

Rabdomiosarcoma paratesticular. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dres. COIMBRA FERRARI, F.; SPARROW, CARLOS

RESUMEN: El rabdomiosarcoma es una neoplasia maligna que se origina en el mismo mesénquima embrionario que da origen al músculo esquelético estriado, es el más común de los sarcomas de los tejidos blandos en la infancia y representa aproximadamente un 50% de todos estos tumores.

El sexo masculino se ve afectado más comunmente que el femenino, pero la preponderancia masculina es menos notable en adolescentes y adultos jóvenes.

Existen dos picos máximos de incidencia por edad, el primero entre los 2 y los 6 años, y el segundo entre los 15 y los 19 años.

Revista Argentina de Urología, Vol. 58, Nº 3, Pág. 131, 1993)

Palabras Clave: Testículo - Rabdomiosarcoma - Clasificación histopatológica terapéutica.

INTRODUCCION

La etiología de estos tumores no es conocida. Su localización sugiere trastornos en el desarrollo de un órgano, ya que se los encuentra a menudo en sitios de fusión del tejido embrionario, por ejemplo, en el triángulo de la vejiga (formado por fusión de tejido ectodérmico y mesodérmico), y en cabeza y cuello en los sitios donde se produce la fusión de los arcos branquiales. ²

Estos tumores se encuentran más a menudo en niños con otros defectos del desarrollo tales como labio leporino, fisura palatina y otras fisuras faciales.

Aunque los rabdomiosarcomas pueden surgir en cualquier parte del cuerpo ocurren predominante en tres regiones:

- 1) Cabeza y cuello
- 2) Tracto genito urinario y retroperitoneo
- 3) Extremidades superiores e inferiores

Los rabdomiosarcomas de cabeza y cuello son los más

frecuentes seguidos por los del tracto genitourinario que representan el 20% del total. ³

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA DE HORN Y ESTERLINE EN 1984 ^{3,4}

El rabdomiosarcom embrionario, la primera y más común de las cuatro categorías, afecta principalmente a niños menores de 10 años, pero en ocasiones también ocurre en pacientes mayores, predominantemente en las regiones de la cabeza y cuello, tracto genito urinario y retroperitoneo, pero también pueden hallarse en las extremidades. Se asemeja mucho a diversos estadios de la embriogénesis del músculo esquelético normal.

La segunda categoría, el tipo botrioides, término que deriva de la palabra griega que significa uva, es sólo una variedad del tipo embrionario caracterizada macroscópicamente por su crecimiento polipoide. Puede hallarse en zonas de cualquier rabdomiosarcoma embrionario, pero se ve más frecuentemente en órganos huecos revestidos por mucosa, como la cavidad nasal nasofaringe, vagina y vejiga.

El rhabdomyosarcoma alveolar, un tipo menos frecuente, afecta entre los 10 y 25 años y tiene una distribución anatómica similar a la del rhabdomyosarcoma embrionario, con una incidencia mayor en las extremidades superiores e inferiores.

El rhabdomyosarcoma pleomorfo, es el más clásico y típico pero el menos común de los cuatro tipos. Puede ocurrir en cualquier edad, pero probablemente tenga una incidencia pico en pacientes mayores de 45 años.

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 15 años que como único antecedente se destaca el padre fallecido de leucemia.

El 21-12-90 el paciente fue operado en otra institución realizándose orquiectomía izquierda por vía inguinal, cuya anatomía patológica informó rhabdomyosarcoma embrionario en tejidos blandos paratesticulares. La TAC abdomino-pélvica informó: en región latero-aórtica izquierda imagen nodular que podría corresponder a adenopatía retroperitoneal.

La alfafetoproteína, la fracción Beta-gonadotropina y el CEA fueron normales.

El 18-2-91 se realizó linfadenectomía retroperitoneal pre y latero-aórtica izquierda, no encontrándose imágenes compatibles con adenomegalias. La pieza de linfadenectomía mostró 13 ganglios linfáticos con hiperplasia linfocítica.

El 27-7-91 se operó de una recidiva escrotal izquierda y se efectuó hemiescrotectomía del mismo lado; luego recibió quimioterapia 4 ciclos con vincristina, adriamicina, ciclofosfamida (no completando la indicación de 6 ciclos indicados).

El 22-6-92 se internó en mal estado general con deshidratación, hipercalcemia 14 mgx100ml, hemoglobina 10 grx100ml, leucocitos 4000xmm, plaquetas 35000 xmm, creatinina 2,2 mgx100ml. En la TAC abdomino-pélvica y torácica no se encontró patología. El centellograma óseo fue negativo. Se realizó punción de médula ósea, que informó metástasis de rhabdomyosarcoma.

Antes este cuadro se le indicó nuevo esquema de quimioterapia, el paciente no aceptó la indicación y se retiró en mal estado general.

COMENTARIO

El rhabdomyosarcoma paratesticular, no es tumor testicular, ya que, se origina en el tejido mesenquimático del cordón espermático, epidídimo y túnica testicular. Comprende el 7 al 10% de todos los rhabdomyosarcomas.⁵

La mayor parte de los rhabdomyosarcomas paratesticulares son de tipo embrionario 97%⁶. Al igual que en el

caso de otros rhabdomyosarcomas genitourinarios tienen una diseminación linfática más temprana que por vía hematogena¹³. Los sitios más frecuente de metástasis son los ganglios linfáticos retroperitoneales, pulmón, hueso y médula ósea⁵⁻⁶⁻⁷.

El manejo del rhabdomyosarcoma paratesticular ha evolucionado más lentamente que para los tumores germinales de testículo, debido a su baja incidencia y a la falta de un protocolo estándar en el tratamiento, no obstante el pronóstico para este tumor ha mejorado debido al perfeccionamiento en la estadificación y a la introducción de nuevos esquemas de quimioterapia.

La linfadenectomía retroperitoneal de estadíaje o como modalidad en el tratamiento de estos tumores es un segundo acto quirúrgico después de la orquiectomía. Los defensores de la linfadenectomía Raney Blyth y La Quaglia indican además su papel como sistema curativo. Raney⁵⁻⁶ demostró que el compromiso de nódulos retroperitoneales es alto 40% y 28% en los estudios del intergrupo de rhabdomyosarcoma I y II respectivamente. Blyth⁹ también encontró una alta incidencia de nódulos retroperitoneales 6 a 16 (38%). Este autor trató 18 pacientes entre los 2 y 18 años, 11 estadíos I, 7 estadíos II con diseminación linfática retroperitoneal. El tratamiento consistió en orquiectomía retroperitoneal seguidos por quimioterapia y radioterapia de acuerdo al estadio de la enfermedad 17 pacientes permanecieron libres de enfermedad con promedio de seguimiento de 4 años 1 falleció por progresión de la enfermedad. Laquaglia¹⁰ trató 28 pacientes menores de 21 años con dos protocolos. En el protocolo I: a 13 pacientes con enfermedad localizada se aplicó 4 drogas: dactomicina, doxorubicina, vincristina y ciclofosfamida por dos años. En el protocolo 2: a 15 pacientes se aplicó 6 drogas con dactomicina, doxorubicina, vincristina, bleomicina, metotrexate, ciclofosfamida. La linfadenectomía retroperitoneal fue efectuada en 23 pacientes (82%). La radioterapia en 20 pacientes (71%). De los 28 pacientes 19 están libres de enfermedad luego de 5 años y 0 (32%) fallecieron dentro de los 3 años.

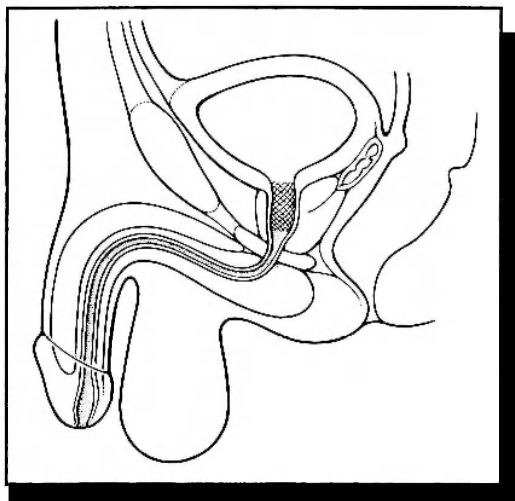
Por otro lado, varios autores cuestionan la linfadenectomía retroperitoneal en el rhabdomyosarcoma paratesticular en los estadíos I debido a que la quimioterapia puede erradicar las micrometástasis y a la exactitud en la estadificación del retroperitoneo con la TAC y la resonancia magnética. Así en la serie de Olive¹¹ y colaboradores sobre 17 pacientes tratados con quimioterapia sola adyuvante (vincristina, actinomicina D y ciclofosfamida) en estadio I, el 100% de los pacientes están libres de enfermedad con un seguimiento de 2 a 11 años. Emilio Quesada¹² y los colaboradores trataron 10 pacientes entre los 2 y 11 años con una edad promedio de 4 años y fueron estadificados en 5 estadíos I, 2 estadíos II, y 3 estadíos III. Todos recibieron el mismo esquema de quimioterapia anterior. Los 7 pacientes en estadíos I y II están libres de enfermedad con un seguimiento de 2 a 19 años.

UroLume™

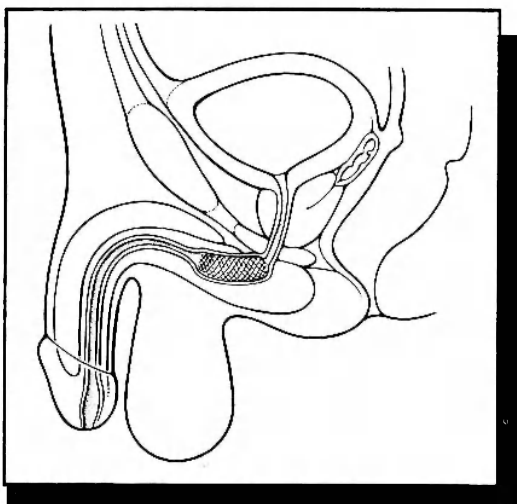
La solución definitiva tanto para las Estenosis de la Uretra Bulbar como para las Obstrucciones Urinarias Prostáticas



La opción para un tratamiento definitivo de las estenosis de la uretra bulbar.



La prótesis UroLume mantiene abierta la uretra prostática, desde el veru montanum medio hasta el cuello de la vejiga urinaria.



Estenosis tratada



Ahora puede tratar las obstrucciones urinarias prostáticas sin necesidad de cirugía.

UROLAB

División de Cardiolab S.A.

Av. Córdoba 1345 9º piso
1055 Buenos Aires
42-9620/9629/9699/9830
FAX (541) 953- 0069

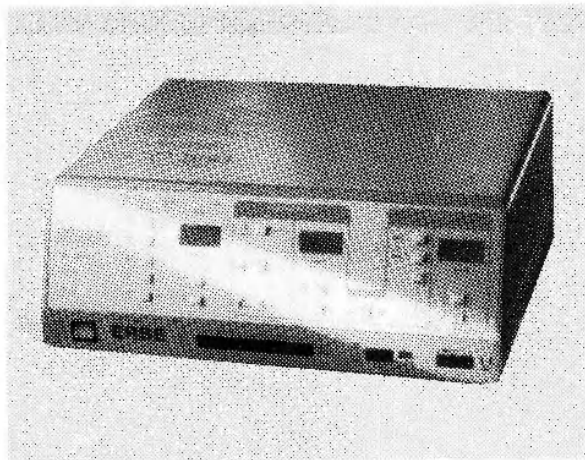
Pfizer

**Amer
Medi
Syst**



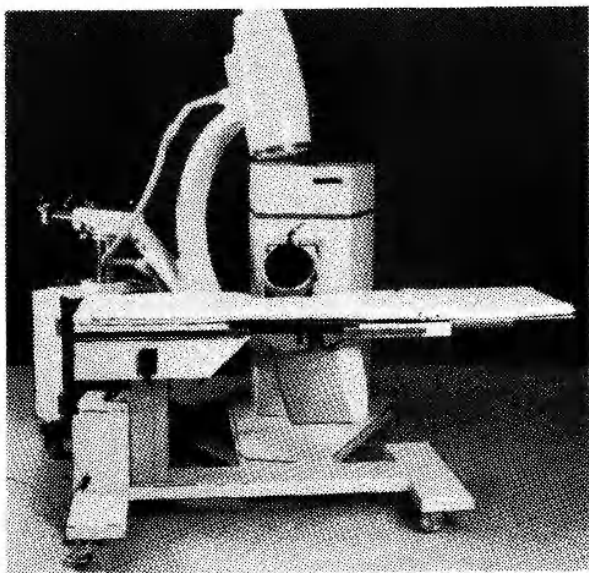
Representante exclusivo de
RICHARD WOLF ALEMANIA
Endoscopia Urológica - Endourología - Sistemas de Video endoscopia

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.



ERBOTOM 300

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

COMO SIEMPRE, NUESTRA ASISTENCIA TECNICA Y REPUESTOS GARANTIZADOS.

Ventas: Montevideo 464, 1º piso, telefax: 46-7508/49-5362
Administración: Montevideo 456, 10º "A". Tel.: 49-3338/3364

La radioterapia como primer tratamiento, estaría limitada a aquellos pacientes con MTS ganglionares paráorticas e ilíacas. La incidencia baja de este tumor no ha permitido aún conocer el valor de la radioterapia aplicada a los ganglios regionales; esto fué investigado por un intergrupo de estudio de rhabdomyosarcomas para todas las localizaciones genitourinarias. En este grupo, 5 de 27 pacientes que recibieron radioterapia en áreas ganglionares presentaron recurrencia, teniendo compromiso tumoral de los ganglios. Por otra parte se observaron 7 recurrencias en 31 pacientes que no recibieron radioterapia. Como conclusión no encontraron beneficio con este tratamiento.

En nuestro servicio Mazza y Podestá ¹⁵ trataron 2 pacientes luego de la orquidectomía uno con radioterapia y el otro con quimioterapia, en ambos casos la enfermedad siguió su historia natural a pesar del tratamiento instituido.

BIBLIOGRAFIA

1. Campbel. Urología. tomo 2. 5ta. edición
2. Veronesi, Humberto: Avances en Oncología. Volumen 1. Capítulo 18.
3. Enzinger, Franz; Weiss Sharon: Tumores de tejidos blandos. Capítulo 15.
4. Horn R.C.: Enterline, H.T. Rhabdomyosarcoma: Clinico pathological study of 39 cases. *Cancer* 11: 181, 1958.
5. Raney, R.B. (Jr.); Hays, D.M.; Lawrence, W. (Jr.); Soule, E.H.; Tefft, M. and Donaldson, M.H.: Paratesticular rhabdomyosarcoma in childhood. *Cancer*, 42: 729, 1978.
6. Raney R.B. (Jr.), Tefft, M. Lawrence, W., Jr., Ragab, A.H., Soule, E.H., Beltangady, M., and Gehan, E.A.: Paratesticular sarcoma in childhood and adolescence. A report from the intergroup Rhabdomyosarcoma Studies I and II, 1973-1983. *Cancer*, 60: 2337, 1987.
7. Newton, W.A. Jr., Soule, E., Hamoudi, A.B., Reiman, H., Shimada, H., Beltangadi, M and Maurer, H: Histopathology of childhood sarcomas, Intergroup Rhabdomyosarcoma Studies I and II: clinicopathologic correlation. *J. Clin. Oncol.* 6: 67, 1988.
8. Loughin. K.R., Retik, A.B., Weinstein, H.J., Colodny, A.H., Shamberger, R.C. Delorey, M., Tarbell, N., Cassidy, JR. and Hendren, W.H.: Genitourinary rhabdomyosarcoma in children. *Cancer*. 63: 1600, 1989.
9. Bruce Blyth, Jame Mandell, Stuart B. Bauer, Arnold H. Colodny, Holcombe E. Grier, Howard J. Weinstein, Nancy J. Tarbell, W.H.: Hardy HENDren and Alan B. Retik. Paratesticular Rhabdomyosarcoma: Results of atherapy in 18 cases.
10. LaQuaglia, M., Ghavimi, F., Heller, G., Herr. H., Mandell, L.R., Corbally, M., Hadyu and Exelby, P.: Mortality in pediatric paratesticular rhabdomyosarcoma: multivariate analysis. *J. Urol.*, part 2, 142: 473, 1989.
11. Olive, D., Flamant, F., Flamant, F., Zucker, J.M., Brunat-Mentigny, M., Otten J. and Dutou, L: Paraortic lymphadenectomy is not necessary in the treatment of localized paratesticular rhabdomyosarcoma. *Cancer*, 54: 1283, 1984.
12. Quesada, E.M., Diez, B., Silva, M. and Muriel, F.S.: Paratesticular rhabdomyosarcoma in children *J. Urol.*, 303, 1986.
13. Mahour, G.H., Soule, E.H., Mills, S.D. and Lynn, H.B.: Rhabdomyosarcoma in infants and children: a clinicopathologic study of 75 cases. *J. Ped. Surg.*, 2: 402, 1967.
14. Laquaglia Michael: Genitourinary Rhabdomyosarcoma in children: *Urologic Clinics of North America* - Vol. 18 N° 3, August 1991.
15. Mazza, Osvaldo N. Podestá (h), Miguel., Ghirlanda, Juan M., Elsner, Boris Borzone, Raúl. Rhabdomyosarcomas Paratesticulares. *Revista de Urología y Nefrología*. Volúmen 47, número 1. Páginas 16 a 19 año 1981.

Coordinador de la sección: Dr. Elías Jorge Fayad

British Journal of Urology (1992) 70, 439-444

© 1992 British Journal of Urology

Endoscopic Reappraisal of the Morphology of Congenital Obstruction of the Posterior Urethra

P. A. DEWAN, S. M. ZAPPALA, P. G. RANSLEY and P. G. DUFFY

Department of Urology, Hospital for Sick Children, London.

Summary -Congenital obstruction of the posterior urethra was first systematically classified by Young in 1919. Since then, no-one has seriously challenged the presence of both Type I and Type III "valves", although the presence of Type II lesions has often been disputed. A review of Young's papers and more recent anatomical studies, together with endoscopic findings in our own patients, indicates that most congenital posterior urethral obstructions are anatomically similar. consequently, Young's classification now seems redundant.

COMENTARIO

El trabajo de Dewan y col. vuelve a tratar un tema varias veces discutido en la literatura urológica.

Los autores opinan que existen dos hechos que inciden en la clasificación de los repliegues valvulares:

I) En las disecciones postmortem, la forma de incidir la uretra tiene gran importancia pues Young incidía la parte anterior de la misma, alternando la morfología de los repliegues.

II) En los estudios endoscópicos, la instrumentación previa de la uretra podría modificar la morfología valvular transformando un tipo III en tipo I.

En el trabajo se relata la experiencia realizada en 7 lactantes a quienes se les realizó estudio endoscópico de la uretra, sin que hubiera instrumentación previa de la misma, pues se practicó una derivación suprapúbica por punción para drenar la vejiga.

Encontraron que eran todas válvulas tipo III y, al pasar un catéter ó un ansa de resección, se transformaron en tipo I.

Llegan a la conclusión de que, discutir la diferente embriología y morfología de las válvulas tipo I tipo III resulta, hoy en día, innecesario.

Coincido con los autores en que la instrumentación previa de la uretra modifica la morfología de las válvulas. Creo además que es de buena práctica colocar un catéter suprapúbico en el neonato con válvulas de uretra posterior y globo vesical; pues la instrumentación uretral podría generar secuelas tardías como las temidas estenosis de uretra.

En los neonatos con uretra de poco calibre nosotros no insistimos en tratar de fulgurar las válvulas y recurrimos a una vasicostomía cutánea temporaria.

Dr. Roberto Castera

PAEDIATRIC UROLOGY

Follow-up Evaluation of Anomalies of the Vesicoureteric Junction

L. SZABÓ, Á. VISSY, É BORBÁS, I. CSÍZY and Á. L. KISS

Second Children's Department, Postgraduate Medical University, Borsod County Hospital, Miskolc, Hungary

Summary-Anomalies of the vesicoureteric junction are important, particularly obstruction and reflux, as they may predispose to urinary tract infection. Over a 5 - year period, 52 babies were referred with dilatation of the urinary tract detected antenatally or/and postnatally by ultrasound.

Sixteen had an anomaly of the vesicoureteric junction: 9 had vesicoureteric reflux, 3 had ureteroceles, 1 had urethral stenosis with secondary reflux and 3 had stenosis of the vesicoureteric junction. Ten patients underwent 14 surgical procedures. The mean time to reconstructive surgery was 9.3 months. Ultrasonography showed regression of the dilatation in all patients who underwent surgery. Seven patients with minor dilatation are still under observation. In only 1 case was there loss of renal parenchyma. With conservative medical treatment the patients are 1 year old before reconstructive surgery is undertaken ; with reflux, however, progression may indicate earlier surgery.

COMENTARIO

El Dr. Szabo y col. analizaron la experiencia recogida al estudiar 52 niños en el Departamento de Pediatría del Borsod Country Hospital, Miskolc de Hungría por presentar una dilatación del aparato urinario diagnosticada a través de la ultrasonografía (U.S.) prenatal o inmediatamente del nacimiento. Los niños con diagnóstico prenatal de dilatación del sistema colector fueron nuevamente evaluados con ecografías en el período neonatal, a fin de corroborar el diagnóstico inicial. En presencia de una hidronefrosis confirmado por U.S. luego del nacimiento se completó la evaluación del neonato mediante una cistouretrografía miccional (C.U.G.M.) (n=10), urograma excretor (n=12), centellograma renal (n=2) y ecografías con prueba de furosemida (n=3).

En esta serie, 16 niños (10 varones y 6 niñas) presentaron anomalías de la unión ureterovesical: 9 con reflujo vesicoureteral primario, 3 con sistemas dobles completos asociados a un ureterocele, 3 con megaureteres y 1 con válvulas de la uretra posterior (V.U.P.) y reflujo bilateral. Diez de los 16 niños fueron intervenidos quirúrgicamente del siguiente modo: 3 heminefrectomías, 2 nefrostomías percutáneas y 1 ureterostomía cutánea.

Las anomalías congénitas del aparato urinario tienen una incidencia que oscila aproximadamente en 1 de cada 750 a 3000 alumbramientos. Es factible llevar a cabo el diagnóstico de estas malformaciones a través de la U.S., basado en la diferente densidad de los tejidos propios del aparato urinario y la orina presente en el sistema colector. (1) La U.S. logra identificar el riñón fetal entre las 17 y las 18 semanas en el 90% de los casos y este índice se eleva a un 95% a las 22 semanas de gestación. Finalmente la U.S. puede determinar la existencia de daño renal mediante el registro de la ecogenicidad del parénquima renal. Sin embargo, muchas veces, la U.S. no es capaz de diferenciar una dilatación del árbol urinario de una uropatía obstructiva verdadera y en consecuencia se la debe complementar con otros estudios.

Los autores del trabajo practicaron el primer control ecográfico en el período neonatal, al 4to. día del nacimiento para evitar falsas interpretaciones como sucede a raíz de factores tales como la deshidratación postnatal, la caída del filtrado glomerular que ocurre en las primeras 24 horas de vida y a la acción muscular dilatadora ejercida por la progesterona materna sobre el músculo liso del sistema colector. Sin embargo, cuando la dilatación renal era bilateral o existía un compromiso severo de la función renal, los autores procedieron a evaluar al

neonato en el primer o segundo día del nacimiento, ya que estas circunstancias obligan al urólogo a adoptar conductas terapéuticas precoces.

Cabe destacar que en la evaluación de las dilataciones del aparato urinario los autores no mencionan al radiorenograma diurético. Esta prueba, a pesar de que el parénquima renal en el período neonatal inmediato no responde eficazmente a la acción del diurético, al diferirla un par de semanas, mejora sustancialmente su interpretación ayudando a diagnosticar una obstrucción en forma más fehaciente. (2)

El concepto vertido por los autores del trabajo que sostiene que existe una reducción del riesgo de insuficiencia renal, si se corrige quirúrgicamente el reflujo vesicoureteral en el primer año de vida, es discutido.

En una serie de 102 niños con reflujo vesicoureteral primario la incidencia de daño renal al efectuar el primer estudio radiológico fue de 44,5%. Asimismo, 35% de las unidades renales con daño parenquimatoso correspondían a niños menores de 1 año. No obstante estos hallazgos, al evaluar la función renal la incidencia de insuficiencia renal fue únicamente del 7%. (3)

Por otro lado a los neonatos con reflujo grado IV ó V es preferible tratarlos inicialmente con una vesicostomía y de persistir el reflujo, en una etapa ulterior se procede al cierre de la vesicostomía y simultáneamente a la corrección quirúrgica del mismo. La técnica utilizada por los autores del trabajo para corregir el reflujo vesicoureteral fue la de Politano-Leadvetter, siendo preferible el procedimiento de Cohen, que evita la disección extravesical del uréter.

A pesar de existir controversias acerca de cual es el mejor tratamiento inicial en pacientes con V.U.P., la derivación por tiempo prolongado de orina a través de una sonda uretral trae aparejado el riesgo de una uretritis y la complicación más temida que es la estrechez uretral.

En resumen la U.S. es un método diagnóstico incruento, no invasivo, de rápida realización que puede repetirse cuantas veces sea necesario sin consecuencias para el niño. Estas características hacen que tenga gran valor en urología pediátrica donde las malformaciones congénitas requieren exámenes reiterados.

La ecografía de tiempo real, con ondas de alta resolución y frecuencia (3,5 - 7 mhz) es el procedimiento de elección para el control y seguimiento del feto. El aparato urinario debe ser sistemáticamente incluido en el transcurso de la ecografía obstétrica. Es indispensable valorar la situación, tamaño y morfología del riñón y medir las dimensiones de la pelvis renal. Los uréteres, en condiciones normales no son visibles, no ocurriendo lo mismo con la vejiga que siempre debe ser reconocida. Los hallazgos ecográficos, en presencia de V.U.P. varían en relación a la gravedad de la obstrucción. Los casos más graves cursan con oligohidramnios, hidronefrósis severa y dilatación ureteral marcada asociados a una megavejiga. En las obstrucciones moderadas, el grado de hidronefrósis es variable al igual que la cantidad de líquido amniótico.

Finalmente los reflujo severos cursan con distensión vesical y ureteral y una moderada dilatación de las cavidades renales; sin embargo el volumen del líquido amniótico permanece sin alteraciones. Luego del nacimiento la micción espontánea hace desaparecer todo signo de ectasia urinaria y la C.U.G.M. es mandatoria y define el diagnóstico.

Dr. Miguel Luis Podesta

BIBLIOGRAFIA

1. LOPEZ, J.C.: Uropatías en la infancia: Diagnóstico prenatal. Puesta al Día N°13, S.A.U., Septiembre 1991.
2. KAAS, E. J.; FINK-BENNETT, D.: Contemporary Techniques for Radioisotopic Evaluation of the Dilated Urinary Tract. Urol. Clin. North Am. 17(2): 273, 1990.
3. QUESADA, E.M.; PODESTA, M. L.; GARDES, A.: Reflujo vesicoureteral primario: estudio evolutivo de 102 pacientes. Rev. Arg. de Urología y Nefrología 50(1): 11, 1984.

NOTICIAS DE LA SAU

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 período de presentación comprendido entre el 1º y el 30 de setiembre de cada año, el que se hará conocer a todos los socios titulares.

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.

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.

CORREO ELECTRONICO (BBS)

Se encuentra instalado y funcionando en nuestra sede en el número telefónico 40-9933, accediendo al mismo vía MODEN con su propia PC, usted podrá tener intercambio de correspondencia personal y privada con la Sociedad o con otros colegas.

También, y fundamentalmente, solicitar información bibliográfica de nuestro sistema de lector laser y encontrar, a "vuelta de correo" electrónico, las citas solicitadas con su correspondiente "abstract". Las fichas se transfieren a su propia PC en pocos minutos, y Ud. podrá realizar búsquedas y selecciones e imprimirlas o seleccionar e imprimir citas bibliográficas sin necesidad de escribirlas.

Para tener acceso al sistema comunicarse con el sysop (Sistema Operativo) Bernardo, quien lo incorporará, le dará su número, su clave y su nivel de acceso y podrá tirar el manual del usuario del BBS.

El horario de funcionamiento del BBS será de 20 a 10 horas del día siguiente los días hábiles y las 24 horas los feriados. El contacto vocal con sysop de 15 a 20 horas de lunes a viernes.

Combate de los Pozos 246 - 1er Piso - Depto. 5 - (1080) Capital Federal - Buenos Aires, Argentina

Tel. 40-9933 / 476-4976 - Fax: 476-4976 - BBS: 40-9933

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 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."

BIBLIOTECA

En la sede de la Sociedad Argentina de Urología funciona la Biblioteca, 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

23º CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE UROLOGIA

Se efectuará en Sidney, Australia del 18 al 22 de Septiembre de 1994.

Temas centrales: Aplicación de nuevas formas de terapéutica energética en Urología (Hipertemia, Láser, Ultrasonido) Cirugía reconstructiva del tracto urinario bajo.
Complicaciones urológicas de la cirugía y radioterapia pélvica.
Implantes e inyecciones de materiales en Urología.
Cirugía de nódulos linfáticos en Urología.

Informes: SIU Congress Secretariat
P.O. BOX 787, Potts Point
NSW 2011, Australia
Tel (+61-2) 357-2600
Fax (+61-2) 357-2950

BECAS OFRECIDAS A TRAVES DE LA CONFEDERACION AMERICANA DE UROLOGIA

- 1) HOSPITAL BICHART, París, Francia. Jefe: Profesor L. Boccon-Gibod; 1 año de duración. Conocimientos de francés.
- 2) UNIVERSITE DE RENNE, Francia. Jefe: Profesor B. Lobel; 1 año de duración. Conocimientos de francés.
- 3) CENTRE MEDICO-CHIRURGICALE DE LA PORTE DE CHOISY, París, Francia. Jefe: Profesor J. M. Brisset. Duración 3 a 6 meses. Conocimientos de francés.
- 4) ST. JAMES' UNIVERSITY, Nashville, Tennessee, USA. Jefe: Profesor Joseph Smith. Conocimientos de inglés.
- 5) JAPANESE FOUNDATION FOR RESEARCH 7 PROMOTION OF ENDOSCOPY, Tokyo, Japón. Duración: 4 semanas. Idioma inglés. Perfeccionamiento en Endourología.
- 6) NUMEGEN UNIVERSITY, Holanda. Jefe: Profesor Frans Debruyne. Duración 1 año. Conocimiento de inglés.
- 7) UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES. Hospital Erasme, Bélgica. Jefe: Profesor C. Shulman. Duración 1 año. Conocimientos de francés.
- 8) UNIVERSITE DE STRASBOURG, Hospital Civil, Francia. Jefe: Profesor Claude Boilack. Conocimientos de francés.
- 9) HOSPITAL UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA, España. Jefe: Profesor J. Valdivia Uría. Duración: 2 meses. Tema: Endourología. Idioma: Español.
- 10) POLICLINICO VIGO, Vigo, España. Jefe: Dr. E. Zungri. Duración: 1 año. Tema: Urología general. Idioma: Español.
- 11) Español.
- 12) AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION. Beca de viaje por 6 meses con estadías en tres Servicios de Urología a partir de julio de 1993. Idioma: inglés. Se ofrece alojamiento con pensión y u\$s 2.500.
- 13) FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Madrid. España. Jefe: Prof. Dr. R. Verla Navarrete; 3 meses.
- 14) INSTITUTO DE CANCER. Bogotá. Colombia. Jefe: Dr. Carlos Vargas; Duración 6 meses.
- 15) UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA. Los Angeles (UCLA) USA. Jefe: Dr. J. de Kernion; 3 meses. Conocimiento de inglés.

Para su inscripción, enviar los siguientes datos por TRIPLICADO:

- a) CURRICULUM VITAE del candidato.
- b) CARTA de presentación del jefe del Servicio donde trabaja actualmente.
- c) CARTA de presentación del representante de la CAU 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 conocimiento de idioma (TOEFL, Alliance Française, etc.)
- f) Edad máxima: 40 años, excepto en Becas 3 y 6.
- g) Los trámites llevan tiempo, por lo que se requiere empezar con antelación.

LOS INTERESADOS PODRAN RECABAR MAS INFORMACION A:

Dr. León Bernstein-Hahn, presidente de la CAU.
Casilla de Correo 188, Sucursal 26,
(1426) Buenos Aires, Argentina, Fax: (541) 783-4039

o

Dr. Carlos Vargas C., Asociación Médica de los Andes,
Cra. 9 # 117-20 Bogotá, Colombia,
Fax: (571) 212-2458

PROXIMA SEDE DEL CONGRESO DE LA C.A.U.

Se efectuará en la ciudad de Guayaquil - Ecuador, el XXII Congreso de la C.A.U.; el mismo se realizará del 20 al 24 de Agosto de 1994. El Presidente del comité Organizador es el Dr. Gustavo Calderón v. B., y el secretario General Dr. Miguel S. Coello F. Dirección del Comité Organizador: P.O. Box 09.04-627 Telfs: (593-4) 280311 - 280687 - 280687. Fax 287857.

TEMAS OFICIALES

Los temas oficiales del XXII Congreso de la C.A.U. Guayaquil 94 son los siguientes:

- * **CIRUGIA LAPAROSCOPICA**, España coordinará la Mesa Redonda junto a Venezuela y USA.
- * **TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE LA HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA**, Brasil será el coordinador junto Chile, Argentina y Ecuador.
- * **DERIVACIONES URINARIAS**, Uruguay coordinará la Mesa Redonda junto a Cuba, Colombia y México.

ACTUALIZACION DE DOMICILIO

La distribución de nuestra revista tropieza con la falta de actualización del 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.

CURSO DE AVANCES EN UROLOGIA

ENCUENTRO ARGENTINO - ESTADOUNIDENSE DE UROLOGIA

21, 22 y 23 de Abril de 1994

HOTEL LIBERTADOR KEMPINSKY

Av. Córdoba y Maipú
Buenos Aires - Argentina

Invitados extranjeros de la Universidad de California U.C.L.A.

Drs. Shlomo Raz

Gerhard Fuchs

Ariel Belldegrum

Temas Centrales: Urología Femenina

Endourología

Laparoscopia

Oncología Urológica

Litiasis

Secretaría: Sociedad Argentina de Urología

Combate de los Pozos 246 1º Piso - Dto. "5"

Tel. 40-9933 Fax 476-4976 Modem 40-9933

(1080) Buenos Aires - Argentina

SAU

PROXIMAS FECHAS DE EVALUACION DEL COMITE COLEGIO ARGENTINO DE UROLOGOS

Título de Especialista:

La próxima fecha de Evaluación será abril de 1994 durante el Curso de Avances.

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 476-4976 - Fax: 476-4976

COMITE COLEGIO ARGENTINO DE UROLOGOS

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

TITULO DE ESPECIALISTA EN UROLOGIA

TITULO 1

Artículo 1. - Son requisitos indispensables:

- a) Solicitud de Inscripción.
- b) Presentar el título Médico expedido por la 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 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 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.

III JORNADAS DE ACTUALIZACION EN UROLOGIA

Las mismas se llevarán a cabo en el Hotel Provincial de Sierra de la Ventana, los días 18, 19 y 20 de Noviembre del corriente y están organizadas por el Servicio de Urología del Hospital Italiano Regional del Sur y el Centro Urológico del Sur, de Bahía Blanca (Pcia. de Buenos Aires). Los temas centrales serán de Uro-Oncología: Cáncer de Próstata, Cáncer de Vejiga y Cáncer de Testículo.

Informes: Servicio de Urología del Hospital Italiano Regional del Sur, Centro Urológico del Sur
Bahía Blanca (Pcia. de Buenos Aires)
Fax: 091-515555

4TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON RECENT ADVACES IN UROLOGICAL CANCER. DIAGNOSIS AND TREATMENT

Se efectuará en el Hotel Intercontinental de París, del 22 al 24 de Junio de 1994.

Información: Pr Saad Khoury, Clinique Urologique (Pr. Chatelain)
Hôpital de la Pitié, 83 Bd de l'Hôpital, 75634 Paris Cedex 13 - France
Tel: 33(1)45 70 38 62 - Fax: 33(1)45 70 30 78

III CONGRESO DE LA SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE NEUROUROLOGIA UROGINECOLOGICA (SINUG)

La Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología, tiene previsto; celebrar su Tercer Congreso en Cancún, México del 13 al 17 de Abril de 1994.

Informes e Inscripción: Dr. J. Conejero Sugrañes, calle Josep Bertrand 7, 7º. 1º08021

OFRECIMIENTO

La Revista Argentina de Urología ofrece a todos los urólogos nacionales y extranjeros la posibilidad de publicar en esta Sección de Noticias los anuncios de Congresos, Jornadas, Reuniones Científicas, ofrecimientos de becas, residencias, pasantías, etc.

Los interesados deben enviar el material a publicar a nuestra Sede.

VIDEOTECA CENTRAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

La Secretaría de Educación Médica y la Videoteca Central de la Facultad de Medicina ofrece, a todos los miembros de la Sociedad Argentina de Urología, la utilización de las instalaciones y del material científico de la Videoteca Central para la realización de programas educativos de post-grado.

RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA

DR. ENRIQUE ROSSI

- Radiología general
- Ecografía
- Eco doppler color
- Tomografías computadas
y punciones guiadas
- Densitometrías óseas
- Laboratorios de análisis clínicos



**CENTRO DE DIAGNOSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**

Arenales 2777 (1425) Buenos aires
Tel.: 821-1500/8080 824-8000 821-4037/8

Horarios de atención: Lunes a Viernes de 8 a 20 hs. Sábados de 9 a 12 hs.
Guardia permanente todos los días las 24 hs.