

Hemorragia retroperitoneal espontánea. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Dres.: REBAUDI, D. S.; FURATTINI, M. C.; KLIMOVSKY, S. R.; PRESAS, J. L.; SPEISER, E.

RESUMEN: Se presenta el caso de una mujer de 42 años, que en pleno desarrollo de una vasculitis sistémica, agrega una hemorragia retroperitoneal espontánea. Se clasifica la entidad como una Panarteritis Nodosa, y recibe tratamiento conservador con corticoides y ciclofosfamida en bolos, presentando una muy buena evolución, sin requerir una conducta quirúrgica agresiva. Se revisa bibliografía, encontrándose menos de 50 casos de hemorragia retroperitoneal espontánea secundaria por Panarteritis Nodosa.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 129, 1992)

Palabras Clave: Hemorragia retroperitoneal espontánea

INTRODUCCION

La hemorragia retroperitoneal espontánea (HRE), si bien es una entidad de rara presentación, ya que fue descrita en el 1700 por Bonet (18), y posteriormente clasificada y extensamente estudiada por Wunderlich en 1856. (23)

Clínicamente suele presentarse con dolor en flanco e hemiabdomen superior de instalación aguda o subaguda, aunque puede simular apendicitis (10), o una colecistitis aguda. (12).

Las causas de esta entidad han modificado su incidencia desde los primeros reportes hasta la actualidad, siendo las neoplasias renales el factor etiológico más frecuentemente involucrado. Así, el adenocarcinoma renal es el causante del 33 al 50 por ciento de las HRE (11, 14), y el angiomiolipoma renal causa del 20 al 33 por ciento de las mismas. (4, 11, 14)

Las causas vasculares (aneurisma de la arteria renal), malformaciones arteriovenosas y trombosas de la arteria renal también se encuentran con mayor frecuencia (18 al 29 por ciento) (4, 11, 18) a diferencia de las causas inflamatorias (nefritis, tuberculosis) (18), que han disminuido su incidencia.

En un pequeño porcentaje de pacientes no se llega al diagnóstico etiológico, definiéndose estos casos como HRE ideopática (6, 8, 18), si bien el trauma subclínico puede jugar un rol importante en este grupo.

Presentación del caso:

Mujer de 42 años que es internada en Enero de 1992 por poliartrosis de grandes y pequeñas articulaciones, rigidez matinal de un año de evolución; agregando recientemente mancha en stepaje derecha y pérdida de peso.

Se constata clínica compatible con mononeurotis múltiple (confirmada por electromiograma como de tipo axonal y severo, con afectación predominante en el territorio del peroneo lateral derecho.

Se obtuvieron los siguientes resultados de laboratorio: Eritrosedimentación: 133, Factor Reumatoideo (Latex): 1/60, Hematocrito: 30% (tipificada como anemia de los trastornos crónicos), PCR: +++, C3: 175 mg/%, C4: 5 mg/%, FAN y anti ADN: negativos, siendo el resto de los exámenes normales.

La radiología de manos mostró lesiones erosivas subperiosteales en falanges de ambas manos.

Se la trató con Prednisona 0,8 mg/kg/día, Indometacina 150 mg/día y Sulfasalazina 2 gr/día, consiguiéndose la resolución de la sintomatología articular, indicándose el alta.

Se reinterna en Marzo de 1992 (sin manifestaciones articulares) por progresión de su cuadro neurológico, presentando stepaje bilateral y parestesias en miembro superior derecho, que evoluciona con compromiso del nervio mediano derecho y posteriormente del cubital izquierdo. Asocia mialgias, hipertensión arterial de reciente comienzo (que logra controlarse con Enalapril 5 mg/día), hipotrofia muscular generalizada, pérdida de peso marcada y livedo reticularis en miembros inferiores.

El laboratorio mostró: Eritrosedimentación: 70, Leucocitosis con neutrofilia, C3: 130 mg/%, C4: 13 mg/%, Factor Reumatoideo (Latex): 1/870, Enzimas Musculares: normales. Se suspende la Sulfasalazina y comienza tratamiento con Ciclofosfamida 50 mg/día por vía oral.

En el decimoprimer día de internación presenta dolor sordo de hemiabdomen derecho, con máxima intensidad en flanco, sin reacción peritoneal; constatándose caída del Hematocrito a 25%, sin asociar signos de hemólisis.

Una ecografía abdominal mostró una colección perirrenal derecha, compatible con hematoma perirrenal.

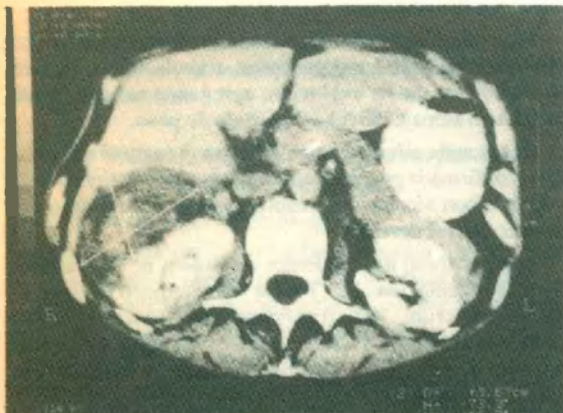
En este momento se nos consulta (Servicio de Urología): encontrando una enferma con mal estado general, pálida, hipotensa disnéica, taquicárdica y con dolor espontáneo en región lumbar irradiado a región inguinal.

Se palpa tumoración dolorosa en el flanco derecho, excursiona poco con los movimientos respiratorios, tiene contacto lumbar, pelotea; y el resto del abdomen es blando, depresible, indoloro y ligeramente distendido.

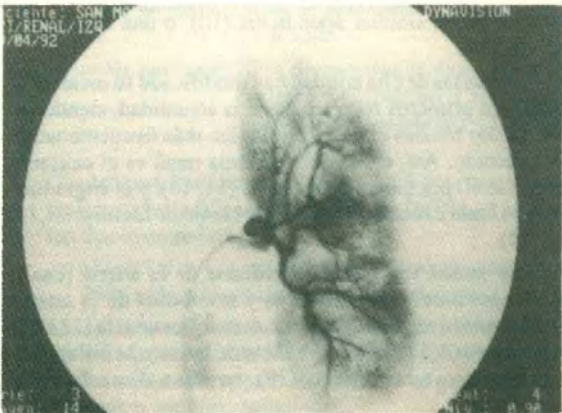
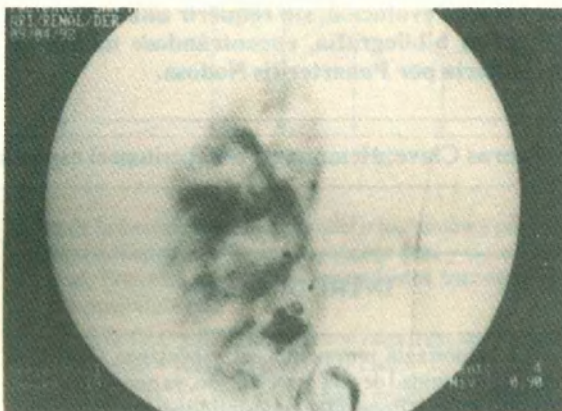
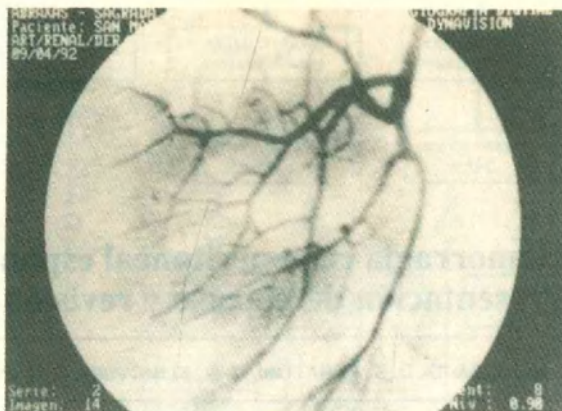
No hay ruidos hidroaéreos. Se hace el diagnóstico clínico probable de Síndrome de Wunderlich.

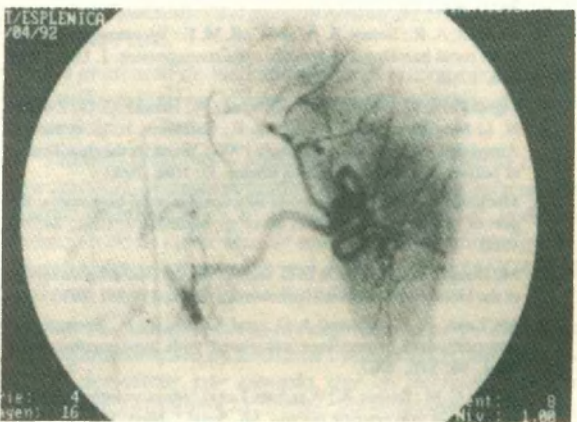
Dado que la enferma se mantiene estable se aconseja continuar con la sistemática de estudio.

La TC abdominal confirma el diagnóstico de hemorragia perirrenal sin otra patología agregada. (Figura 1)



Como los parámetros se mantenían estables se realiza una angiografía digital abdominal que muestra malformaciones microaneurismáticas en ambas riñones (sin visualizarse escape de contraste), hígado, bazo e intestino. (Figuras 2, 3, 4, 5, 6)





En la biopsia del músculo gemelo derecho se encontró hiperplasia de núcleos del sarcolema e infiltrado linfoplasmohistiocitario peri-arterial, con leve homogeneización de la pared vascular, concluyéndose el estudio como: hipotrofia muscular y vasculitis (inmunofluorescencia negativa).

La serología para virus de la hepatitis B y las crioglobulinas resultan negativas. Recibe tratamiento con bolos de Metilprednisolona (500 mg/día, en 3 días consecutivos) y Ciclofosfamida (1 gr en dosis única).

Después de 2 meses de seguimiento no repitió sintomatología adjudicable a su HRE, reduciéndose el tamaño ecográfico de la misma, apareciendo signos de organificación y recuperando gradualmente las cifras de eritrocitos.

DISCUSION

Durante la primera internación se interpretó a la paciente como portadora de una artritis reumatoidea (AR), ya que

contaba con 6 de los criterios que la American Rheumatism Association (2) (rigidez matinal, artritis de más de 3 articulaciones, artritis de manos, artritis simétrica, factor reumatoideo positivo y cambios erosivos en la radiología de manos), y específicamente, que cursaba una vasculitis reumatoidea (la cual se define por la presencia de una o más de las siguientes situaciones: mononeuritis múltiple, vasculitis visceral o lesiones isquémicas en piel (22).

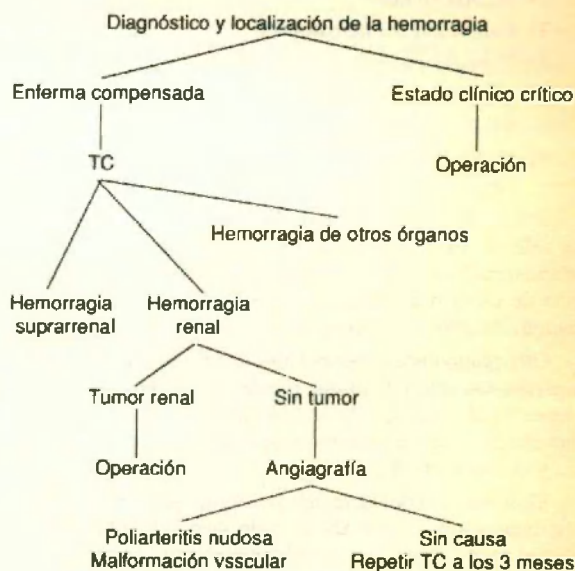
Ante este cuadro se instaló terapia de base para su AR más corticoterapia por su vasculitis, con buena evolución inicial.

Durante su segunda internación, la paciente progresa clínica y electromiográficamente su mononeuritis múltiple, deteriora su estado general y complica su evolución con una HRE, la cual se instala clínicamente en forma aguda, asociando caída del hematocrito, pero no —como cabría esperar— elevación de la LDH (ambos datos analíticos han sido considerados como los de más frecuente observación en esta entidad). (14)

Ante esta patología, la ecografía renal debe ser el primer examen a realizarse, ya que es un procedimiento no invasivo que puede descartar determinadas situaciones asociadas como: dilatación aneurismática de la aorta, tumor renal o adrenal, y localizar la hemorragia, si bien, no puede no certificar el diagnóstico, como ocurrió con nuestra paciente. (17)

La TAC es el método complementario más efectivo, ya que suele diagnosticar esta entidad en un elevado porcentaje de casos (14) y, por otro lado, determina la presencia de patología asociada entre un 67 y un 72 por ciento. (3, 14)

ECOGRAFIA



BIBLIOGRAFIA

La ausencia de imágenes tomográficas patológicas que justificasen la HRE en esta paciente, portadora de una vasculitis sistémica, impuso la realización de una angiografía abdominal, cuyo resultado sería patognómico de Panarteritis Nodosa (PAN). (1, 16)

En 1990 The American College of Rheumatology estableció diez criterios para el diagnóstico de la PAN (9), requiriéndose por lo menos de 3 criterios para confirmar esta entidad con una sensibilidad del 82% y una especificidad del 87%.

Nuestra paciente contaba con 6 criterios (pérdida de peso mayor de 4 kg, livedo reticulares, mialgias, mononeuritis múltiple, hipertensión arterial y microaneurismas en la angiografía), no presentando los restantes 4 criterios (disfunción renal, serología positiva par virus de la hepatitis B, biopsia que demuestre vasculitis con infiltrado predominante polimorfonuclear y dolor testicular).

Por lo tanto, se redefinió a la paciente como portadora de una PAN.

El sangrado perirrenal en la PAN es inusual. Desde que Schmidt lo descubrió por primera vez en 1908 existen en la literatura menos de 50 casos de esta eventualidad (13, 17), siendo en genera aconsejado el manejo conservador (17), reservándose la conducta quirúrgica para los pacientes con descompensación hemodinámica. (14)

Si el aneurisma hubiera sido solo de la arteria renal derecha se planteaba la necesidad de una corrección quirúrgica de éste.

Una de las situaciones de urgencia por la que es requerida la presencia del urólogo es la decisión sobre la exploración inmediata ante la hemorragia retroperitoneal.

Ante esta situación se debe valorizar:

- 1) Estado general del paciente.
- 2) Signos vitales.
- 3) Evolución del hematocrito.
- 4) Tamaño y evolución del hematoma.
- 5) Medición computarizada del hematoma. (The Journal of Urology, Vol. 147, april 1992, pag. 954.
- 6) Y sobre todo NO precipitarse en la indicación quirúrgica.

El uso de embolización arterial selectiva con Gelfoam ha sido en un solo caso de HRE secundaria a PAN, con buenos resultados (20), y dada la elevada mortalidad quirúrgica de estos pacientes, es un procedimiento a tener en cuenta, cuando pueda detectarse el aneurisma sangrante.

Otro punto importante del tratamiento es el control de la hipertensión arterial, ya que puede promover la ruptura o empeorar el sangrado de un aneurisma (13), siendo otros factores de riesgo para dicha complicación la trombocitopenia y el embarazo. (21)

El pronóstico del sangrado perirrenal por ruptura de un microaneurisma en la PAN, es malo, siendo la sobrevida de sólo el 50%, si bien es posible que el uso combinado de ciclofosfamida y corticoides, como se indicó en este caso, pueda mejorar esta casuística. (7)

1. Albert, D. A.; Rimon, D.; Silversyein, M. D.: The diagnosis of polyarteritis nodosa: A literature based decision analysis approach. *Arthritis Reum.*, 31:1117, 1988.
2. Arnett, F. C.; Edworthy, S. M.; Bloch, D. A.; et al: The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 31:315, 1988.
3. Belville, J. S.; Morgentaler, A.; Loughlin, K. R. and Tumen, S. S.: Spontaneous perinephritic and subcapsular renal hemorrhage: evaluation with CT, US and angiography. *Radiology.* 172:733, 1980.
4. Cinman, A. C.; Farrer, J. and Kaufman, J. J.: Spontaneous perinephric hemorrhage in a 65 year-old man. *J. Urol.* 133:929, 1985.
5. Chang, S. Y.; Ma, C. F. and EE, S. K.: Spontaneous retroperitoneal hemorrhage from Kidney causes. *Eur. Urol.*, 15:281, 1988.
6. Drago, J. R.; York, J. P.; Dagen, J. E. and Rohner, T. J. (jr): Spontaneous retroperitoneal hemorrhage secondary to a renal cause. *J. Surg. Oncol.*, 31:31, 1986.
7. Fauci, A. S.; Katz, P., Haynes, B. F.; Wolf, S. M.: Cyclophosphamide therapy of severe systemic necrotizing vasculitis. *N. Engl. J. Med.*, 301:235, 1979.
8. Kendall, A. R.; Senay, B. A. and Coll, M. E.: Spontaneous subcapsular renal hamatoma diagnosis and management. *J. Urol.*, 139: 246, 1988.
9. Lightfoot, R. W.; Michel, B. A.; Bloch, D. A.; Hunder, G. G.; Zvaifler, N. J.; Mc Shane, D. J.; Arend, W. P.; Calabrese, L. H. et al.: The American College of Rheumatology 1990, Criteria for the classification of polyarteritis nodosa. *Arthritis Rheum* 33: 1088, 1990.
10. Mackenzie, A. R.: Spontaneous subcapsular renal hematoma: Report of case misdiagnosed as acute appendicitis. *J. Urol.*, 84:243, 1960.
11. Mc Dougal, W. S.; Kursch, E. D. and Persky, L.: Spontaneous rupture of the kidney with perirenal hamatoma. *J. Urol.*, 114:181, 1975
12. Mc Lean, P. A.; Wilson, J. D.; and Kelalis, P. P.: Spontaneous retroperitoneal hemorrhage associated with hypernephroma. *J. Urol.*, 98: 576, 1967.
13. Miller, C. M.; Reiber, R.; Waxman, J. et al.: Massive intraabdominal bleeding in polyarteritis nodosa. *Mt. Sinai J. Med.* 54:512, 1987.
14. Morgentaler, A.; Belviller, J. S.: Rational approach to evaluation and management of spontaneous perirenal hemorrhage. 170:121, 1990. Tume, S. S. Richie, J. P. and Loughlin, K. R.
15. Mouded, I. M.; Tolia, B. M.; Bernie, J. E. and Newman, H. R.: Symptomatic renal angiomylipoma: report of 8 cases, 2 with spontaneous rupture. *J. Urol.*, 119:684, 1978.
16. Ostrum, B. J. and Soder, P. D.: Periarteritis nodosa complicated by spontaneous perinephric hamatoma: roentgenographic findings in three cases and a review of the literature. *A. J. R.*, 84:849, 1960.
17. Pote, D. and Caine, M.: Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. *J. Urol.*, 147:311, 1992.
18. Polkey, H. J. and Vynalek, W. J.: Spontaneous non traumatic perirenal and renal hamatomas. An experimental and clinical study. *Arch. Surg.*, 16:196, 1933.
19. Skinner, D. G.; Colvin, R. B. and Vermillion, C. D.: Diagnosis and management of renal cell carcinoma: a clinical and pathologic study of 309 cases. *Cancer*, 18:1165, 1971.
20. Smith, D. L. and Wernick, R.: Spontaneous rupture os a renal artery aneurysm un polyarteritis nodosa: critical review of the literature and report of a case: *J. Med.*, 87:464, 1989.
21. Tasdemir, I.; Turgan, C.; Emri, S. et al.: Spontaneous perirenal hematoma secondary to polyarteritis nodosa. *Br. J. Urol.* 62:219, 1988.
22. Vollertsen, R. S. and Conn, D. L.: Vasculitis associated with Rheumatoid Arthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 16:445, 1990.
23. Wunderlich, K. R. A.: *Handbuch der Pathologie und Therapie*, 2nd. ed. Stuttgart: Ebner & Seubert, 1856.

COMENTARIO

Me congratula que los autores, con la presentación de un caso de Medicina Interna, nos permitan a los urólogos acceder a la discusión del tratamiento de las hemorragias espontáneas en el retroperitoneo.

Coincido plenamente con lo expuesto por los doctores Rebaudi, Furattini, Klimovsky, Presas y Speiser referente a que la "hemorragia retroperitoneal espontánea" (HRE) es una inusual complicación en la evolución de la "Poliarteritis Nodosa" (PAN).

También que, dentro de las causas sistémicas (alrededor del 12%) de las HRE, las más frecuentes son las causadas por las denominadas "vasculitides", dentro de cuyo grupo se incluye la PAN; destacándose que sólo hay cerca de 50 casos mencionados en la literatura.

En lo que no coincido totalmente con los autores es en definir a la pacientes del presente trabajo con especificidad como una PAN.

La presencia de microaneurismas viscerales en la angiografía abdominal, solamente, no alcanza para definir el diagnóstico.

Faltan —creo yo— otros elementos específicos como, por ejemplo, la demostración en la biopsia de músculo de complejos inmuno reactivos en la pared arterial; la determinación de la existencia de anticuerpos antifosfolípidos, de anticuerpos anticitosplasma de neutrofilos (ANCA) y el antígeno australiano de la hepatitis B.

Las vasculitides, como las definen Cupps y Fauci, son un conjunto confuso de síndromes y patologías contrapuestas. El demostrar, por ejemplo, que los microaneurismas comprometen también la circulación pulmonar asociada a eosinofilia, más todo lo de la PAN, nos certifica una enfermedad de Churg-Strauss. Si tomamos un poco de la PAN y otro poco de la Straus, tenemos un "síndrome de superposición".

El grupo de las vasculitis por hipersensibilidad se confundió, en un principio, con la PAN como la Púrpura de Henoch. La granulomatosis de Wegener se caracteriza también por una vasculitis necrotizante de las vías aéreas superiores e inferiores con grados variables de compromiso renal; y así sucesivamente.

Por otro lado, no se mencionan en la paciente estudios del coagulograma o del Factor VIII, dejando entonces la duda sobre un importante sector que es la segunda causa sistémica de HRE, como son los trastornos de la coagulación y las discrasias sanguíneas.

Conuerdo con el algoritmo diagnóstico para la evaluación de la HRE desarrollado en base a la utilización sucesiva de la ecografía, la tomografía computada y la angiografía, cuando las condiciones del paciente lo permiten.

Tenemos también que estar de acuerdo en que el caso en cuestión no se trataba de una hemorragia severa, sí de una forma moderada. Sólo de esta manera comprenderíamos la decisión del tratamiento médico.

Estimo que el tratamiento denominado "en bolos" de metilprednisolona (500 mg por día, durante 3 días) es bajo, en general se recomienda utilizar bolos de 1 gr/día durante 3 días consecutivos.

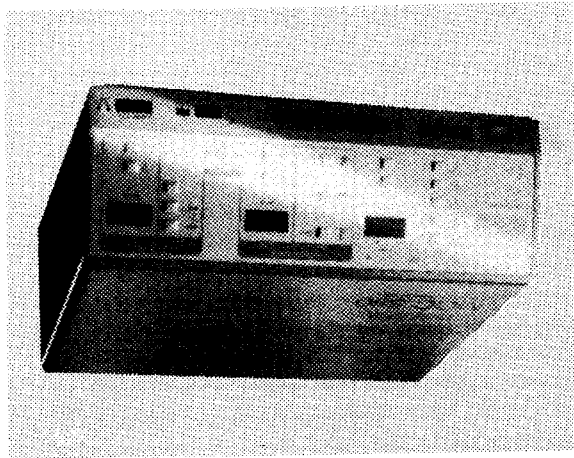
Referente al tratamiento con inmunosupresores en la vasculitis, diversos autores coinciden en decir que la ciclosporina parece ofrecer mejores resultados que la ciclofosfamida.

Para finalizar, rescato una frase del trabajo de Pode y Caine, citado por los autores: "Fuera de la dilatación aneurismática de la aorta las posibles causas de la HRE caen en el campo de los urólogos. Estas relativamente raras condiciones están asociadas con una significativa morbi-mortalidad, a menos que sean diagnosticados y tratados apropiadamente".

Dr. Norberto Fredotovich.

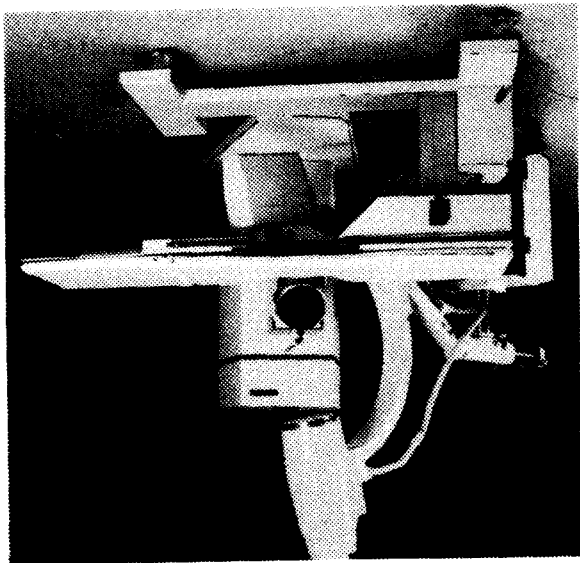
Representante exclusivo de
RICHARD WOLF ALEMANIA
 Endoscopia Urológica - Endourología - Sistemas de Video endoscopia

Presenta sus últimas novedades para el médico urólogo



ERBOTOM MCC-350

- Microprocesador automático.
- Potencia de corte y coagulación automática.
- Auto-regulación.
- 53 programas de service incorporados.



MEDISTONE 300

- Apto para cálculos vesicales-renales ureterales y biliares.
- Seguimiento por ARCO C o ultrasonido.
- Muy bajo costo y alto rendimiento.

NOTICIAS DE LA S.A.U.

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.

BIBLIOTECA

En la sede de la Sociedad Argentina de Urología funciona la Biblioteca de la Sociedad, con libros y revistas de la especialidad, que pueden ser consultados en el salón de lectura, de lunes a viernes de 14 a 20 horas.

Suscripciones que se encuentran a disposición de los lectores:

The Journal of Urology
Urology
Urologics Clinics of North America
British Journal of Urology
Scandinavian Journal of Urology and Nephrology
Encyclopedie Médico-Chirurgicale
Andrología
Journal D'Urologie
Progrés en Urologie
Journal Brasileiro de Urología

CONGRESO BRASILEIRO DE UROLOGIA

El XXIV Congreso Brasileiro de Urología se realizará entre los días 3 al 7 de octubre de 1993, en el Hotel Transamérica de la ciudad de San Pablo, actuando como presidente el Dr. Nelson Rodriguez Netto (Jr.), contando entre los invitados especiales con los doctores Frans M. J. Debruyne (Holanda), Ralph, V. Clayman (U.S.A.), Michael Maberger (Austria), Ricardo Gonzales (U.S.A.) y John M. Fitzpatric (Irlanda). Informes: WTE - Gerenciamento de Eventos Ltda. Av. Brig. Luiz Antônio, 2367 - 14º; Cj 1412-CEP 01401 - San Paulo - SP; Tel. (011) 284-6160, 288-9441 - Fax (011) 251-1026

INVITACION

La American Urological Association, invita a un urólogo latinoamericano seleccionado por la Confederación Americana de Urología, a visitar tres Servicios de Urología de ese país por un período de 6 meses, rotando dos meses en cada institución, a partir de julio de 1993.

El candidato será provisto de alojamiento y alimento, así como de una suma de u\$s 2.500, debiendo arreglar privadamente sus planes de viaje, comprometiéndose a regresar a su país al término de la Beca.

Los interesados pueden solicitar informes al:

Dr. León Bernstein-Han

Presidente

Confederación Americana de Urología

Casilla de Correo 188, Suc. 26

(1426) Buenos Aires, Argentina

PUESTAS AL DIA

Estimado Colega:

La Comisión de Interior de la Sociedad Argentina de Urología cumple en llevar a su conocimiento que, como en años anteriores, se publicarán resúmenes de "Puesta al Día" (2 x mes).

Si Ud. tiene interés en recibir dichos resúmenes se podrá suscribir en nuestra Secretaría, Combate de los Pozos Nº 246, piso 1º "5", Capital Federal, previo pago de la cantidad de \$ 20.

Para los residentes en el interior del país, podrán cumplimentar dicho pago remitiendo cheque o giro postal.

CURSO DE AVANCES EN UROLOGIA

Organizado por la Sociedad Argentina de Urología, se realizará del 28 al 30 de abril de 1993 el Curso de Avances en Urología, en los salones del Hotel Libertador-Kempiski de Buenos Aires. Tendrá el carácter de un encuentro entre la Urología argentina-holandesa, contando entre los invitados especiales a los doctores F. H. Schröder, F. M. S. Debruyene, R. A. Janknegt, y G. Dijkman.

En su transcurso se efectuarán conferencias, mesas redondas, almuerzos de trabajo y presentación de videos.

Informes: Secretaría de la Sociedad Argentina de Urología, Combate de los Pozos 246, 1º "5", Buenos Aires (1080) Argentina, teléfonos: 40-9933 y 476-4976. Fax: 476-4976.

CUOTAS SOCIALES ATRASADAS

La S.A.U. pretende brindar cada vez más y mejores servicios a sus miembros. Para ello, obviamente, se requiere contar con los medios económicos necesarios, gran parte de los cuales provienen del pago en término de la Cuota Social por parte de todos los socios. La gran morosidad que se registra se debe muchas veces —nos consta— a olvidos involuntarios o a las dificultades postales.

Por ello rogamos a todos los que se encuentran en situación de morosidad que normalicen su situación para que podamos continuar con los servicios, de los cuales la remisión gratuita de esta Revista es un ejemplo.

Transcribimos a continuación el texto del artículo 14 de nuestros Estatutos: "Los miembros, cualquiera sea su categoría, perderán su condición de tales por: a) Renuncia; b) Cancelación de título; c) Cesantía por falta de pago de una anualidad. Para recuperar la categoría perdida deberán depositar previamente en Tesorería la suma adeudada desde su separación hasta la fecha de reincorporación, al valor actualizado de la cuota social".

SAU

ACTUALIZACION DE DOMICILIO

La distribución de nuestra revista tropieza con la falta de actualización de domicilio de los urólogos, especialmente del interior.

Solicitamos a todos los Jefes de Servicio y colegas en general que difundan nuestro pedido de actualización. Las rectificaciones deben comunicarse a nuestra sede.

CARTA DE LECTORES

La Revista Argentina de Urología acepta cartas de lectores para ser publicadas en la misma.

Además de este mecanismo se puede solicitar diversos tipos de ayuda o consejos sobre casos difíciles que serán contestadas por nuestro Consejo Editorial, como así también emitir opiniones sobre nuestro contenido, o dar a conocer comentarios sobre diversos asuntos de interés urológico general.

COMITE COLEGIO ARGENTINO DE UROLOGOS

La Sociedad Argentina de Urología ha incorporado, después de su reforma estatutaria, la figura de los Comités. Entre ellos se halla el Comité Colegio Argentino de Urólogos.

Sus objetivos, expresados en el Reglamento que lo rigen son:

- Certificar las condiciones morales, éticas y técnicas necesarias para ejercer la Urología.
- Establecer los requisitos mínimos indispensables, exigibles para lograr el título de Especialista en Urología en sus diferentes categorías y mantener actualizado el registro de los títulos.
- Elevar a la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Urología las propuestas de los nuevos Especialistas conforme a la evaluación realizada.

Es importante destacar que esta facultad de otorgar títulos tiene la fuerza legal que determina el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente por Ley 17.132 y Decreto 6.216.

Es evidente que estos enunciados no agotan los posibles objetivos de un Colegio.

Estimo que la maduración que el tiempo impone a las cosas los irá ampliando paulatinamente.

Por lo pronto ya han sido aprobadas por la Comisión Directiva de la Sociedad las normas para la recertificación periódica de los títulos, normas, por otra parte, imperantes en otras especialidades.

Ello pretende ser un estímulo para la formación continuada del especialista y por otro lado ser una garantía para el medio en que desarrolla su actividad el profesional.

Por ahora esta certificación no puede ser más que voluntaria, aunque estamos convencidos que, a no muy largo plazo, se ha de convertir en obligatoria, no por imposición de una Sociedad Científica solamente, sino por una legislación que hará aparente el reclamo de la colectividad que exige una atención médica eficiente.

Dr. Juan José Solari

Director del Comité "Colegio Argentino de Urólogos"

Se transcriben a continuación las normas para otorgar el título de Especialista y las de Recertificación.

TITULO DE ESPECIALISTA EN UROLOGIA

TITULO I

Artículo 1. — Son requisitos indispensables:

- a) Solicitud de Inscripción.
- b) Presentar el título de Médico expedido por una Universidad del país o extranjera revalidado por organismo competente o fotocopia autenticada.

- c) Acreditar condiciones ético-morales mediante el aval de dos miembros titulares de la Sociedad Argentina de Urología o de dos urólogos de reconocida actuación en nuestro país, que puedan ser consultados por la Comisión Evaluadora. Estos urólogos, en número de dos, deberán colocar en la solicitud de inscripción: nombre y apellido, domicilio, teléfono y su firma.
- d) Dedicación a la especialidad.
- e) Curriculum Vitae, donde se hará constar preferencialmente sus antecedentes como urólogo.
- f) Certificado de tener una antigüedad mínima de cinco años, regular y continua como concurrente a un Servicio de Urología Universitario, Nacional, Municipal, Provincial, de las Fuerzas Armadas, de Seguridad, Policial, Privados de Colectividades, Ferroviario Central, Bancario y Penitenciario Nacional, y/o certificado de Residencia Completa en Urología de tres años de duración, que deberá ser aprobada por el Comité de Residencias.

TITULO 2

Artículo 1. — La evaluación se efectuará mediante una entrevista y prueba escrita y, en caso de duda, examen oral.

Artículo 2. — Los resultados serán comunicados por escrito a los postulantes y los mismos serán inapelables.

Artículo 3. — Los postulantes podrán solicitar copia del Acta de Examen.

Artículo 4. — Los postulantes deberán abonar un arancel que la Sociedad Argentina de Urología establecerá cada año.

Artículo 5. — El postulante que no apruebe el examen podrá volver a rendirlo el año siguiente. La Comisión Evaluadora aconsejará a este las rotaciones por determinadas sub-especialidades para completar su formación.

Artículo 6. — A los cinco años los especialistas deberán realizar una entrevista personal y actualizar el Curriculum para determinar su reválida.

TITULO 3

CATEGORIAS

Artículo 1. — El postulante que apruebe el examen recibirá el título de Especialista en Urología de la Sociedad Argentina de Urología.

Artículo 2. — Al cumplir los cinco años de haber obtenido el título de Especialista, el postulante podrá presentarse a nueva evaluación para obtener el título de Especialista Jerarquizado y a los diez años de la obtención de este título podrá presentarse para obtener el título de Especialista Consultor.

Artículo 3. — El postulante —para obtener el título de Especialista Jerarquizado o Consultor— además de la solicitud deberá presentar un Curriculum Vitae actualizado cuyo puntaje será valorado, lo mismo que la antigüedad como urólogo (mínimo diez años Jerarquizado y veinte años para Consultor).

Artículo 4. — Los Profesores Titulares, Adjuntos, Docentes Autorizados de las Universidades estatales o privadas reconocidas, deberán presentar la solicitud y el Curriculum Vitae siendo eximidos del examen evaluatorio. La Comisión Evaluadora determinará la categoría a otorgarse.

Artículo 5. — Los Jefes de Servicio de Urología reconocidos por los Ministerios de Salud y Medio Ambiente y/o por la Comisión Evaluadora de la Sociedad Argentina de Urología serán equiparados en sus derechos equivalentes al artículo 4.

Artículo 6. — El urólogo que posea el título de Especialista otorgado por entidades médicas o sociedades científicas que tengan reciprocidad con la Sociedad Argentina de Urología serán equiparados en sus derechos al artículo 4. Igualmente lo serán quienes tengan título otorgado por una institución reconocida mundialmente.

REGLAMENTO DEL PROGRAMA DE RECERTIFICACION

Artículo 1. — El postulante deberá elevar una solicitud a la Sociedad Argentina de Urología, donde consten:

- a) Datos de filiación personal.

- b) Matrícula Profesional y fecha de egreso de la Facultad de Medicina. Títulos.
- c) Actividad institucional pública o privada, estipulando el nombre del Centro Asistencial, Servicio, cargo ocupado, etc. y fecha en que se desempeñó. Estos datos se presentan a modo de declaración jurada y corresponden a los últimos cinco años.
- d) Nombre y apellido de dos Miembros Titulares de la Sociedad Argentina de Urología que tengan conocimiento directo y reciente del postulante, o dos urólogos de reconocida actuación en nuestro país.
- e) Deberá abonar el Arancel que la Sociedad Argentina de Urología fijará cada año.
- f) Presentará un informe de su actividad quirúrgica durante el último año, certificado por su jefe inmediato.

Artículo 2. — Se adjuntará un Curriculum completo, donde se marcará y hará resaltar la actividad de los últimos cinco años. Dichos antecedentes constarán de:

- a) Trabajos científicos y publicaciones realizadas.
- b) Actividad de actualización y perfeccionamiento. Cursos.
- c) Participación como expositor en actividades de actualización y perfeccionamiento de pre y post grados.
- d) Concurrencia a Congresos, Jornadas, Sociedades Científicas, etc.
- e) Participación activa en Congresos, Jornadas, Sociedades Científicas, etc.
- f) Actividad docente.
- g) Becas. Premios.

Artículo 3. — Con posterioridad a la Recertificación, en el caso de estar en condiciones de pasar a la categoría inmediata superior antes del Curso Anual de la Sociedad Argentina de Urología, el aspirante podrá elevar al Comité Colegio Argentino de Urólogos una solicitud estipulando su deseo de promoción y declarando bajo juramento que continúa en la misma actividad y ritmo de trabajo que desarrollaba al momento de recertificarse.

Artículo 4. — Queda sujeto al Comité Colegio Argentino de Urólogos la ponderación de otras actividades como supletorias de los requerimientos básicos, si así lo considera conveniente en la consideración de casos particulares. El Comité Colegio Argentino de Urólogos podrá denegar una recertificación, a pesar de cumplirse los requisitos básicos por parte del solicitante, con juicio justificado y escrito, contando con la unanimidad de sus integrantes. De la misma manera podrá denegar una solicitud de doble Especialidad. La última instancia de apelación por parte del solicitante con recertificación denegada será la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Urología.

PROXIMAS FECHAS DE EVALUACION DEL COMITE COLEGIO ARGENTINO DE UROLOGOS

Título de Especialista:

La próxima fecha de Evaluación será en noviembre, durante el Congreso Argentino de Urología. A partir de 1993 se hará únicamente durante el Curso de Avances (en Abril).

INFORMES Y CONSULTAS:

Comité "Colegio Argentino de Urólogos" en la Sociedad Argentina de Urología
 Combate de los Pozos 246 - 1º "5", Buenos Aires (1080) República Argentina.
 Teléfonos: 40-9933 y 45-4976 - Fax: 476-4976

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

Información para los autores

- 1) La Revista Argentina de Urología es el órgano oficial de publicaciones de la Sociedad Argentina de Urología.
- 2) La Sociedad Argentina de Urología no comparte necesariamente las opiniones científicas vertidas por los autores.
- 3) Los trabajos remitidos para su eventual publicación deberán ser enviados, por triplicado, a nuestra sede sita en Combate de los Pozos 246, Primer Piso, Departamento 5, CP 1080, Capital Federal, República Argentina.
- 4) Tras su aprobación los trabajos serán publicados de acuerdo a su orden cronológico, excepto que razones editoriales no lo permitan.
- 5) Una vez aceptados para su publicación, los trabajos no se devuelven a sus autores.
- 6) Los textos deben ser enviados escritos a máquina, a doble espacio, en hojas blancas tamaño oficio, tipeadas de un solo lado, con margen izquierdo de 4 cm, sin enmiendas ni tachaduras.
- 7) Las fotografías serán preferentemente en blanco y negro, de buena calidad, no admitiéndose diapositivas. En el dorso constará su numeración y su orientación espacial, con una flecha señalando su borde superior. El texto de cada pie de foto, si lo hubiese, se enviará en hoja aparte indentificado con el mismo número.
- 8) Las tablas, figuras o dibujos, serán enviados aparte del texto, numerados y con sus leyendas escritas a máquina a doble espacio.
- 9) Podrán usarse abreviaturas, pero la primera mención deberá ser completa, seguida de la abreviatura entre paréntesis.
- 10) Las referencias bibliográficas se enviarán numeradas por orden alfabético debiendo constar en el texto, cuando correspondiere, el número de la cita entre paréntesis. Los nombres de los autores, de las revistas o libros, seguirán las normas habituales del Index Medicus.
- 11) Los trabajos originales serán inéditos. Deberá consignarse: título, autor o autores con sus apellidos e iniciales de sus nombres, procedencia, dirección ofrecida para recibir eventual correspondencia; resumen breve pero preciso sobre el trabajo y sus conclusiones, introducción, en la que se revisará brevemente los antecedentes del tema y propósitos del trabajo; material y métodos empleados, refiriendo mecánica del trabajo y universo de estudio; resultados, descriptos y apoyados en tablas, figuras y fotos; discusión y conclusiones comentando los resultados; bibliografía consultada nacional y extranjera.
- 12) Se podrán enviar comunicaciones preliminares sobre nuevas líneas de trabajo a las que se hallan abocados los autores, acompañando breve resumen y bibliografía.
- 13) Los casos clínicos que se consideren muy interesantes, podrán ser enviados acompañados de un resumen del caso, diagnóstico y tratamiento efectuados. Se acompañarán de las fotos y dibujos correspondientes.
- 14) El Editorial de cada número será encargado por la Dirección de la revista, al igual que los trabajos de revisión o puesta al día.
- 15) Se podrán enviar cartas de lectores sobre diversos temas de interés urológico general.

COMENTARIO DE TRABAJOS

Coordinador de la sección: *Dr. Elías Jorge Fayad*

Colaborador: *Dr. Marcelo Mundo*

British Journal of Urology (1990), 66, 585-589

0007-1331/90/0066-0585/\$10.00

© 1990 British Journal of Urology

Renal Angiomyolipoma: Report of 24 Cases

Y. C. TONG, P. U. CHIENG, T. C. TSAI and S. N. LIN

Department of Urology, Medical College, National Cheng Kung University, Taiwan; Departments of Radiology and Urology, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan, Republic of China

Summary—A series of 24 patients with renal angiomyolipoma was reviewed. Their ages ranged from 10 to 70 years (average 41). Four cases were associated with tuberous sclerosis, 1 with spinal neurilemmoma, 1 with transitional cell carcinoma and another with renal tuberculosis.

The presenting symptoms in decreasing frequencies were flank pain, mass, haematuria, fever, syncope and respiratory distress. Although it has often been said that angiomyolipomas associated with tuberous sclerosis are small and asymptomatic, all 4 such patients in this study had large symptomatic tumors. Before the advent of CT scan and ultrasonography, the pre-operative diagnostic rate for cases unassociated with tuberous sclerosis was 10% (1/10). With the combined use of these 2 modalities, the diagnostic rate increased to 60% (6/10).

Most patients in this series were treated with nephrectomy. However, equally good outcomes occurred in 2 patients who received partial nephrectomies. Pre-operative diagnosis now makes it possible to consider more conservative management.

COMENTARIO

Los autores ponen en evidencia que las posibilidades de realizar un diagnóstico correcto se han incrementado significativamente desde la aparición de la ecografía, completada ésta, con la tomodensitometría computada.

En base al mejor diagnóstico de esta afección, se está cambiando la actitud frente a esta patología: ya puede ser evitada su exploración quirúrgica en un gran número de casos con la nefrectomía consecuyente y pensar o bien en un control periódico de estos pacientes o en su resolución quirúrgica mediante cirugía conservadora.

La coexistencia con la enfermedad de Bourneville también ayudaría a que la actitud sea más cauta en indicar la exploración quirúrgica.

La existencia de grandes tumores, el crecimiento rápido y especialmente las complicaciones, generalmente hemorrágicas, son actualmente las principales indicaciones quirúrgicas, poniéndose el énfasis en sugerir la cirugía conservadora como la manera de tratar adecuadamente esta patología benigna.

Dr. León M. Metz

Urological Neurology and Urodynamics

BLADDER AND SPHINCTER BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SPINAL CORD LESIONS

STEVEN A. KAPLAN, MICHAEL B. CHACELLOR AND JERRY G. BLAIVAS

From the Department of Urology, College of Physicians and Surgeons, Columbia-Presbyterian Medical Center, New York, New York

ABSTRACT

To ascertain the relationship between the clinical neurological level, and bladder and sphincter behavior, the video-urodynamic studies of 489 patients with spinal cord lesions due to a variety of causes were retrospectively analyzed. Patients were classified based on the clinical neurological level, etiology of the lesion and presence or absence of signs of sacral cord involvement. Urodynamic findings were classified as either detrusor hyperreflexia, detrusor-external sphincter dyssynergia, detrusor areflexia or normal. The results indicate that although there was a general correlation between the neurological level of injury and the expected vesicourethral function, it was neither absolute nor specific. For example, 20 of 117 cervical cord lesions had detrusor areflexia, 42 of 156 lumbard cord lesions had detrusor-external sphincter dyssynergia. However, if one considers the presence of neurological abnormalities, 84% of the suprasacral cord lesions with detrusor areflexia have sacral cord signs. In contrast, all suprasacral cord lesions with no evidence dyssynergia. The positive predictive value for positive sacral cord signs and detrusor areflexia was 87%. The positive predictive value for negative sacral cord signs and detrusor hyperreflexia/detrusor-external sphincter dyssynergia was 81%. These data suggest that the clinical neurological examination alone is not an adequate barometer to predict neurourological dysfunction and that video-urodynamic evaluation provides a more precise diagnosis for each patient.

KEY WORDS: bladder, spinal cord

COMENTARIO

J. G. Blaivas, presumiblemente el autor principal del trabajo, es conocido por sus contribuciones al tema de la vejiga neurogénica. Su participación hace que este trabajo sea de lectura obligatoria para todo aquel que esté seriamente interesado en la urodinamia.

La lectura del comentario editorial firmado por A. J. Wein es a nuestro juicio suficiente y a la vez recomendable para el urólogo general. Según A. J. Wein, el trabajo confirma satisfactoriamente que no existe una correlación precisa entre los niveles de lesión medular demostrables con un examen neurológico y el tipo de disfunción que afecta al aparato urinario bajo.

Siempre según A. J. Wein, estos resultados no invalidan los esquemas clásicos de la neurofisiología del aparato urinario bajo, simplemente señalan que en la práctica concreta su aplicación encierra errores clínicamente inaceptables. La separación anatómica de las vías vegetativas y las somáticas, la naturaleza muchas veces parcial de las lesiones y la imprevisible reestructuración de los circuitos dañados explican esta aparente contradicción.

A. J. Wein termina su comentario con dos recomendaciones generales y valiosas: 1) el tratamiento urológico de una vejiga neurogénica debe guiarse por los datos urodinámicos que la caracterizan objetivamente y no por inferencias derivadas del diagnóstico neurológico y 2) inversamente, los hallazgos urodinámicos no autorizan a sacar conclusiones neurológicas. El respeto que siempre nos ha inspirado las agudas y fundadas opiniones de A. J. Wein hacen superfluo agregar nada más.

Dr. Adolfo C. Ruarte

SAU

CLINICAL USE OF PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER

M'LISS A. HUDSON, ROBERT R. BAHNSON†, AND VILLIAM J. CATALONAS

From the Division of Urologic Surgery, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri

ABSTRACT

The clinical use of prostate specific antigen as a screening test for prostate cancer, as a preoperative determinant for staging of prostate cancer and to monitor response to therapy in prostatic cancer patients was evaluated in 168 men with benign prostatic hyperplasia and 231 men with prostate cancer. Only 3% of the men with benign prostatic hyperplasia and prostate specific antigen levels greater than 10 ng. per ml. compared to 44% of the men with proved prostate cancer. Preoperative prostate specific antigen levels increased with higher clinical stages of prostate cancer but there was substantial overlap among stages. Among patients with stage A1 prostate cancer who were followed expectantly none had an elevated prostate specific antigen value or metastatic disease during follow-up of 15 to 120 months. After radical prostatectomy serum prostate specific antigen values decreased to undetectable levels (less than 0.6 ng. per ml.) in 89% of the patients with organconfined disease, in 87% of those with microscopically positive margins only but in only 34% with seminal vesicles or lymph node involvement. Failure of the prostate specific antigen levels to decrease to the undetectable range after radical prostatectomy was associated with a greater likelihood of subsequent tumor recurrence. Only 3 of 18 patients (17%) treated with definitive radiation therapy had post-irradiation prostate specific antigen values of less than 0.6 ng. per ml., while in 39% the prostate specific antigens values remained greater than 4 ng. per ml. and in 4 of 18 (22%) the values were greater than 10 ng per ml. Of 32 patients treated with hormonal therapy 14 had stable disease, including 13 with prostate specific antigen levels of less than 10 ng. per ml. In contrast, 18 patients had progressive disease, of whom 16 had prostate specific antigen levels of more than 10 ng. per ml. We conclude that the serum prostate specific antigen assay is most useful clinically to monitor the response to therapy of prostate cancer patients. (J. Urol., 142:1011-1017, 1989)

COMENTARIO

Las posibilidades de uso clínico del antígeno prostático específico (APE), glucoproteína de P.M. 33.000, no aislada en ningún tejido orgánico fuera de las células de acinos prostáticos y el epitelio ductal de los mismos son analizadas en este trabajo, de acuerdo a los resultados obtenidos en largas series de pacientes con distintas patologías prostáticas. Fueron evaluados 168 pacientes con HBP, 90 de ellos con confirmación histológica, y 231 pacientes con Ca prostático. De estos últimos, 174 post prostatectomía radical, 18 luego de radioterapia y 39 con cáncer metastásico. Ciento siete pacientes con Ca clínicamente localizados fueron controlados preoperatoriamente. Se utilizaron como controles 14 pacientes cistoprostatectomizados por cáncer vesical invasor. De acuerdo al método utilizado (Tandem R PSA ensayo inmunodimétrico) el rango normal de niveles séricos de APE utilizado fue de 0.6 a 4 ugr/ml.

Comentaremos los resultados con el empleo de APE en los siguientes items, que resultan los de mayor interés: a) Detección de cáncer prostático localizado en pacientes con prostatismo. Como en otras experiencias, el APE no aparece suficientemente específico como para ser utilizado con esta indicación, toda vez que 35 de 168 (21%) de los pacientes con HBP tuvieron valores mayores de 4 ugr/ml. No obstante, valores por encima de 10 ugr/ml sólo se registran en el 2% del total de HBP consignados, pero esta observación no califica al APE como una prueba segura de diagnóstico de Ca prostático, como lo demuestran análisis de ésta y otras series. b) APE y correlación con el estadio del Ca prostático. En general, los valores alcanzados por APE se correlacionan con cánceres avanzados (D2), pero las cifras preoperatorias no permiten distinguir entre neoplasias confinadas a la glándula y aquellas con extensión extracapsular. c) APE en el monitoreo de respuestas terapéuticas. Se confirma que este capítulo es el de mayor aplicación e importancia clínica del marcador. Luego de prostatectomía, sus valores cayeron por debajo del límite inferior (0.6 ugr/ml) en el 90% de los casos con confirmación histológica de enfermedad localizada. En contraste, ello sólo ocurrió en el 34% de los pacientes con compromiso de vesículas seminales o metastasis ganglionares microscópicas. La contundencia de los resultados obtenidos tras la cirugía radical no se reproducen en los pacientes sometidos a radioterapia y que aparecen libres de recurrencia según los parámetros clásicos, por lo que el valor del marcador requerirá ulteriores clarificaciones en este campo. En los pacientes con diseminación a distancia hay correlación entre la obtención o no de descenso a valores normales del marcador y la evolución clínica de estos pacientes. d) APE como elemento pronóstico. Todos los pacientes que mostraron recurrencia de enfermedad luego de cirugía pertenecían al grupo donde no se obtuvo remisión a valores por debajo de 0.6 ugr/ml, y la mayoría exhibieron concentraciones por encima de 10 ugr/ml. Estos resultados, así como los encontrados en enfermedad avanzada, le otorgan al marcador indudable valor predictivo. Por último, se traduce aún considerable controversia respecto a los valores de concentración que deben ser tomados como límites normales. Teniendo en cuenta que los mismos tendrán variaciones según el método utilizado y el tipo de controles, parece atinado sugerir que para adoptar decisiones en este campo, deben utilizarse criterios basados en una serie de determinaciones que indiquen claramente una tendencia, antes que decidir en base al resultado de una única determinación.

Prof. Dr. Rubén H. Bengio

ANALYSIS OF PROGNOSTIC FACTORS IN MEN WITH METASTATIC PROSTATE CANCER

D. S. ERNST, J. HANSON, P. M. VENNER AND URO-ONCOLOGY GROUP OF NROTHERN ALBERTA

From the Cross Cancer Institute, Edmonton, Alberta, Canada

ABSTRACT

We determined the influence of the extent of disease on bone scan, serum testosterone, patient age, performance status, method of initial diagnosis, Gleason grade, clinical stage at diagnosis, serum acid phosphatase, serum prostate specific antigen (PSA) and primary hormonal treatment on survival. The clinical and hormonal data were obtained when the presence of metastatic disease was established and treatment was to be initiated in 162 men with metastatic prostate cancer. Mean follow-up was 16 months (range 1 to 105 months). A total of 70 men (43,2%) died of the metastatic disease during the evaluation period. Log rank analysis revealed that only serum testosterone ($p = 0.035$) and extent of disease on bone scan ($p = 0.003$) significantly affected over-all survival. A trend ($p = 0.068$) towards decreased survival was observed with increasing values of PSA. Increase values of acid phosphatase positively correlated with extent of disease on bone scan but was not a significant independent prognostic factor. Patient age, performance status, clinical stage, method of initial diagnosis, Gleason grade and type or hormonal treatment did not significantly influence survival. Upon using multivariate Cox analysis, only extent of disease on bone scan was significantly correlated will be necessary. We conclude that extent of disease on bone scan is the most important prognosticator of the analyzed factors and that serum testosterone may be of value.

KEY WORDS: prostate, carcinoma, prostatic neoplasms

COMENTARIO

Con la dirección de John T. Grayhack, su editor responsable el Journal of Urology nos ofreció, en marzo de 1992, un número especial dedicado al carcinoma de próstata.

Su meticulosa lectura me parece altamente recomendable, pero para aquellos que no puedan hacerlo, y a solicitud de la Dirección de la Revista Argentina de Urología, trataré de comentar algunos de los temas de mayor interés.

Las primeras comunicaciones valúan los nuevos elementos que aportan datos para establecer un pronóstico: Así realizando cultivos in vitro del tumor y mapeo cromosómico, se ve que los tumores con anormalidades cromosómicas y anomalías cariotípicas clonales, tienen peor pronóstico, lo mismo demuestra la citometría estática por analizador de imágenes al determinar que cuando el contenido de D.N.A. supera el 1,5 del normal tiene significativa propensión a progresar y dar metástasis. Con los mismos objetivos se demuestra ahora con simples métodos de inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales anti-receptor androgénico, que los tumores bien diferenciados presentan más riqueza en receptores y que a mayor indiferenciación éstos se van perdiendo, lo que está relacionado a las posibilidades de respuesta al tratamiento hormonal.

Todos estos elementos, de invaluable importancia para el conocimiento de la biología celular tumoral y de imprescindibles significaciones futuras no cambian ni modifican, según mi parecer, la apreciación pronóstica que aportan el grado de diferenciación celular y el Score de Gleason.

Por otra parte a un paciente con cáncer localizado de próstata, por ejemplo un B1, que presentara estos índices de mal pronóstico ¿le negaremos cualquiera de los tratamientos existentes con fines curativos o los indicaremos igual, aunque puntalicemos mayor posibilidad de fracaso?

Con respecto al Antígeno Prostático Específico (PSA) pareciera que el tacto rectal y aún la Ecografía Prostática Transrectal movilizan en forma insignificante el PSA sérico, no así la biopsia prostática que eleva significativamente en forma prolongada los valores del PSA.

La estadificación basada en los niveles de PSA que en diversas publicaciones fuera propuesta está muy condicionada en esta comunicación.

La ecografía prostática transrectal fue estudiada en piezas de necropsias y por meticulosa histología, hallando una baja sensibilidad (32%) y especificidad (60%) en su resolución por lo que se desacredita como método de detección del cáncer de próstata aunque está demostrado como útil complemento del tacto rectal y el antígeno prostático específico. La biopsia ecodirigida solamente fue positiva en el 9,1% de los pacientes con anomalías táctiles en la próstata y en los que la biopsia dígito-dirigida había ido negativa, por lo que sería más importante la sistematización metodológica para realizar la biopsia, que el método utilizado para guiarla (ecodirigida o dígito orientada). Aparentemente todos los medios de diagnóstico están cuestionados hoy día; el 30% de las prostatectomías totales se realizan con PSA normal, algunos comités nacionales en Europa y América del Norte sostienen que el tacto rectal no debe ser incluido en el examen de medicina preventiva del adulto porque "su valor no ha sido suficientemente probado".

La ultrasonografía transrectal se equivoca en la mitad de los cánceres de próstata palpables mayores de 1 cm de diámetro. En series rigurosamente seleccionadas que se sometieron a la prostatectomía radical, 40% tenían extensión periprostática. En las mejores series el PSA no tiene mayor especificidad que el 60%.

Autores europeos y escandinavos rechazan el valor del PSA para el diagnóstico precoz y, aún más, cuestionan —y con razones— el valor del tratamiento agresivo del cáncer localizado de próstata. ¿Qué podemos sugerir entonces a nuestros colegas?

Estamos de acuerdo con Paul Lange, que piensa que debemos continuar promoviendo y realizando el examen de la próstata en los hombres mayores de 50 años, ese es el juicio tradicional y no hay razones para cambiarlo. En cuanto a los tratamientos locales con fines curativos creo que deben ser propuestos y realizados mientras que ellos no sean más agresivos y mórbidos que la enfermedad misma, y solamente ante la evidencia de la progresión recurrir al tratamiento paliativo de inhibición hormonal.

Prof. Dr. Carlos Scorticati

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

Información para los autores

- 1) La Revista Argentina de Urología es el órgano oficial de publicaciones de la Sociedad Argentina de Urología.
- 2) La Sociedad Argentina de Urología no comparte necesariamente las opiniones científicas vertidas por los autores.
- 3) Los trabajos remitidos para su eventual publicación deberán ser enviados, por triplicado, a nuestra sede sita en Combate de los Pozos 246, Primer Piso, Departamento 5, CP 1080, Capital Federal, República Argentina.
- 4) Tras su aprobación los trabajos serán publicados de acuerdo a su orden cronológico, excepto que razones editoriales no lo permitan.
- 5) Una vez aceptados para su publicación, los trabajos no se devuelven a sus autores.
- 6) Los textos deben ser enviados escritos a máquina, a doble espacio, en hojas blancas tamaño oficio, tipeadas de un solo lado, con margen izquierdo de 4 cm, sin enmiendas ni tachaduras.
- 7) Las fotografías serán preferentemente en blanco y negro, de buena calidad, no admitiéndose diapositivas. En el dorso constará su numeración y su orientación espacial, con una flecha señalando su borde superior. El texto de cada pie de foto, si lo hubiese, se enviará en hoja aparte indentificado con el mismo número.
- 8) Las tablas, figuras o dibujos, serán enviados aparte del texto, numerados y con sus leyendas escritas a máquina a doble espacio.
- 9) Podrán usarse abreviaturas, pero la primera mención deberá ser completa, seguida de la abreviatura entre paréntesis.
- 10) Las referencias bibliográficas se enviarán numeradas por orden alfabético debiendo constar en el texto, cuando correspondiere, el número de la cita entre paréntesis. Los nombres de los autores, de las revistas o libros, seguirán las normas habituales del Index Medicus.
- 11) Los trabajos originales serán inéditos. Deberá consignarse: título, autor o autores con sus apellidos e iniciales de sus nombres, procedencia, dirección ofrecida para recibir eventual correspondencia; resumen breve pero preciso sobre el trabajo y sus conclusiones, introducción, en la que se revisará brevemente los antecedentes del tema y propósitos del trabajo; material y métodos empleados, refiriendo mecánica del trabajo y universo de estudio; resultados, descriptos y apoyados en tablas, figuras y fotos; discusión y conclusiones comentando los resultados; bibliografía consultada nacional y extranjera.
- 12) Se podrán enviar comunicaciones preliminares sobre nuevas líneas de trabajo a las que se hallan abocados los autores, acompañando breve resumen y bibliografía.
- 13) Los casos clínicos que se consideren muy interesantes, podrán ser enviados acompañados de un resumen del caso, diagnóstico y tratamiento efectuados. Se acompañarán de las fotos y dibujos correspondientes.
- 14) El Editorial de cada número será encargado por la Dirección de la revista, al igual que los trabajos de revisión o puesta al día.
- 15) Se podrán enviar cartas de lectores sobre diversos temas de interés urológico general.