgan seguridad y control en el acceso. El sling es protegido por una camisa que facilita su deslizamiento y correcta posición sin torsión.

SPARC Sling System ofrece:

- Simple procedimiento en sólo tres pasos.
- Reduce el riesgo potencial de complicaciones comparado con otros sistemas.
- Confiable y segura fijación en los tejidos blandos.



SPARC Sling System ofrece:

Control en el abordaje lejos de órganos y vasos. Trabajando dentro de la "zona de seguridad" reduce el riesgo de perforación de vasos y vejiga.

**BIOMEDICA
ARGENTINA**

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO PARA ARGENTINA
Perú 345 Piso 6° -1067- Buenos Aires, Argentina.
Tel.: 4343-9197/9243/9253/9279/0862 Fax: 4343-0834
biomedica@biomedicarg.com.ar www.biomedicarg.com.ar



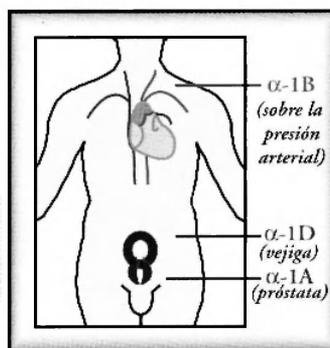
AMERICAN MEDICAL SYSTEMS

En el tratamiento de H.P.B.

TAMSULOSINA
OMNIC

Unico con acción dual superselectiva

*Acción superselectiva sobre
próstata y vejiga.*



*Sin riesgos de actividad
cardiovascular.*

Primero alivia los síntomas

Luego, mejora la función prostática y vesical

Posología:

Una cápsula por día, después del desayuno.

Presentación:

Envase con 30 cápsulas de liberación controlada.