

Examen radiográfico postoperatorio

Arteriografía selectiva renal izquierda: se observa la ligadura de la rama inferior de la arteria renal, con la desaparición de la fistula arteriovenosa (Fig. N° 3).

Faz nefrográfica y de excreción sin anomalía.

Resumen

Se presenta un caso de fistula arteriovenosa intrarrenal, que se manifiesta por hematuria como síntoma único, en el que es posible efectuar una nefrectomía parcial al estar el proceso bien circunscripto a un territorio vascular en el polo inferior del riñón.

B I B L I O G R A F I A

1. Claret A. Muñedo R. y Mackintosh: Dos observaciones de vasculopatía renal: aneurisma y fistula arteriovenosa. *Rev. Arg. Urol. y Nefrol.* 34:560, 1965.
2. Gold D. Latts E. y Wexler H.: Congenital arteriovenous fistulae of kidney. A case report and review of the literature. *Arch. Intern. Med.* 115:208, 1965.
3. Kelly D.: Renal arteriovenous fistula. A report of four cases and review of the literature. *Brit. J. Urol.* 39:162, 1967.
4. Long L. David H. y Julian D.: Arteriovenous fistula of renal vessels. Report of a case believed to be congenital. *Ann. Surg.* 160:239, 1964.
5. Mangiardi J. Santemma E. y Sullivan J.: Arteriovenous fistula of the kidney. *Amer. Heart J.* 65:549, 1963.
6. Riba L. y Simon M.: Intrarrenal arteriovenous fistula treated with partial nephrectomy. *J. Urol.* 98:293, 1967.
7. Waterhouse K. Wesolowski S. y McGowan A.: Intrarrenal arteriovenous fistula: surgical treatment with salvage of kidney. *J. Urol.* 92:256, 1964.

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

REGISTRO DE TUMORES GENITO URINARIOS

Dres. CARLOS SAENZ, JUAN A. OLIVEIRA y Sra. B. BARGIELA

Con el fin de ordenar el diagnóstico, tratamiento y control alejado de los pacientes, con patología tumoral se organizó en nuestra Sala de Urología el Comité de Tumores. Al mismo tiempo surgió la necesidad de dictar pautas al efecto y de llevar un registro de lo actuado. Todo esto con el interés de elevar el nivel de la prestación médica.

Así desde abril de 1971 se reúne todos los lunes de 9 a 10 horas el citado Comité dirigido por un Secretario elegido al efecto y en el que participan todos los médicos de la unidad y un radioterapeuta que concurre en forma voluntaria. Se trabaja con un anatómo-patólogo al que se envía el material y con el cual se realizan también reuniones periódicas. En este momento ha prometido su concurrencia un oncólogo.

Iniciado el registro de los primeros casos estudiados y para su mejor ordenamiento, se obtuvo la colaboración de una voluntaria del hospital que desde entonces actúa como secretaria del registro.

En mayo de ese mismo año con el convencimiento de que el Registro Nacional de Oncología dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública aunque perfectible, es la entidad indicada para la recolección, análisis y publicación de todos los cánceres notificados del país se procedió a enviarle nuestra información. Con tal motivo pasamos a constituir una Unidad de Registro.

Las funciones de una unidad de Registro son:

1. Recolección de la información.
2. Archivo.
3. Notificación a nivel central de los casos nuevos y de los informes de seguimiento en las fechas previstas.
4. Promover la continuidad del seguimiento de los pacientes a través de la vía correspondiente.

Los requisitos mínimos para la incorporación de las unidades de Registro

1. Buena historia clínica.
2. Servicio de Anatomía patológica en el establecimiento a disposición del mismo.
3. Posibilidades de disponer de Servicio Social o algún medio que lo reemplace para el seguimiento de los pacientes y la pesquisa de los perdidos.
4. Contar con una Secretaria de Registro a cargo del mismo.

Aparte de las fichas del Servicio se llevan las que provee el Registro Nacional de Oncología.

Las mismas constan: 1. *Datos del paciente*, historia clínica, anatomía patológica y tratamiento. 2. Seguimiento.

Todos los datos de las fichas están codificadas y son enviadas al Registro Nacional de Oncología, que los procesa y envía a la Unidad de Registro.

De la comparación y del análisis de los datos recogidos se puede obtener la siguiente información:

1. Distribución de los casos de cáncer según su localización, edad y sexo.
2. Demora entre el comienzo de los primeros síntomas, el diagnóstico y el tratamiento.
3. Estado de la enfermedad a la fecha del primer diagnóstico.
4. Proporción del total de casos diagnosticados que se confirman con la microscopía.
5. Descripción del primer tratamiento.
6. Lapso de sobrevida en relación con la localización y el grado de extensión del neoplasma.
7. Lapso de sobrevida en relación con la edad y el sexo del paciente.
8. Lapso de sobrevida en relación al tipo de tratamiento.
9. Lapso de sobrevida entre el primer diagnóstico y la muerte.
10. Estado del paciente según intervalos anuales.
11. Estado del neoplasma al deceso del paciente.
12. Incidencia de dos o más neoplasmas primarios.

Luego de la recepción de la información notificada, se prevé el envío de Listados a las Unidades de Registro, para su conocimiento y análisis.

El motivo de nuestra presentación es despertar el interés y promover el envío de datos pues si bien el Registro Nacional de Oncología no recibe actualmente información de todos los centros asistenciales del país, creemos es un deber apoyarlo para así poder obtener en un futuro cifras significativas de lo que ocurre al respecto en nuestro ambiente.

Ya que en este momento se propicia un protocolo para el estudio de los tumores de la vejiga consideramos que sería interesante volcar los resultados en dicho Registro.