

Incontinencia de orina iatrogénica

Dr. GUZMAN, Juan M. (*)

Definición:

Se considera **incontinencia de orina iatrogénica (IOI)** toda aquella secundaria y consecuente a una práctica médica o quirúrgica que sucede en un paciente que no la haya padecido con anterioridad.

Esta circunstancia es altamente frustrante no sólo para el paciente que la sufre, sino también para el médico que la provoca, y que lo compromete en situaciones médico-sociales y legales de difícil manejo.

Etiología:

Por definición, la incontinencia de orina (IO) es un signo, un síntoma y una condición, que aparece cuando la presión intravesical supera a la resistencia uretral. La IO puede ser: de esfuerzo, de urgencia, refleja o por rebosamiento (1).

Las causas que llevan a esta circunstancia pueden ser de orden médico o quirúrgico, y afectar al aparato urinario en

sí o actuar de comienzo sobre estructuras extraurinarias (Cuadro 1).

Causas Médicas Extraurinarias:

La medicación neuropsiátrica, con influencia sobre el sistema autonómico y somático del sistema nervioso, como los sedantes, beta-estimulantes, alfabloqueantes, anticolinérgicos y miorelajantes, usados aisladamente, en forma combinada, en dosis inapropiadas o en personas hipersensibles, pueden provocar electivamente incontinencia de orina por rebosamiento.

La medicación sedante y anticolinérgica, en el geronte encamado, puede desarrollar silenciosamente una retención crónica y/o un fecaloma, entidad propicia por sí, para obstruir el vaciamiento vesical y llevar a la incontinencia por rebosamiento.

La incapacidad física de incorporarse o movilizarse para orinar, puede hacer aparecer incontinencia en especial si ocurre con vejiga inestable.

Cuadro 1

Incontinencia de orina iatrogénica (IOI)

ETIOLOGIA

Médicas		Quirúrgicas	
Extraurinarias	Urinarias	Extraurinarias	Urinarias
Medicación Neuropsiquiátrica Betaestimulantes Alfabloqueantes Fecaloma Incapacidad de movilización oportuna Alfaestimulantes, anticolinérgicos (capaces de provocar IO por rebosamiento)	Medicación que agrave o desarrolle inestabilidad vesical Quimioterapia intracavitaria B.C.G. intracavitaria Tratamientos radiantes sobre el hipogastrio y/o el perineo	Operaciones plásticas de la pared abdominal que generen altas presiones intra-abdominales (grandes hernias y eventraciones) Histerectomía abdominal y perineal Operaciones exenterativas de la pelvis Operaciones sobre el neuroeje y cerebro Operaciones tocoginecológicas	Cirugía de la estrechez de la uretra Cirugía de las válvulas uretrales Operaciones sobre divertículos de la uretra Cirugía ampliadora del cuello vesical RTU del cuello vesical Cirugía endoscópica o a cielo abierto de la próstata Prostatectomía Radical

(*) Profesor Titular de Urología. Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires.

Causas Médicas Urinarias

Ciertas prácticas médicas pueden alterar la función normal, tanto de la vejiga como de la uretra, en forma separada o combinada.

La inestabilidad del detrusor, ha sido postulada como causa suficiente como para desarrollar incontinencia de urgencia. Esta posibilidad oscila entre un 0 al 50% según cada estadística, frecuencia que se acentúa si la inestabilidad coincide con obstrucción infravesical (3).

La inestabilidad del detrusor puede estar provocada por múltiples causas médicas: tratamiento con radiaciones, instilaciones intravesicales, sonda en permanencia durante períodos prolongados, etc.

Los tratamientos con radiaciones sobre la próstata, o el perineo femenino, puede provocar lesiones intrínsecas de las estructuras mioneurales de la vejiga y de la uretra, capaces de generar incontinencia.

Causas Quirúrgicas Extraurinarias

La cirugía cerebromedular va seguida frecuentemente de alteraciones urodinámicas del tracto vesicouretral, expresadas clínicamente como retención postoperatoria e incontinencia por rebosamiento. La "insuficiencia esfinteriana" en este período es un hecho irrelevante.

La incompetencia uretral puede aparecer en el período de cronicidad neurológica cuando se haya instalado ya un cuadro específico de disfunción vesicouretral (neuropatía remanente de la cirugía neurológica).

La incontinencia de orina postoperatoria de las intervenciones sobre el cerebro o la médula, así como las consecuentes a anestesia general, peridural o raquídea, deben ser analizadas en la sospecha de serlo por rebosamiento y en consecuencia poner en marcha un plan de cateterismo intermitente.

Las operaciones sobre el perineo posterior, como las hemorroidectomías y las fistulectomías pueden ser seguidas de incontinencia por rebosamiento por retención desarrollada a través de un mecanismo neurogénico de espasticidad esfinteriana (dolor) a la que se le asocia la acción de la medicación antiespasmódica (que actúa a su vez atemperando la contractibilidad vesical (ya parcialmente inhibida por el espasmo esfinteriano).

Las operaciones sobre la prensa abdominal, de grandes hernias y eventraciones en enfermas obesas y añosas (en las que existe una labilidad preexistente de la competencia uretral), puede hacer aparecer o intensificar una incontinencia de esfuerzo. Este fenómeno se debe al aumento de la presión intraabdominal que ha desbalanceado el equilibrio de presiones entre la vejiga y la uretra necesario para la continencia en el esfuerzo.

Esta circunstancia revierte frecuentemente al recuperarse lentamente la normalidad de la presión intraabdominal.

Causas Quirúrgicas Urinarias

a) En el niño

La IOI es poco frecuente.

Puede observarse cómo, y de aparición inmediata, a la corrección de una obstrucción por válvula uretral próxima al esfínter distal, o ser secundaria a las operaciones de ampliación del cuello vesical (op. de YV).

La incontinencia postelectrofulguración de válvula uretral, si ocurre, es pasajera. Cuando aparece, remite espontáneamente sin ningún tratamiento.

La incontinencia secundaria a estas operaciones deben ser contemporizadas hasta que los fenómenos de uroestasia secundaria a la obstrucción hayan cedido y proceder al tratamiento de la incontinencia luego de la edad de cinco años, y no antes de una reevaluación clínica y urodinámica. De acuerdo a estos nuevos parámetros se procederá al tratamiento indicado para cada circunstancia.

El planteo involucra considerar la capacidad, la complacencia y la estabilidad del detrusor, así como la existencia o persistencia de reflujo vesicouretral. Si estos parámetros estuvieran comprometidos, deberá encararse prioritariamente su tratamiento antes de actuar sobre la uretra. La normalización de la función vesical (ampliada por cistoplastia o no) tiene altas posibilidades de hacer recuperar la continencia. Si así no ocurriera, la resistencia uretral podrá ser aumentada con el implante del esfínter artificial AMS 800 o la confección de un sling pubouretral, según la indicación para cada caso.

b) En la mujer

La práctica tocoginecológica puede ser motivo de IOI. Tanto sea por inestabilidad del detrusor con incontinencia de apremio, o la incontinencia de esfuerzo o, por rebosamiento, o las de tipo reflejo.

La inestabilidad del detrusor, puede aparecer luego de operaciones pelvianas, como sucede en la histerectomía u otras operaciones múltiples sobre la pelvis. Del mismo modo puede observarse luego de la aplicación de forceps o de cesáreas (2).

En ausencia de incompetencia uretral, la inestabilidad, por sí, puede ser explicada por una lesión neurogénica periférica y descentralización incompleta del detrusor.

La retención con incontinencia de orina por rebosamiento de ciertas núlparas o múltiparas que sigue a partos por vía natural, ha sido interpretado como secundaria a lesiones neurológicas de la anestesia. Sin embargo, este cuadro puede presentarse sin una razón valedera en parturientas que no han sido sometidas a ningún tipo de anestesia. Se teoriza que la arreflexia o aquinesia vesical es secundaria a lesión neurológica de los plexos sacros intrapelvianos durante el parto normal, hecho aún no comprobado.

En la mujer, la incontinencia de esfuerzo secundaria a partos asistidos o no, es frecuente.

Tanto en la mujer como en el hombre la competencia uretral depende tanto del esfínter proximal como del sistema esfinteriano distal.

En la mujer en especial, la continencia es posible gracias a la estabilidad vesical y a la competencia de la uretra proximal, habida cuenta que el sistema esfinteriano distal, en ella, tiene moderada participación.

La laxitud de los ligamentos de sostén pubocervicales y pubo uretrales, así como las lesiones de denervación que pueda ocurrir luego de intervenciones sobre el área vulvoperineal, como las operaciones de cistocele, o histerectomía vaginal, son capaces de ser seguidas de incontinencia de orina de esfuerzo.

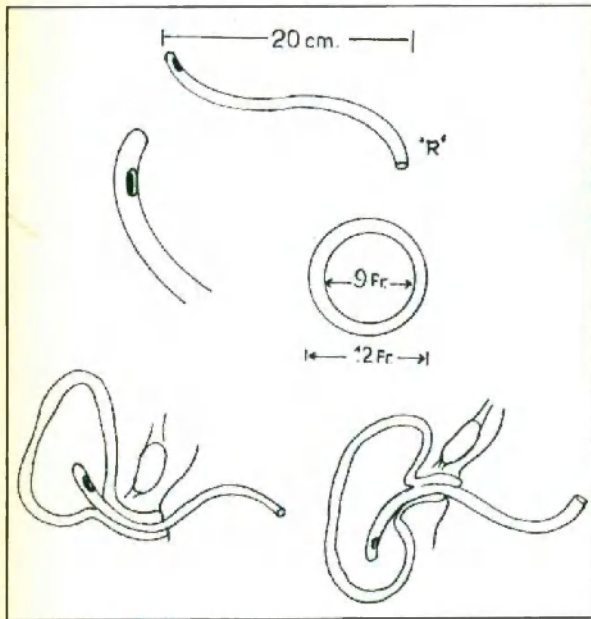
Tratamiento

Antes de plantear algún tipo de tratamiento, el diagnóstico deberá certificar la ubicación preferencial de la alteración urodinámica puesta en juego (4).

De acuerdo a ello, un período de expectación es necesario cumplir, antes de decidir alguna conducta quirúrgica de corrección.

Durante este período de semanas o meses, la paciente será tratada de acuerdo a los hallazgos de la reactualización diagnóstica.

La inestabilidad vesical será manejada con anticolinérgicos, y reciclaje bajo control de la bacteriuria. Las vejigas hipoactivas con orina residual e incontinencia por rebosamiento, serán puestas en plan de cateterismo intermitente (Figura 1).



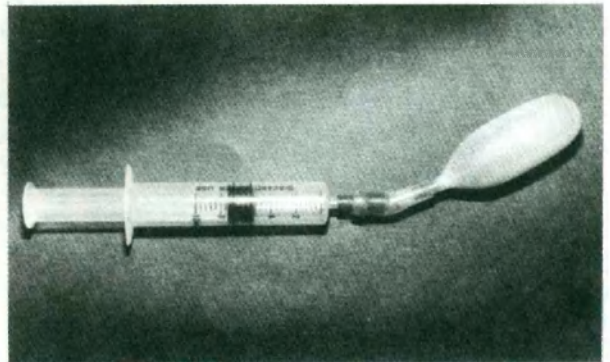
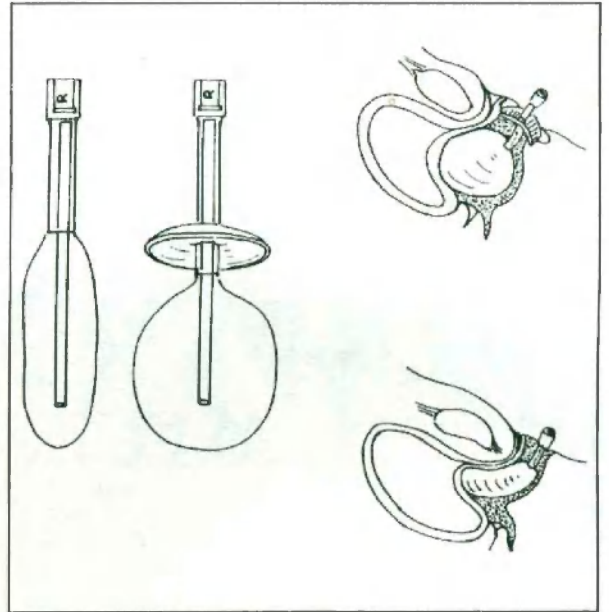
Cateter "Sigma" metálico, para cateterismo intermitente en la mujer. Por ser de metal (aluminio) permite su maneabilidad, permite modificar a voluntad sus curvaturas, y hacer el cateterismo más viable. Al mismo tiempo puede esterilizarse con la llama de un encendedor e introducirlo una vez enfriado con jalea lubricante y anestésica. Sus curvaturas permiten el total vaciado vesical aún con gran cistocele.

La incontinencia de esfuerzo, que cursa sin orina residual, y no obliga a la paciente a orinar durante las horas de sueño nocturno, son posibles de mejoría aumentando la resistencia uretral.

Con este objetivo, serán propuestas la medicación con alfaestimulantes y ejercicios de Kegel, así como la medica-

ción local con jaleas con estrógenos.

El uso de un balón intravaginal graduable, en tratamiento paliativo, nos ha dado óptimos resultados para este tipo de incontinencia y merece ser indicado (figura 2)



Balón intravaginal graduable para el tratamiento paliativo de la incontinencia de esfuerzo en la mujer. Se trata de un balón de látex con forma ovoidea o esférica cuyo volumen de llenado con aire es posible a través de una válvula de retención usando una jeringa convencional. El balón esférico se destina a aquellas pacientes con voluminoso prolapso e incompetencia del introito vaginal y a cuyo pico se le adapta un diafragma de látex firme que ayuda a mantener el balón "in situ". La continencia y la micción son posibles sin retirar el dispositivo.

Si luego de más de seis meses la incontinencia persiste y si se ha establecido que la función vesical es normal, la incontinencia de esfuerzo será agrupada de acuerdo a la clasificación diagnóstico-terapéutica propuesta por Webster y Ramon (1990), basados en el agrupamiento de Blaivas y Olsson (1988) (5).

Los tipos 0, I, IIA y IIB pueden ser tratados con operación de Marshall, Marchetti-Krantz, Op. de Bursch u operaciones con aguja (Pereyra-Stamey, Lokhart, Raz, o Git-

tes) con o sin sus modificaciones de acuerdo a cada caso. El éxito global de estos procedimientos, es de alrededor del 90%.

Las IOI de tipo III deben ser tratadas con el implante de esfínter artificial, los Sling, o las inyecciones parauretrales habida cuenta que los tratamientos ofrecidos para los otros tipos de incontinencia de esfuerzo (Tipo 0-I-IIA y IIB) no tiene la expectativa de éxito suficiente.

El tipo III de incontinencia de esfuerzo, reconoce una incompetencia intrínseca de la uretra específicamente afectada por esclerosis y denervación (descentralización).

En este tipo tanto el cuello vesical como la uretra, están situadas en forma intraabdominal y la incontinencia difícilmente se corrija con alguna operación que pretenda elevar al cuello vesical o la uretra (6).

Las inyecciones periuretrales

Las inyecciones periuretrales con sustancias esclerosantes para el tratamiento de la incontinencia de orina femenina fue propuesto por Sasche en 1963 utilizando una sustancia denominada "DONDREN" empleada como esclerosante en várices.

Con este procedimiento refiere éxito en cuatro de siete mujeres (que sin embargo se complicaron con embolismo pulmonar) (7).

El uso de TEFLON propiciado por Politano en 1974 luego de 18 años de experiencia, da en sus manos un buen resultado en el 73% de los casos (8).

En 1986 Lockhart (9) refiere éxito del 50% de las pacientes portadoras de incontinencia de orina severo de esfuerzo y en el 65% si se considera el grupo total de las mejoradas con este procedimiento.

Esta táctica de procedimiento tiene las ventajas de ser de fácil aplicación, tiene mínima morbilidad, puede ser repetida a necesidad, requiere corta hospitalización, y tiene buena tolerancia por parte de la paciente.

Sin embargo, se han referido posibilidad de embolia pulmonar (sin mortalidad), y de dejar a la uretra más rígida en caso de fracaso terapéutico.

Los peores resultados se observaron en uretras cortas, inestabilidad vesical, o uretras rígidas por cirugía previa o radiaciones.

Las inyecciones periuretrales de colágeno fueron propuestas por Mc Guire y colaboradores en el 85th Meeting de la AUA en 1990.

Con este producto obtienen buenos resultados en el 94% de los casos luego de un control a un año (10).

La inyección de grasa autóloga ha sido propuesta con expectativa del 90% de éxito al cabo de 9 meses de control (11).

En una paciente con tipo III de incontinencia y con vejiga estable obtuvimos excelente resultado con este método.

Este resultado duró sólo un mes, al cabo del cual la IO

recidivó con las mismas características. En otra paciente provocó un absceso uretral que fistulizó la vagina.

Los esfínteres artificiales

Algunas enfermas no soportan los tratamientos expectantes paliativos o han recidivado con tratamientos quirúrgicos anteriores.

Muchas otras no toleran tampoco el uso de sonda en permanencia o el plan de cateterismo intermitente.

Algunas de ellas ya han sufrido una operación de ampliación vesical y mantienen la incontinencia.

El avance que ha significado el advenimiento del esfínter artificial, de activación diferida, lo coloca como tratamiento preferencial en muchos de los casos referidos.

En ausencia de obstrucción infravesical, con buena capacidad, estabilidad y complacencia vesical y en ausencia de orina residual el implante del esfínter AMS 800 se ofrece para brindar los mejores resultados.

La continencia estará asegurada y la micción completa será seguramente posible.

La seguridad de estos resultados no son todo lo categórico que se pudiera esperar a pesar de estar dadas las circunstancias propicias para que así suceda.

Algunas de estas enfermas necesitarán la asistencia del cateterismo intermitente para completar el vaciamiento.

Otras ya les será indicado aún antes de la activación de la bomba y aún esperando un tiempo mayor de seis semanas a la espera de la desedematización de la uretra y del cuello vesical.

La incompetencia del manguito ocluser no sólo puede estar afectado por razones técnicas o estructurales, sino también por la rigidez desmesurada de la uretra en ciertas circunstancias.

Existen limitaciones y contraindicaciones formales para el implante del esfínter AMS 800.

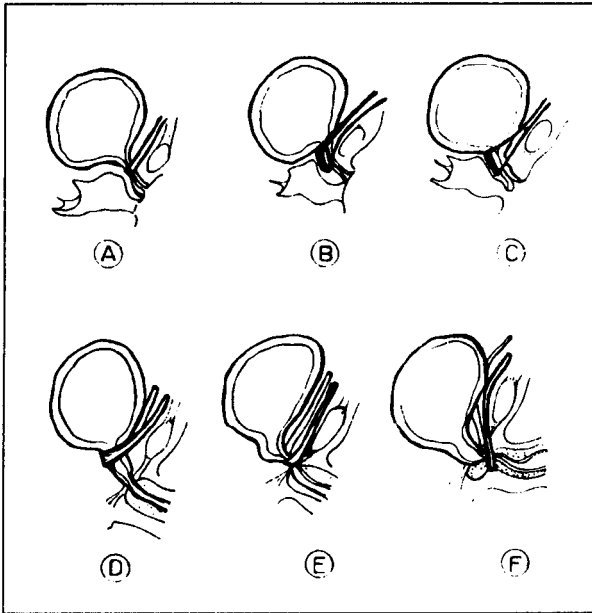
Los Sling en el tratamiento de la IOE femenina de origen iatrogénico

Desde comienzo del siglo XX una gran variedad de procedimientos han sido propuestos en el tratamiento de la IOE rebelde a los tratamientos convencionales usando tanto tiras de elementos autólogos como heterólogos que envolviendo parcial o totalmente a la uretra hiciera posible la continencia (12).

La multiplicidad de tácticas hace sospechar que ninguna de ellas ofrece altas posibilidades de éxito o están sujetas a inconvenientes apreciables. (figura 3)

El inconveniente mayor es el de tener alta posibilidad de crear obstrucción y desarrollar inestabilidad vesical.

Este problema es negociable con un plan de cateterismo intermitente cuando esta circunstancia suceda.



Diferentes tipos de slings para el tratamiento quirúrgico de las incontinencias de orina: A - Sling pubo uretral (Mc Guire, 1978). B - Sling pubo uretral con fascia (Aldridge, 1942). C - Sling pubovaginal (Raz, 1985). D - Sling pubo retroprostato cervical (varón). E - Sling pubouretral supradiaphragmático (varón). F - Sling pubo uretroperineal (varón).

La segunda y más grave complicación es la posibilidad de crear una erosión y fístula uretral.

Estas circunstancias pueden ser mejor controladas por el monitoreo endoscópico en el momento de ajustar los tensores.

El sling con fascia de músculo recto anterior del abdomen, propuesto por Aldridge en 1942 (13), la técnica de Mc Guire y col. (1987) (14) y la reciente táctica de Raz (1989) con sling pubovaginal, parecen ser las más recomendables (15).

El sling usado por Raz, involucra brindar a la uretra y al cuello vesical una hamaca de sostén y compresión, uniformemente distribuida y en forma pareja sobre la que la uretra y el cuello se apoyan. De esa manera, según el autor, las posibilidades de erosión y acodamiento que dificulte el cateterismo ulterior, no ocurre. Los resultados son muy buenos o excelentes en 21 de 22 enfermas en las que habían fracasado otros procedimientos anteriores.

Para esta operación se emplea un área de pared vaginal no separada de su lecho, la que se ancla con cuatro hebras de material irreabsorbible y que unifica en cada toma: la fascia endopélvica y pubococcigea. Estos tensores se anudan por la vía de Pereyra en la pared del hipogastrio.

Existen limitaciones en esta táctica provocadas por la atrofia y la esclerosis que ocurre en las seniles y en aquellas pacientes sometidas a radiaciones pelvianas.

Por otra parte, el acortamiento de la vagina (no significativo) puede dificultar la actividad sexual en aquellas que la practican. El Sling es capaz de provocar obstrucción y generar inestabilidad vesical con síntomas de urgencia y

polaquiuria.

La inestabilidad vesical ocurre con una frecuencia entre el 6 a 47 por ciento de las pacientes sometidas a Sling por IO recidivadas.

Esta incidencia parece no ser significativa para el procedimiento habida cuenta que este tipo de enferma la tiene ya antes de ser operada en una parecida proporción.

En la revisión hecha por Hadley, la expectativa de éxito con los sling varían entre el 72 al 94 por ciento, según los autores (12).

La posibilidad de crear obstrucción que requiera un plan de cateterismo intermitente, luego de una espera de más de seis meses, varía entre el 3 al 5 por ciento de los casos.

La retención que se observa en forma inmediata con el Sling, se trata en forma similar que la observada en las tácticas con aguja mediante un catéter suprapúbico. La persistencia de orina residual debe ser manejada, si ocurre, con un plan previsto y anticipado de cateterismo intermitente.

Las tácticas con slings están limitadas a aquellas pacientes sin posibilidad de paridad por vía vaginal, y si esta posibilidad existe, el parto debe ser programado por cesárea con la advertencia de la existencia en el hipogastrio del amarre de los cabos del sling.

c) IOI en el hombre

La continencia en hombre está asegurada primaria y normalmente por la competencia del sistema esfinteriano proximal. Si este mecanismo se torna insuficiente, como sucede en las operaciones que seccionan o amplían al cuello vesical (RTUC), la adenomiectomía endoscópica (RTUP), la adenomiectomía a cielo abierto (ACA), la adenomiectomía precapsular (op. de Millin) (AM) así como la prostatectomía radical por vía hipogástrica (PRH) o la ejecutada por vía perineal (PRP), la continencia queda supeditada a la suficiencia del sistema esfinteriano distal.

Si el sistema esfinteriano distal se deteriora, también, la incontinencia de esfuerzo es un hecho inevitable.

La IOI del hombre puede adquirir tres grados de intensidad (16). El tipo I son los que tienen un grado mínimo de incontinencia, en forma de gotas o aún con chorro babeante (si la vejiga está llena). Aparece cuando el paciente se incorpora o realiza actividad física o esfuerzos (deambular, toser, defecar, etc.). No ocurre en posición acostada. El paciente está seco durante las horas de sueño. A algunos de este grupo lo despierta un deseo miccional que obliga, al enfermo prevenido, a incorporarse para orinar o hacerlo en reposo en un colector. En ninguna de estas circunstancias la continencia está en juicio ya que puede ser ejercida voluntariamente y temporalmente con contracción perineal.

La continencia no es completa ya que si se relaja o se cansa, o demora para ubicar su baño o recipiente, la pérdida de orina aparece.

La micción es posible y habitualmente completa, no asociada a polaquiuria llamativa. Las micciones nocturnas no son más de una o dos por períodos de 8 a 10 horas de sueño.

ANANDRON[®]

NILUTAMIDA



**Unico Antiandrógeno
con Eficacia Demostrada
en el Tratamiento del
Cáncer de Próstata Avanzado**



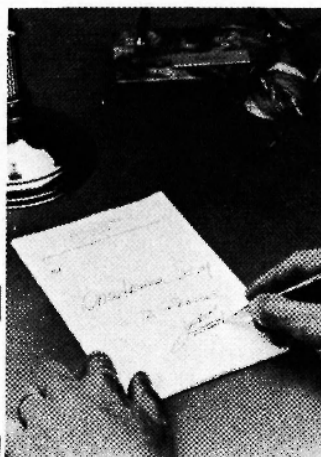
Pensando en Ud.

ONCOTAXINA

MITOMICINA C 20 mg

1ra. elección en
quimioterapia
intravesical.

La droga más útil...
la presentación
óptima.



FLUTAMIDA

FLUTAMIDA 250 mg

La mejor opción
en Flutamida

Sin los trastornos
tromboembólicos
o cardiovasculares de los
estrógenos.

Cómoda administración oral.

Presentación: envase con 50
comprimidos de 250 mg



División
Oncológica



Laboratorios
RONTAG s.a.

FD Roosevelt 2157 - 1428 Capital

La micción iniciada puede ser interrumpida a voluntad, hecho que alienta tanto al paciente como a su médico.

Este tipo de incontinencia corresponde a lesiones parciales del esfínter distal y es frecuente en el postoperatorio inmediato de cualquier cirugía desobstructiva o radical de la próstata.

El tipo II muestra síntomas más importantes. La continencia sólo es posible en posición acostada y no es posible controlarla voluntariamente en la posición de pie.

Estos cuadros son secundarios a lesiones completas del sistema esfinteriano distal.

Los correspondientes al tipo III tiene incontinencia aún en posición acostada. La uretra no ofrece ninguna resistencia a la presión intravesical y no se modifica con la contracción más enérgica de la musculatura perineal.

Este tipo clínico es secundario a lesiones completas de los esfínteres uretrales asociados a una baja complacencia del detrusor.

La IOI en el hombre es una de las más desafortunadas complicaciones de la cirugía prostatouretral.

En una revisión realizada en 350 pacientes entre el año 1965 y 1982 con incontinencia post cirugía prostática o cervical, en 180 de ellos (51%) la causa de incontinencia fue ubicada y referida como incompetencia uretral.

El 79% de 350 de ellos (278/350) tenían síntomas y signos de inestabilidad del detrusor y al 2,5% (9/350) se les asociaba estrechez de la uretra posterior.

Sólo en dos de 350 (0,5%) pudieron ser detectadas lesiones de fibrilación de denervación del bulbo de la uretra y esfínter del ano, sugiriendo diagnóstico de denervación (17).

Las operaciones sobre la uretra membranosa por estenosis postraumática tiene por sí muy baja posibilidad de crear incontinencia siempre que el sistema esfinteriano proximal se mantenga competente.

Collapinto y Mc Callum (18) refieren que el riesgo de IO en los pacientes con cirugía reconstructora sobre la uretra membranosa es en su serie del 27% luego de la marsupialización perineal. Esto se mantuvo estable al completar la reconstrucción en el 12%.

En ocho enfermos sometidos a resección y anastomosis término terminal a nivel de diafragma urogenital no tuvimos incontinencia ya que estaba asegurada la competencia del cuello vesical.

El mejor conocimiento de la anatomía y fisiología del sistema esfinteriano distal es fundamental para la profilaxis de la incontinencia postoperatoria de la cirugía prostática.

Turner-Warwick (19) y Tanagho (20) la han establecido y documentado exhaustivamente (20).

El esfínter distal no se encuentra limitado y circunscripto en un desdoblamiento de la aponeurosis perineal media como se había establecido, sino que se extiende por encima del diafragma urogenital aproximándose al veru montanum y en plena uretra inframontana.

Esta porción de musculatura estriada tiene un tipo de contracción lenta no sujeta a fatiga y es de contracción

involuntaria. A este sector del esfínter distal le está delegada la función de mantener una resistencia uretral suficiente durante el período de continencia involuntaria.

El resto del esfínter distal estriado, ubicado en pleno diafragma urogenital y excéntrico al anterior, tiene un tipo de contracción rápida sujeta a fatiga. Este sector extrínseco, del sistema, tiene muy escasa participación en la continencia pasiva pero es el capacitado para interrumpir el flujo miccional a voluntad, y postponer temporariamente una imperiosidad.

Responde también con una contracción refleja a un aumento fortuito de la presión intraabdominal (tos) (reflejo abdomino músculo perineal).

La frecuencia de IOI en RTU del cuello vesical en adenomiectomía y prostatectomía, varía entre el 0,5 y el 4 por ciento, si se considera un tipo permanente de incontinencia (28).

Un 50% de los pacientes de este grupo tienen IOI luego de la desobstrucción cervical sea por RTU o adenomiectomía transvesical (ATV). La duración de este tipo de incontinencia es de 4 a 10 meses habitualmente.

Estos resultados se refieren al tipo I de incontinencia y cuando la operación se hizo sobre glándulas medianamente aumentadas de tamaño o decididamente grandes.

Los resultados no son similares si se consideran las operaciones sobre próstatas pequeñas o resecciones amplias del cuello vesical en las que el riesgo aumenta.

Mayor riesgo existe también si coincide con enfermedad neurológica o miasténica.

En una revisión de 36 pacientes con enfermedad de Parkinson y obstruidos, Staskin y col. (1988) refieren que el 17% de ellos eran incontinentes antes de la desobstrucción y ese porcentaje se elevó al 28% en el postoperatorio. La posibilidad de IOI se eleva al 83% si existe paresia o parálisis confirmada de la musculatura voluntaria del perineo y es mayor aún, si coexiste con una hiperreflexia del detrusor o el paciente es un demente (21).

La IOI aumenta en RTU cuando se intenta resear prolija y exhaustivamente los lóbulos apicales por el riesgo mayor de resear concomitantemente una porción mayor de esfínter distal.

En la adenomiectomía a cielo abierto, la sección de la uretra debe hacerse "a ras del adenoma" con una sección limpia con tijera apropiada y filosa, sin tracción ni desgarro.

La posibilidad de IOI es mayor cuando esta maniobra se hace en próstatas pequeñas de las que la uretra postapical es muy corta comparada con la de los grandes adenomas en las que se prolonga e introduce entre los lóbulos laterales más proclives.

La posibilidad de daño de la uretra es mayor aún cuando la sección se hace digitalmente y por arrancamiento a ciegas. Por esta razón la táctica de Millin tiene menor chance de esta iatrogenia.

El observar algunos milímetros de uretra prendidos del adenoma ya extirpado debe sugerir al cirujano la inquietud de una futura IOI

IOI por Prostatectomía Radical

La posibilidad de IOI por prostatectomía radical (PR) por cáncer, varía entre el 0,5 y el 50 por ciento, según diferentes estadísticas (19-20-21-22).

Estos resultados no son significativamente diferentes sea cual fuere la táctica del procedimiento (vía abdominal-hipogástrica o perineal).

La IOI de la PR es más frecuente en aquellos pacientes en los que ya se había realizado adenomiectomía a cielo abierto o RTU de cuello vesical.

Ha sido propuesto que la IOI de la PR puede ser evitada si la sección de la uretra se hace unos milímetros proximales al apex, involucrando así una pequeña porción de la próstata. Esta táctica no condice seguramente con un rigorismo oncológico, habida cuenta que la existencia de nidos cancerosos a ese nivel no es de una incidencia despreciable.

La posibilidad de IOI se intensifica si la sección de la uretra se hace a ras de la aponeurosis perineal media ya que en esta conducta involucra la posibilidad de extirpar la porción intrínseca del esfínter uretral que la sobrepasa cefálicamente algunos milímetros.

La mejor exposición del cabo uretral a ese nivel puede ser facilitado: por la maniobra de Gil-Vernet traccionando la plancha perineal con un balón de Foley ubicado en la uretra bulbar, o utilizando un beniqué que ayuda a la ubicación de los puntos de reparo uretral, o con el empleo del "GRIP-TIP" que permite elevar el extremo uretral por medio de un beniqué con garfios manuales desde el exterior (Greenwald - "R").

Prostatectomía y Radiación

En los últimos años muchos más pacientes sometidos a tratamientos con radiaciones sobre el hipogastrio y el perineo, son sometidos posteriormente a una prostatectomía radical.

Otros siguen un protocolo de tratamiento radiante luego de haber padecido la extirpación radical de la próstata. La frecuencia de IOI en estos tratamientos combinados, es de alrededor del 11% (19-20-21-22). Esta posibilidad es mayor si se consideran tipos leves de IOI (Tipos I) ocasión en la que es de alrededor del 50%.

En aquellos ya sometidos a PR que han cursado sin IOI y sometidos posteriormente a radiaciones, cuando ocurre, puede no hacerlo en forma inmediata sino que sucede meses después de haber terminado este tratamiento. Esto se debe a los efectos tardíos de esclerosis y denervación de la uretra.

Tratamiento

Antes de realizar una operación sobre el cuello y/o la próstata, cualquiera sea la vía o técnica empleada, el paciente debe ser informado de las complicaciones que estos métodos conllevan.

La posibilidad de incontinencia le será informada sin necesidad de exacerbar sus valores, y haciendo sólo hincapié de su frecuencia y de su cierta transitoriedad.

Durante el postoperatorio inmediato, más del 80% de

los pacientes tiene imperiosidad e incontinencia de apremio. Estos síntomas se alivian al correr de los días y en la espera de la completa cicatrización de la loge remanente.

Una proporción del 10% de ellos, notan una muy moderada persistencia de la incontinencia de esfuerzo, que continúa luego de atemperarse los síntomas irritativos.

Durante este período, que puede extenderse entre tres a ocho meses, el tratamiento será expectante.

Según el grado de incontinencia, será programada una reconsideración diagnóstica de todas las posibles etiologías que pudieran estar en juego (4). Esta política debe iniciarse antes si los tratamientos médicos propuestos no dan los resultados esperados o el síntoma no remite. Los ejercicios de Kegel, los baños de asientos calientes, u otro tipo de fisioterapia, son medidas no despreciables y deben ser ofrecidas inicialmente.

En el hombre la existencia de inestabilidad del detrusor, da síntomas de incontinencia de apremio, más que incontinencia de esfuerzo. Comprobada la inestabilidad, un plan de medicación anticolinérgica debe iniciarse.

La terapéutica sedativa de la vejiga debe hacerse luego de que ha sido suficientemente comprobada la ausencia de orina residual. Si el residuo es significativo, el cateterismo intermitente será agregado al plan de anticolinérgicos. La estrechez de la uretra, sea de uretra posterior, o de la anterior, pueden dar síntomas de incontinencia. Este tipo de patología, puede desarrollar inestabilidad vesical por obstrucción, o por orina atrapada en la uretra anterior por la obstrucción distal que gotea por el meato por unos segundos luego de una micción normal. En este caso, el enfermo nota la pérdida luego de la micción y no antes de ella como sucede en la verdadera incontinencia de esfuerzo o por imperiosidad.

La obstrucción infravesical debe ser evaluada con una flujometría y en caso de ser patológica, debe documentarse con una uretrocistografía retrógrada y miccional. La existencia de estenosis uretral implica su tratamiento específico inmediato, siguiendo las tácticas apropiadas a cada caso y circunstancia. Aquí también la expectación y el manejo de la estrechez con maniobras de dilatación intraluminal, sea con beniques, catéteres de silastic o balón intrauretral, serán ofrecidos antes de que la propuesta de algún procedimiento quirúrgico.

Comprobada la ausencia de obstrucción y la suficiencia vesical asegurada, la incompetencia uretral puede ser manejada con los ejercicios de Kegel asociados a la medicación alfaestimulante. Esta conducta suele dar un 50 por ciento de buenos resultados en los casos leves.

El uso de prótesis colectoras o compresivas, son medidas paliativas que se ofrecen a la espera de un mejor y menos conflictivo procedimiento.

La aplicación de reservorios colectores, compresores, u otros aditamentos sobre el pene, provocan lesiones sobre la piel y la uretra, no siempre previsibles o controlables.

De la misma manera, los colectores externos en forma de pañales absorbentes o el colector de catéter externo ubicado en la uretra peneana y sostenido por un capuchón

en forma de preservativo, son medidas aceptables pero no inocuas.

La estimulación eléctrica de la musculatura perineal a través de un tapón anal (anal plug) empleado por Sotiroplu y col. en 1976 ha brindado un 40% de buenos resultados (23).

La estimulación transacra con electrodos cutáneos o transcutáneos aplicados en los agujeros sacros SII-SIII, son algunas de las tentativas propuestas por el mismo fin (24-25).

El exacto mecanismo de estos procedimientos no ha sido aún totalmente aclarado, ya que con estas estimulaciones se toma evidente la estimulación de las fibras somáticas estriadas de contracción rápida del perineo, pero no ha sido comprobado aún si lo mismo ocurre con las correspondientes estriadas de contracción lenta, verdaderas responsables de la continencia pasiva.

Tratamientos Quirúrgicos

Hasta la reciente aparición del esfínter artificial AMS 800 no existía un tratamiento quirúrgico lo suficientemente satisfactorio para tratar una IO por incompetencia uretral.

A pesar de este advenimiento existen situaciones en que el implante no es posible y es necesario disponer de otros procedimientos.

Las inyecciones parauretrales

Las inyecciones de Plyteff, iniciadas por V. Politano en 1964 y referidas en experiencia alejada en 1978 dan una expectativa de éxito con este procedimiento del 73% (26).

Kaufman y col., en 1984, obtiene un éxito del 85.1% en 69 pacientes con IOI por RTU, un 79% en los sometidos a ATV y un 48% en los incontinentes por PR (27).

La inyección parauretral de Teflon puede ser inoperante si existe inestabilidad o hiperreflexia del detrusor o por defectos técnicos (escape o escasez de la pasta).

Debe ser considerado que el fracaso de estos procedimientos dejan a la uretra masculina comprometida, en un halo de fibrosis a tener en cuenta en un programa de restitución de la continencia perdida y que pueden interferir si nuevos procedimientos son necesarios.

Otros procedimientos quirúrgicos

En los últimos 30 años un gran número de tácticas quirúrgicas han sido propuestas en la tentativa de tratar exitosamente esta iatrogenia.

Algunos de estos procedimientos han perdido total vigencia y actualmente son reemplazados con éxito por el esfínter AMS 800. Otros han permanecido y respondido a la crítica del tiempo, ofreciéndose como alternativas de reemplazo o supletorias del implante artificial.

La reconstrucción del cuello de la vejiga empleando su cara posterior (Young-Dees-Leadbetter) tiene ciertas limitaciones por la liberación de la pared vesical necesaria en esta operación. Esta liberación es fácil en los niños con

incontinencia congénita, pero no es igual en el adulto ya sometido a operaciones que la han fijado por esclerosis.

La operación de Tanagho, que emplea la cara vesical anterior para la reconstrucción cervical, ha sido propuesta por su autor como un tratamiento quirúrgico de la incontinencia severa por prostatectomía radical, cuando no exista la posibilidad de otro tratamiento más adecuado.

La técnica de Tanagho, en sus manos, ofrece un 83% de buenos resultados (20).

En un caso de lesión combinada de estenosis de cuello vesical e incompetencia del sistema distal de la uretra (por resección accidental), procedimos a la ampliación del cuello vesical mediante una operación en Y-V de la cara vesical anterior.

El pico del ángulo del colgajo vesical, se plegó sobre sí mismo en una extensión de 4 milímetros y se fijó al ángulo inferior de la incisión en plena uretra subpubiana. Este repliegue se mantuvo haciendo prociencia dentro de la luz uretral en una tentativa de trabajar como una obstrucción elástica y capaz de permitir el cateterismo ulterior.

Este paciente evolucionó recuperando completamente su continencia y su micción voluntaria sin orina residual.

Otro paciente sometido a enteroplastia de ampliación por vejiga neurogénica, y portador de una incompetencia severa de la uretra fue realizado un procedimiento similar al anterior empleando el ángulo de intestino usado en la ampliación y llevado, así plegado, a la uretra seccionada longitudinalmente hasta el nivel infrapubiano.

Este paciente evoluciona continente y en plan de cateterismo intermitente seis meses después de esta operación.

El telescopaje uretral

El telescopaje uretral ha sido propuesto por Moulonget en 1965 como el mejor tratamiento quirúrgico para corregir la estenosis postraumática de la uretra membranosa.

Este método fue descripto con anterioridad por Solovov en 1935 (Rusia), quien lo utiliza y emplea para el tratamiento de las estrecheces postraumáticas de la uretra membranosa.

Quince años después, Badenoch, en Inglaterra, presenta en la Sociedad Británica de Cirugía, el método de Moulonget y Badenoch y lo propone para el mismo fin, que sus predecesores (17).

La política de este procedimiento es negociar la incompetencia del sistema esfinteriano distal por una uretra no estenosa y fácilmente compresible, capaz de soportar sin deterioro un plan de cateterismo intermitente.

En nuestra experiencia con este método, nuestra primer idea fue corregir la estenosis de la uretra posterior sin pensar que concomitantemente pudiéramos obtener algún resultado de la continencia deteriorada.

En nuestro plan inicial, figuraba la posibilidad de completar posteriormente el tratamiento, con un sling abdomino perineal, plicaturas musculares perineales u otros procedimientos.

La primera operación realizada por nosotros se hizo en el año 1968, en un enfermo incontinente por RTU de la próstata.

Este primer caso fue seguido de completo éxito, éxito que lo acompañó hasta su muerte por infarto cardíaco ocho años después.

En una primera serie de 8 casos en el período de 1968 a 1970 tuvimos un 25% de óptimos resultados (2/8), y en la misma proporción buenos, regulares y sin cambios.

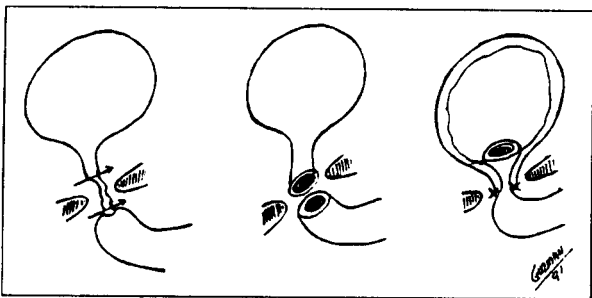
En una segunda serie de 18 pacientes (1970-1981) los resultados óptimos fueron del 61.1% (11/18), 27.7 buenos (5/18), 5.5% regulares (1/18), y 5.5% (1/18) sin cambios.

El 46.15% (12/26) tenían grado III, el 19.23% (5/26) grado II y un 0.38% (1/26) grado I de incontinencia.

El 69.23% (18/26) tenían asociada inestabilidad vesical y el 34% orina residual e infección urinaria.

Ninguno de los pacientes de esta serie tenían obstrucción por lóbulos residuales, estenosis de cuello vesical, cuerpos extraños intravesicales o tumores de la vejiga (17).

La técnica del telescopaje se basa en intusucptar la uretra bulbar dentro de la uretra posterior, luego de que la zona intermedia estenosada ha sido extirpada.



El "telescopaje uretral": la uretra transperineal estenosada, se reseca, lo mismo que el tejido fibroso que la rodea. El cabo proximal se dilata hasta que permita introducir dentro de él, y en forma telescópica, 10 a 15mm de uretra distal rodeada por el cuerpo esponjoso.

La compresión que la uretra posterior ejerce sobre la uretra bulbar rodeada por el colchón elástico del bulbo, es suficiente como para asegurar la continencia. Esta continencia puede no ser efectiva por algún tipo de razón técnica o complicaciones postoperatorias.

También es capaz de ser seguida de obstrucción, sea por fracaso de la anastomosis o por excesiva compresión de la uretra bulbar a ese nivel.

El telescopaje uretral es una operación que puede provocar acortamiento del pene e impotencia.

Es una táctica permisible cuando la incontinencia coexista con estrechez de la uretra membranosa y un implante de esfínter artificial no pueda ser ofrecido (28).

Los Sling

El intento de tratar la incontinencia postoperatoria en el sexo masculino por medio de procedimientos de compresión

de la uretra ha empleado métodos de aplicatura de los músculos perineales sobre la uretra bulbar y el uso de cinchas músculo aponeuróticas o material heterólogo biocompatible para ese fin (Slings).

En 1963 utilizamos un sling de músculo recto interno que ubicamos a nivel de la uretra bulbar rodeándola en forma y con pretensión esfínteriana. El resultado durante los primeros meses fue bueno pero la incontinencia recidivó completamente seis meses después.

Los Sling de fascia lata propuestos por Boere y Ivanovich en 1973 así como la aplicatura por debajo de la uretra bulbar de los músculos isquiocavernosos (Lowsley - 1936), o usando el elevador del ano (Squier 1911) o el esfínter externo del ano (Verges y Flague 1951) y Mathisen en 1970, son algunos de los procedimientos iniciados en forma entusiasta, pero no han emperado resistido la crítica del tiempo (13).

En un caso sometido a esfínterotomía por disineria detrusor-esfínter (por VN) y en el que tuvimos que proceder a una ampliación vesical, completamos esta operación con un sling de fascia del músculo recto anterior del abdomen que se instaló rodeando a la uretra, entre el pico de la próstata y la plancha del diafragma urogenital.

Este paciente está completamente continente y con cateterismo intermitente, sin variantes de éxito, seis meses después de esta operación. La indicación de sling para el tratamiento de la IOI en el hombre debe ser tenida en cuenta cuando otros procedimientos y en especial el implante de un esfínter artificial no puede ser ofrecido o es impracticable.

El sling en la prostatectomía radical con incontinencia puede ser aplicado sobre la uretra bulbar a través de un trayecto labrado desde el área hipogástrica atravesando el espacio retropúbico y haciéndolo progresar a través de la aponeurosis perineal media.

En incompetencia grave del esfínter distal luego de operaciones ampliatorias del cuello vesical, el sling de aponeurosis del recto anterior puede situarse a la altura de la uretra postapical supradiaphragmática.

La compresión con sling sobre la uretra puede provocar erosión y obstrucción infranqueable al cateterismo.

Estos inconvenientes se subsanan satisfactoriamente en forma aleatoria con el control endoscópico hecho durante la maniobra de fijar la tensión de los colgajos correspondientes.

Los esfínteres artificiales

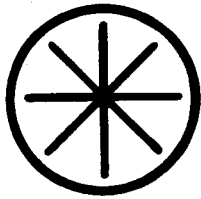
El implante del esfínter artificial AMS 800 es la indicación ideal en el tratamiento de la IOI en el hombre.

Por lo habitual, el esfínter consigue restituir la micción y la continencia, que si bien es asistida, es de tipo voluntario. Estas ventajas son superiores y difícilmente comparables con otros procedimientos.

Sin embargo el implante del esfínter artificial tiene limitaciones y complicaciones que reducen ciertamente su versatilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Bates, C. R.; Bradley, W. E.; Glenn, E.; Melchior, H. R.; Rowland, D.; Sterling, A.; Haldt, T.: First report on the standardization of terminology of urinary tract. International Continence Society. Br. J. Urol. 48:39, 1976 y 49:207, 1977.
2. Jequier, A. M.: Urinary Symptoms in total hysterectomy. Br. J. Urol. 48:437, 1976.
3. Webster, G. D.: The unstable bladder. En Female Incontinence, p. 139. Ed. S. Raz, W. B. Saunders co., 1983.
4. Becher, E. F.; Sidi, A. A.: Evaluating the Incompetent Outlet. in: Problems in Urology, Urinary Incontinence, Ed. Webster, G. D.; Stone, A. R. p. 1, 1990.
5. Blaivas, J. G.; Olson, C. A.: Stress incontinence: Classification and surgical approach. J. Urol. 139:727, 1988.
6. Webster, G. D.; Ramon, J.: Procedure Selection in the management of Stress Urinary Incontinence. En Problems in Urology, p. 37. Ed. Webster, G. D., Stone, A. R., 1990.
7. Sachse, H.: Sclerosis therapy in urinary incontinence indications, results and complications. Urol. Int. 15: 225, 1963. N: 4.
8. Politano, V.: Periurethral Teflon injection for urinary incontinence. J. Urol. 107:402, 1972.
9. Lockhart, J. L.: Periurethral politef presentation at the Urodynamic Society A.U.A. 81th Meeting. Mayo, 1986.
10. Mc Guire, E. J.; Wang, S. C.; Arbor, A.; Appell, R. A.; Webster, G. D.; De Rideer, P. A.; Bennett, A. H.: Treatment of urethral incontinence by collagen injection. One year follow-up. 85th Annual Meeting A.U.A. Mayo 1990.
11. Rodríguez Palma, P.; Rodríguez Netto, N. Jr.; Ikari, O.; D'Anconna, C. A.; L.D.: Paraurethral Autologous Subcutaneous Fatty Tissue Injection for female Urinary Stress Incontinence. 85th Annual Meeting A.U.A., Mayo 1990. J. Urol. V. 147 N° 4.
12. Hadley, R.: Use of the sling for management of intractable female Stress Urinary Incontinence. En Problems in Urology. Ed. Webster, G. D.; Stone, A. R., p. 67, 1990.
13. Aldridge, A.: Transplantation of fascia for relief or urinary stress incontinence. Am. J. Obstet. Ginecol.: 44: 398, 1942.
14. Mc Guire, E. J.; Bennett, C. J.; Konna, K.; Sonda, I. P.; Savastano, J. A.: Experience with pubo vaginal sling for urinary incontinence at the University of Michigan. J. Urol. 138:525, 1987.
15. Raz, S.; Sieguel, A.; Short, J.; Synder, J.: Vaginal wall sling. J. Urol., 141:43, 1989.
16. Raz, S.: Pathophysiology of male incontinence. Urol. Clin. North Am. Vol. 5, p. 265, 1978.
17. Guzman, J. M.: Tratamiento Quirúrgico de la incontinencia de orina postoperatoria en el hombre. Actas del XIX Congreso Colombiano de Urología y XVII Congreso de la C.A.U. Cartagena, Colombia. Oct. p. 73, 1983.
18. Collapinto, V.; Mc Callum, R. W.: Continence after repair of membranous urethral stricture in prostatectomized patients: J. Urol. 115:1392, 1976.
19. Turner-Warnick, T.: The sphincter mechanism of the male and prevention of postprostatectomy incontinence. En Practical Aspects of Urinary Incontinence. Ed. F.M.J. de Bruyne, Van Kerrebroeck, E.: Netherlands, Martinus Nijhoff. 230, 1986.
20. Tanagho, E.: Post prostatectomy Incontinence: Urol. Clin. North Am. 5 (2) 242.
21. Staskin, D. S.; Vardi, Y.; Siroky, M. B.: Postprostatectomy continence in Parkinsonian patients: the significance of poor voluntary control. J. Urol. 140:117, 1988.
22. Steiner, M. S.; Morton, R. A.; Walsh, P. C.: Impact of anatomical radical prostatectomy on urinary continence. J. Urol., 145:512, 1991.
23. Sotiropoulos, A.; Yeaw, S.; Lattimer, J. K.: Management of urinary incontinence with electronic stimulation: Observations and results. J. Urol. 116:747, 1976.
24. Krauss, D. J.; Lilien, O. M.: Transcutaneous electrical nerve stimulator for stress incontinence. J. Urol. 125:790, 1981.
25. Schmidt, R. H.; Kogan, B. A.; Tanagho, E. A.: Neuroprosthesis in the management of incontinence in Myelomeningocele patients: J. Urol. 143:779, 1990.
26. Politano, V.: Periurethral injection for urinary incontinence. Urol. Clin. North Am. Vol. 5, p. 415, 1978.
27. Kaufman, M.; Lockhart, J. L.; Silverstein, M. J.; Politano, V. A.: Transurethral polytetrafluoroethylene injection for post-prostatectomy urinary incontinence.
28. Guzman, J. M.: Técnica del telescopaje uretral en el tratamiento de la incontinencia masculina postoperatoria. Actas del XIX Congreso Colombiano de Urología y XVII Congreso de la C.A.U. Cartagena, Colombia. Octubre. P.119, 1983.



Clínica del Sol

DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

Litotricia extracorpórea por ondas de choque
para el tratamiento de la Litiasis renal y ureteral

Más de 2000 casos avalan nuestra experiencia

COORDINADOR: DR. LEOPOLDO P. REPETTO

Coronel Díaz 2277 - TE: 824-5224/5531 • 84-0746

NOTICIAS DE LA S.A.U.

CURSO AVANCES EN UROLOGIA

La Sociedad Argentina de Urología realizará el tradicional curso de Avances, en el Hotel Libertador de Buenos Aires, el 23, 24 y 25 de abril del próximo año.

En esta oportunidad se realiza en homenaje a la Urología francesa, cuya escuela tuvo y tiene tanta influencia entre nosotros. Serán sus autoridades organizativas, en carácter de directores, los doctores Alberto Muzio y Elvio Soldano, secretarios científicos los doctores Isidoro Davidson y Hugo Signori, actuando como coordinadores los doctores Roberto Barisio, León Bernstein Hahn, Miguel Costa y Miguel Podestá.

INVITADOS EXTRANJEROS:

Dr. Jean Marie Brisset (Centre Medico-Chirurgical de la Porte de Choisy, Paris)
Prof. Laurent Boccon Gibod (Clinique Urologique de L'Hospital Bichat, Paris)
Prof. Bernard Lobel (C. H. et Universitaire de Rennes Pontchaillac, Reunes Cedrex)
Dra. Liliane Boccon Gibod (Hospital Trousseau)

TEMARIO:

Mesas Redondas:

- 1) Reemplazos y ampliaciones vesicales.
- 2) Infecciones urinarias en el adenoma de la próstata, en la cirugía del adenoma y su profilaxis.
- 3) Traumatismos renales.
- 4) Mesa pediátrica.

Conferencias:

- 1) ¿Hacia dónde se dirige la endourología?
- 2) Cirugía de la incontinencia de orina por vía vaginal.
- 3) Tratamiento endoscópico de los traumatismos uretrales.
- 4) Prostatectomía radical.
- 5) Derivaciones urinarias internas al colon.
- 6) Hematuria microscópica.

ARANCELES:

Socios de la S.A.U.	u\$s	100
No Socios de la S.A.U.	u\$s	130
Médicos residentes o con menos de 5 años de recibidos	u\$s	60

ENTREGA DE DOCUMENTACION:

23 de abril de 1992 a las 8 horas.

COMIENZO DEL CURSO:

23 de abril de 1992, a las 9 horas.

ACTO INAUGURAL:

23 de abril de 1991, a las 20.30 horas.

ACTO DE CLAUSURA:

25 de abril de 1992 a las 12.30 horas.

Secretaría:

Combate de los Pozos 246 - 1º "5" - Buenos Aires, República Argentina (1080) - Teléfono: 40-9933 - Fax: 45-4976

CONDICIONES PARA OPTAR A LA CATEGORIA DE MIEMBRO TITULAR DE LA S.A.U.

Ser Miembro Adherente de la Sociedad Argentina de Urología con una antigüedad no menor de cinco años.

Acreditar una asistencia mínima a cuatro sesiones científicas en el año o 20 en los últimos 5 años.

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

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

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

CONGRESO CONJUNTO DE LA CONFEDERACION AMERICANA Y LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE UROLOGIA

Del 4 al 9 de septiembre de 1992 se realizará el mencionado evento en Madrid, España, siendo los temas oficiales los siguientes:

Por la C.A.U.:

1. Quimioterapia e Inmunoterapia
2. Uroginecología
3. Disfunción sexual masculina

Por la Asociación Española de Urología:

1. Estudio de los posibles efectos adversos de las ondas de choque
2. Complicaciones quirúrgicas del trasplante renal
3. Cistitis intersticial
4. Actitud entre el trombo tumoral en cava en el cáncer urológico

La inscripción de los trabajos, videos, películas y participación en los diversos concursos deberán ser dirigidos a:

Dr. Remigio Vela Navarrete - Piedralaves 2 CP 28035, Madrid, España.

En hoja adjunta se detallan las cuotas de inscripción.

Se encuentra abierta la inscripción de postulantes urólogos menores de 35 años, en la Secretaría de la Sociedad Argentina de Urología, para optar a becas para solventar pasajes y estadías durante este congreso.

INSCRIPCIONES

Los interesados podrán fotocopiar y remitir la siguiente planilla de inscripción para el Congreso Conjunto de Urología Madrid '92:

NOMBRE:

APELLIDOS:

DIRECCION:

.....

CP/LOCALIDAD:

PROVINCIA:

PAIS: TELEFONO:

ACOMPAÑANTES:

CUOTAS DE INSCRIPCION (Por favor, señale la/s cuota/s cuota/s aplicada/s con X)

	Antes del 20 de Mayo 92	Antes del 30 de Junio 92	Durante el Congreso
Miembros de la CAU, SLAUI y AEU	25.000	30.000	35.000
NO Miembros	30.000	35.000	40.000

* La inscripción cubre todos los compromisos científicos, Diploma de Asistencia, almuerzos de trabajos, las actas y el acto social (Verbena madrileña y recepción de bienvenida).

FORMA DE PAGO

Debe hacer el efectivo en PESETAS.

Enviar cheque nominal conformado al:

Congreso Conjunto de Urología Madrid '92
Banco Popular Español
Agencia Urbana, 46, oficina 475
Domicilio: Avda. Reyes Católicos, 2
28040 Madrid
Nº cuenta 60/52129-71

CANCELACIONES

Todas las cancelaciones recibidas por la Secretaría antes del 30 de junio de 1992 darán derecho al reembolso, después del Congreso, del total del importe pagado (menos 4.000 Pts. en concepto de gastos de gestión).

BECARIOS EN EL EXTERIOR

Se encuentran en el exterior los siguientes colegas argentinos becados en los servicios de urología:

Dr. Enrique Turina: Centre Médico Chirurgicale de la Porte de Choisy, Paris.

Dr. E. Vallati: St. James University, Leeds, volverá a fin de 1991.

Dr. H. Ballarino: Partirá en diciembre 1991 hacia Leeds por un año.

NUEVO NUMERO DE FAX DE LA S.A.U.

A partir del 14 de diciembre de 1991 nuestro número de fax será el 476-4976.

BECAS OFRECIDAS A TRAVES DE LA CONFEDERACION AMERICANA DE UROLOGIA

1. Hospital Bichat, París, Francia. Jefe: Prof. L. Boccon Gibod. 1 año de duración. Conocimientos de francés. A partir de 1993.
2. Universidad de Rennes, Francia. Jefe: Prof. Bernard Lobel. 1 año de duración. Conocimientos de francés. A partir de 1993.
3. Centre Medico-Chirurgicale de la Porte de Choisy, Paris. Jefe: Dr. Jean Marie Brisset. Duración de 3 a 6 meses. Conocimientos de francés.
4. St. James University, Leeds, Inglaterra. Jefe: Dr. Philip Smith. Duración 1 año. Conocimientos de inglés. A partir de 1993.
5. Vanderbilt University, Nashville, Tennessee, U.S.A. Jefe: Prof. Joseph Smith. Temas: oncología, laser, urolitiasis. Conocimientos de inglés. A partir de 1992.
6. Japanese Foundation for Research & Promotion of Endoscopy. Duración 4 semanas. Idioma inglés. Tema: Endourología. A partir de 1992.
7. Universidad de Nijmegen, Holanda. Jefe: Prof. Franz Debruyne. Duración 1 año. Conocimientos de inglés. A partir de 1992.
8. Universidad libre de Bruselas. Hospital Erasme, Bélgica. Prof. Dr. Claude Shulman. Períodos de 6 meses. Conocimientos de francés.
9. Universidad de Strasbourg, Francia. Jefe: Dr. Claude Bollack. 1 año de duración. Conocimientos de francés.

Para su inscripción enviar los siguientes datos:

- a) Curriculum Vitae del candidato por triplicado.
- b) Carta de presentación del Jefe de Servicio donde trabaja actualmente.
- c) Carta de presentación del representante de la C.A.U. en su país de origen.
- d) Carta personal en el idioma del país que requiere, donde el candidato se presenta como ser humano integral, con sus intereses dentro y fuera de la Urología, hobbies, vida familiar, planes para el futuro, etc.
- e) Prueba de conocimientos de idioma (TOEFL, Aliance Française).
- f) Edad máxima: 40 años, excepto en becas 3 y 6.
- g) Los trámites llevan tiempo, por lo que se requiere empezar con 2 años de antelación.

Los interesados podrán recabar más información al Dr. León Bernstein Hahn, vicepresidente primero C.A.U., Casilla de Correo 188, Sucursal 26 (1626) Buenos Aires, Argentina.

CURSO INTERNACIONAL TEORICO-PRACTICO

La Fundación Urológica Córdoba para la Docencia e Investigación Médica (FUCDIM) invita a participar del 3er Curso Internacional Teórico-Práctico conjuntamente realizado con el 2do Curso de Actualizaciones Urológicas de la Sociedad de Urología de Córdoba.

Dichos acontecimientos científicos se realizarán del 4 al 7 de julio de 1992 y cuentan con el auspicio de la Sociedad Argentina de Urología, a través de su Subcomité de Endourología.

El temario a desarrollar en el Curso Internacional se referirá a la Urología Minimamente Invasiva, con demostraciones en directo, conferencias y videos sobre:

- Tratamiento de tumores con ondas de choque extracorpóreas.
- Tratamiento de tumores de próstata con laser.
- Implantación de esfínteres artificiales.
- Diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil.
- Endourología: nefrolitotricia percutánea, ureterorenoscopia, nefrostomías y colocación de catéteres doble jota.

Los temas centrales del Curso de Actualizaciones serán: linfadenectomía en tumores de testículo, cáncer de próstata y otros a confirmar.

Contará con la presencia de invitados nacionales y extranjeros de relevancia en los temas a tratar. Además se planea actividades sociales y deportivas (paddle, tenis, cabalgatas). Serán directores del curso los doctores Raúl A. Olmedo, Pedro Minuzzi y Rubén Bengio.

Informes:

FUCDIM: Concepción Arenal 930 - Córdoba (5000) - Tel.: (051) 690647 / 605279 - Fax: (051) 690647

CORREO DE LECTORES

Sr. Director:

En primer lugar, debo felicitarlo a Ud. y a todo aquel que trabaja para la confección de la nueva revista, ya que ella contiene muy buenos artículos y es una fuente constante de actualización. Pero debo objetarle el atraso con que se remite a los asociados. Ya el número 2 del mes de agosto ha llegado en octubre. Y la información sobre cursos o jornadas es atrasada, en algunos casos y no se puede aprovechar de concurrir a los mismos

En otro orden de cosas sugiero a nuestra Comisión Directiva el minimizar (en lo posible) las condiciones para acceder a ser Miembro Titular a los adherentes, ya que las actuales son difíciles de cumplimentar por los colegas del interior.

Atte.

Doctor Miguel A. Garces - Socio 5336, Tandil - Buenos Aires