



## METÁSTASIS TESTICULAR ASINCRÓNICA DE ADENOCARCINOMA RENAL.

### Presentación de un caso

## ASYNCHRONOUS TESTICULAR METASTASIS OF RENAL ADENOCARCINOMA.

### Case report

Dres. Coimbra Ferrari, F.; Bernardo, N.; Avagnina Iribarren, M. A.; Ghirlanda, J. M.

**RESUMEN:** *Las metástasis testiculares del adenocarcinoma renal son extremadamente raras. Presentamos un caso de adenocarcinoma renal localmente avanzado, que presentó una metástasis testicular izquierda al quinto mes de la nefrectomía radical. Simultáneamente, revisamos la patología testicular metastásica.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 4, Pág. 194, 1995)

**Palabras clave:** Carcinoma renal; Metástasis de carcinoma renal.

**SUMMARY:** *Here in we report a rare case of a patient who developed a testicular metastasis, fifth months after a radical nephrectomy was accomplished due to an advanced renal adenocarcinoma. A review of the literature is performed.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 60, Nº 4, Pág. 194, 1995)

**Key words:** Renal cell carcinoma; Metastatic renal cell carcinoma.

## INTRODUCCIÓN

Se han comunicado aproximadamente 200 casos de carcinoma metastásico en el testículo, y casi todos ellos se descubren accidentalmente en la autopsia de pacientes que fallecieron por metástasis generalizadas.

La vía de diseminación hacia el testículo puede ser hematogena, linfática o por invasión directa de masas tumorales contiguas. El adenocarcinoma renal puede invadir el testículo a través de los vasos espermáticos.

Servicio de Urología del Hospital de Clínicas  
"José de San Martín", U.B.A.  
Av. Córdoba 2351 - (1120) Buenos Aires - Argentina  
Aceptado para su publicación en septiembre de 1995

## Caso clínico

Paciente de 67 años con antecedentes de tos irritativa de 2 años de evolución, agregándose lumbalgia izquierda desde un año previo a la consulta.

**Antecedentes personales:** Hipertensión arterial e hiporexia de un año de evolución con pérdida de 5 kilos y varicocele izquierdo de larga data. En los antecedentes quirúrgicos se halló corrección de varicocele izquierdo a los 15 años y vasectomía a los 40.

**Exploración física:** Masa palpable e indolora en hipocostrio izquierdo y varicocele (Grado III) homolateral.

**Ecografía:** Formación sólida en polo inferior renal izquierdo de 11 × 9 × 10 cm y 2 quistes renales simples derechos, el mayor de ellos de 9 cm de diámetro (Foto 1).

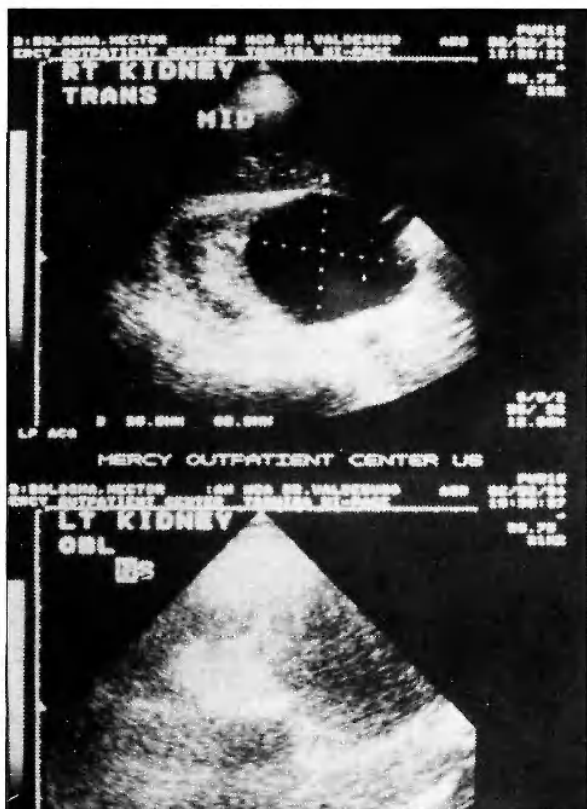


Foto 1: Ecografía. Formación sólida en polo inferior renal izquierdo de  $11 \times 9 \times 10$  cm y 2 quistes renales derechos.

**TAC:** Tórax sin lesiones pleuropulmonares y abdomen con formación sólida de  $11 \times 10$  cm en la valva posterior del polo inferior renal izquierdo con adenomegalias hiliares y sin compromiso vascular. En el riñón derecho se observan 2 quistes simples (Foto 2).

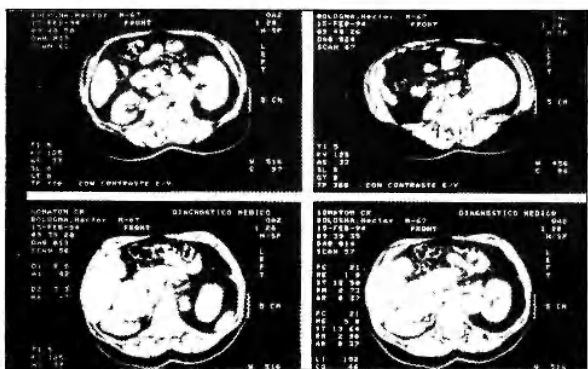


Foto 2: TAC. Formación sólida de polo inferior renal izquierdo de  $11 \times 10$  cm con adenomegalias hiliares y 2 quistes renales derechos.

Con fecha 3/3/94 se realizó nefrectomía radical izquierda con linfadenectomía y marsupialización de quistes renales derechos por vía anterior, estadificándose quirúrgicamente T3a.N2.M0.

**Informe de anatomía patológica:** Carcinoma de células claras, con moderado pleomorfismo nuclear (Grado II), que invadía además el uréter. La vena renal mostraba un émbolo neoplásico. Dos de los ganglios resecaados del hilio renal presentaban metástasis T(3)a.N(2).M(0).G(2). En la Foto 3 puede observarse la imagen microscópica del tumor primario.

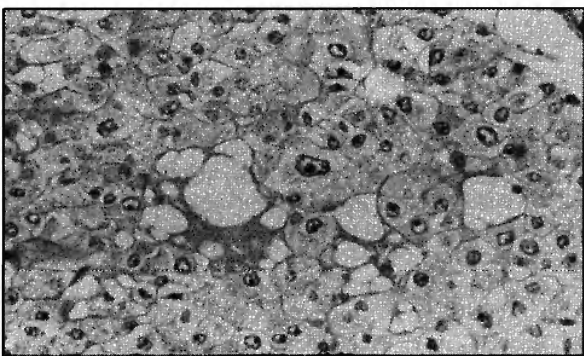


Foto 3: Carcinoma renal de células claras, primario, con moderado pleomorfismo nuclear (Grado II) HE 250x.

La evolución postoperatoria fue favorable dándose el alta hospitalaria al octavo día.

En el control del quinto mes se observó aumento de volumen y consistencia del testículo izquierdo. Fue operado por vía inguinal, extirpando el testículo reemplazado por tumor.

**Informe de anatomía patológica:** Metástasis de carcinoma renal previo, con un grado nuclear similar. El testículo remanente mostraba evidencias de atrofia por compresión y el epidídimo y el cordón espermático no presentaba alteraciones (Foto 4).

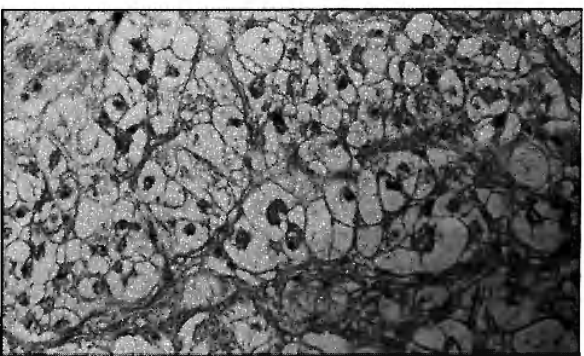


Foto 4: Metástasis testicular del carcinoma renal, con un grado histológico similar, HE 250x.

---

## COMENTARIOS

---

El carcinoma renal tiende a dar metástasis a pulmón, ganglios linfáticos, hígado, glándula adrenal, cerebro, hueso y otros sitios menos frecuentes (piel, costilla, cordón espermático, páncreas, uréter contralateral)<sup>(1, 2, 4)</sup>.

Después de la nefrectomía pueden aparecer metástasis en cualquier órgano, entre uno y seis meses<sup>(5)</sup>, siendo la sobrevivencia de los pacientes de siete a dieciséis meses<sup>(6)</sup>, disminuyendo en un 51 % cuando al realizar la nefrectomía se conocen las metástasis a distancia.

La incidencia de metástasis testiculares es del 0,8 a 2,3 % de todos los tumores testiculares<sup>(7)</sup>. Es más frecuente entre los 60 y 80 años<sup>(8)</sup>.

La primera descripción se remonta a 1935, realizada por Creevy en un paciente con tumor renal<sup>(9)</sup>. Desde entonces se describieron más de 200 casos en la literatura mundial, siendo bilateral en aproximadamente un 15 %. Lo frecuente es descubrir dicha metástasis en pacientes con un tumor primario ya diagnosticado. Sólo en 13 ocasiones la masa testicular se ha presentado como manifestación inicial<sup>(7)</sup>.

Los tumores primarios más frecuentes que dan metástasis testiculares son los adenocarcinomas prostáticos con un 29 %. Esto es debido a su alta incidencia, y a la realización de orquiectomías para su tratamiento.

Otros tumores primarios descriptos son pulmón con un 16 %, melanoma 11 %, riñón 9 %, neuroblastoma 7 %, colon y recto 7 %. Con menor frecuencia estómago, vejiga, páncreas, suprarrenal, ojo, testículo, pene, apéndice, vía biliar, yeyuno y glándulas salivales.

Las vías de diseminación son la hematogena arterial o venosa y la linfática a través de vasos deferentes. A diferencia de los tumores testiculares primarios, ocupan el intersticio y suelen respetar los túbulos seminíferos.

Asimismo es característica la invasión vascular, linfática y de tunicas escrotales.

La sospecha diagnóstica se realiza por exploración física, apoyada por la ecografía. La confirmación la da el estudio de la pieza anatomopatológica<sup>(10)</sup>.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Lang, E.: "Renal cell carcinoma presenting with metastases to pulmonary hilar nodes". *J. Urol.*, 118:543, 1977.
2. O'Dea, M. J.; Zincke, H.; Utz, D. C. y Bernatz, P.: "The treatment of renal cell carcinoma with solitary metastasis". *J. Urol.*, 120:540, 1978.
3. Onishi, T.; Machida, T. y Masuda, F. y col.: "Nephrectomy in renal carcinoma with distal metastasis". *Br. J. Urol.*, 63:600, 1989.
4. Previte, S. R.; Willscher, M. K. y Burke, C. R.: "Renal cell carcinoma with solitary contralateral metastasis: Experience with 2 cases". *J. Urol.*, 128:132, 1982.
5. Maldazys, J. D. y De Kernion, J. B.: "Prognostic factors in metastatic renal carcinoma". *J. Urol.*, 136:376, 1986.
6. Montie, J. E.; Stewart, B. H. y Straffon, R. A. y col.: "The role of adjunctive nephrectomy in patients with metastatic renal cell carcinoma". *J. Urol.*, 117:272, 1979.
7. Shreyaskumar, R.; Patel, R.; Richardson, R. L. y Kvols, L.: "Metastatic cancer to the testis: A report of 20 cases and review of the literature". *J. Urol.*, 142:1003, 1989.
8. Dilworth, J. P.; Farrow, G. M. y Oesterling, G. E.: "Non-germ cell tumors of testis". *Urology*, 37:399, 1991.
9. Creevy, C. D.: "Confusing clinical manifestations of malignant renal neoplasm". *Arch. Intern. Med.*, 55:895, 1935.
10. Blasco de Villalonga, M.; Llarena Iburguren, R.; Acha Pérez, M.; Albisu Tristán, A. y Vesga Molina, F.: "Metástasis testicular de adenocarcinoma renal; presentación de un caso". *Arch. Esp. de Urol.*, 47, 3 (281-282), 1994.

---

## COMENTARIO DE TRABAJOS

---



Coordinador: Dr. Elías Jorge Fayad

---

*The Journal of Urology*  
© 1995 by American Urological Association, Inc.  
Vol. 153, 1491-1493, May 1995

---

### INCIDENCE OF ERECTILE IMPOTENCE SECONDARY TO TRANSURETHRAL RESECTION OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA, ASSESSED BY PREOPERATIVE AND POSTOPERATIVE SNAP GAUGE TESTS

Tscholl, R.; Largo, M.; Poppinghaus, E.; Recker, F.; Subotic, B.

*From the Department of Surgery, Urological Clinic, Kantonsspital Aarau, Aarau, Switzerland*

---

**SUMMARY:** In an attempt to assess the impotence rate secondary to transurethral resection of the prostate more objectively than by merely interviewing patients, potency was evaluated with the Snap-Gauge test. The test was used preoperatively to recruit patients with intact potency. The 98 patients studied underwent transurethral resection of the prostate and were retested during postoperative night 4. Of the 98 patients 64 remained potent while 34 did not. These 34 men were retested 3 months later, and 26 were potent and 8 were impotent. Therefore, 8 of 98 patients (8.3%) became impotent as a consequence of transurethral resection of the prostate. The risk specific to subgroups in cases of small (less than 10 mg resectable tissue) and larger adenomas is 11.1% and 7.7%, respectively, for men older than 65 years, and 7.1% and 0%, respectively, for men younger than 65 years. A selective indication taking into account patient age and prostatic size might further lower the already low impotence risk of transurethral resection of the prostate.



#### Comentario

---

*La aparición de impotencia sexual luego de la resección transuretral de la próstata (RTUP) es una de las complicaciones del método, cuya etiología no está bien establecida y su incidencia ha sido comunicada en varias publicaciones en forma muy variable, siempre basadas en cuestionarios. En este importante trabajo, se evaluaron 215 pacientes que se definieron como potentes, con la colocación de un dispositivo Snap-Gauge la noche previa a la RTUP. A los 98 pacientes que presentaron el test normal en el preoperatorio (rotura de las 3 bandas) se repitió el test la noche posterior al retiro del catéter, siendo normal en 64. A los 34 pacientes que no rompieron las 3 bandas se reiteró el test a los 3 meses, y éste fue normal en 26. La incidencia de impotencia luego de la RTUP en este grupo fue de 8 en 98 pacientes (8,3%).*

*Los autores destacan que 6 de los 8 pacientes en los que se comprobó impotencia tenían más de 65 años y menos de 10 gramos de tejido resecable, lo que definiría un grupo de riesgo.*

*Hay que tener en cuenta que si los pacientes fueran estudiados con métodos más sofisticados como el Rigiscan, probablemente la incidencia podría ser mayor, en particular si se analizan pequeños cambios en la rigidez y variaciones en la duración de las erecciones.*

---

**SAU**

*Los datos aportados por este trabajo, primero en su tipo, deben considerarse en el momento de tomar una decisión quirúrgica, especialmente en pacientes mayores de 65 años con glándulas pequeñas.*

---

**Dr. Edgardo F. Becher**

Médico de Planta del Servicio de Urología  
del Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A., Buenos Aires  
Director del Centro de Diagnóstico Urológico

---

*The Journal of Urology*  
© 1995 by American Urological Association, Inc.  
Vol. 153, 1506-1509, May 1995

---

## **DOES TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE POSE A RISK TO LIFE? 22-YEAR OUTCOME**

---

**Koshiba, K.; Egawa, S.; Ohori, M.; Uchida, T.; Yokoyama, E.; Shoji, K.**

*From the Department of Urology, Kitasato University School of Medicine, Kanagawa, Japan*

---

**SUMMARY:** The clinical outcomes of 717 patients who underwent transurethral resection for benign prostatic hyperplasia between 1971 and 1981, and of 48 who underwent open prostatectomy during the same period were evaluated. All living patients could be followed for a minimum of 12 years postoperatively. The cumulative percentage of patients undergoing a secondary operation was substantially greater after transurethral resection of the prostate than after open prostatectomy. The volume of resected tissue, operating time, requirement for blood transfusion and hyponatremia during or after the procedure did not affect long-term outcome of patients in the transurethral resection group. Abnormal preoperative electrocardiography and azotemia appeared to be associated with increased risk of postoperative mortality after controlling for other variables ( $p < 0.05$ ). Actuarial survival rates did not differ substantially for patients who underwent transurethral resection and open prostatectomy, and exceeded the expected survival rates in the general male population in the same age group in Japan. Both procedures are safe for the symptomatic relief of urinary obstruction due to benign prostatic hyperplasia. Prostatectomy does not jeopardize long-term survival of the patients.



---

### **Comentario**

*El Dr. Ken Koshiba y col., evalúan los resultados de 717 pacientes a quienes se efectuó RTUP en la HPB, entre 1971 y 1981 y los comparan con 48 pacientes a quienes se realizó adenomectomía prostática a cielo abierto. Durante el mismo periodo, todos los pacientes vivos pudieron ser seguidos durante un mínimo de 12 años en el postoperatorio.*

*Las investigaciones de Roos y col. basadas sobre datos sanitarios cooperativos, comparando mortalidad y reintervenciones entre RTUP y cirugía abierta, crearon un gran impacto en la bibliografía mundial y desde entonces son puntos de consulta y referencia obligada en todos los trabajos sobre HPB.*

*En esta revisión Ken Koshiba y col. comparan la RTUP y la adenomectomía a cielo abierto, en pacientes orientales en Japón; la edad de los pacientes en los que se realizó RTUP o adenomectomía fue 69,7 y 69,9 años respectivamente (diferencia no significativa); el tiempo promedio de cirugía fue mayor en los pacientes con cirugía a cielo abierto (108,5 minutos) que en los que se efectuó RTUP (68,8 minutos).*

*De los 717 pacientes en el grupo de RTUP, 40 (5,6%) necesitaron reoperaciones secundarias a esclerosis de cuello vesical, o inadecuada resección inicial; de los 48 pacientes con cirugía a cielo abierto sólo uno (2,1%) requirió cirugía por recurrencia de HPB.*

---

**SAU**

La tasa de mortalidad operatoria (definida como fallecidos dentro de un mes del postoperatorio) fue cero en esta serie.

La sobrevida a largo plazo no difiere significativamente entre la RTUP y la adenomectomía, comparando ambos grupos, y la tasa de sobrevida excede a la esperada para la población masculina en general en el mismo grupo de edad.

En este estudio, los niveles de creatinina sérica de 1,6 dl o mayores, los ECG anormales y la edad al efectuarse la cirugía estaban asociadas con la posibilidad de disminución de la sobrevida a largo plazo. Dado que este trabajo fue realizado en hombres orientales, los factores raciales también deberían ser considerados.

Estas conclusiones se oponen al tan comentado trabajo de Roos y col. donde la mortalidad post RTUP (2,8% a los 3 meses, 7,9% al año y 45% a los 8 años) es superior a la adenomectomía a cielo abierto (2,4% a los 3 meses, 5,8% al año y 37,2% a los 8 años); igual sucede con el número de reoperaciones comparando la RTUP (3,2% al año y 13,6% a los 8 años) con la adenomectomía (0,8% al año y 3,53% a los 8 años).

Los resultados finales obtenidos en el trabajo que realizó Ken Koshiba indican que la sobrevida es igual si se compara la RTUP con la cirugía a cielo abierto y supera a la de una población en general de la misma edad; concluye que la cirugía prostática no pone en peligro la sobrevida a largo plazo. El número de reoperaciones es significativamente mayor en las RTUP, pero comparándolas con los trabajos de Roos y col. es significativamente menor.

Coincido con Vicente Rodríguez antes de aceptar las críticas de Roos a la RTUP; si se compara con el trabajo que comentamos debemos considerar algunos factores:

- **Selección del paciente:** Los pacientes prostáticos de alto riesgo son más frecuentemente sometidos a la RTUP que la cirugía a cielo abierto. En un estudio operativo de la AUA sólo el 23% de los pacientes a los que se efectuó el RTUP, no tenían una importante patología médica; también la mortalidad varía según los países donde se realiza la cirugía. Al realizar RTUP en hombres jóvenes y con próstatas pequeñas al tener mayor sobrevida las posibilidades de reintervención por nueva hipertrofia son mayores.

- **Selección de próstata:** Las próstatas en las que se realiza RTUP son en general más pequeñas, pero se ha demostrado que éstas tienen mayor componente fibroso y son más obstructivas. Estas próstatas tienen un mayor porcentaje de insuficiencia renal previa y un mayor peligro de esclerosis secundaria del cuello vesical.

- **Selección de urólogos y centros:** La mortalidad post RTUP aumenta en forma inversamente proporcional al número de camas de los hospitales, número de intervenciones al año y programa de enseñanza; también hay diferencias significativas según sea realizado por staff o residentes.

C. G. Roehrborn y col. analizan 150 estudios sobre 50.000 pacientes prostáticos con la RTUP y verifican que con esta última se consiguen mejores resultados (85%) que con la adenomectomía (79%). H. Lepor obtiene con la RTUP resultados superiores que con otras alternativas existentes para el tratamiento de la HPB.

---

**Dr. Alberto José Puscinski**

Jefe de Endourología, Endoscopia y Cirugía

Endoscópica del Hospital Aeronáutico Central de Buenos Aires

Docente Autorizado de la U.B.A.

---

The Journal of Urology  
© 1995 by American Urological Association, Inc.  
Vol. 153, 1409-1414, May 1995

---

## LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY: INITIAL EXPERIENCE AND COMPARISON TO THE OPEN SURGICAL APPROACH

---

Winfield, H. N.; Donovan, J. F.; Lund, G. O.; Kreder, K. J.; Stanley, K. E.; Brown, B. P.; Loening, S. A.; Clayman, R. V.

From the Department of Urology, University of Iowa College of Medicine, Iowa City, Iowa

---

**SAU**

**SUMMARY:** During an 18-month period, 6 laparoscopic partial nephrectomies were attempted, 4 of which were successful. The surgical technique was modified and improved between cases aided by new laparoscopic instrumentation, such as the argon beam coagulator and the 7.5 MHz. ultrasonic sector scanning system. In a retrospective comparison between laparoscopic and open partial nephrectomy, estimated blood loss was 525 ml for the former versus 708 ml for the latter procedure. However, operating time was more than 2 hours longer with the laparoscopic approach. The major advantages of the laparoscopic procedure appear to be a more rapid return to full diet, less postoperative pain and less requirement for parenteral narcotics. Despite the small size of this series and limited follow-up data, convalescence may be shortened by 4 weeks after laparoscopic partial nephrectomy. Patients with benign diseases of the kidney, especially with a duplicated collecting system, who require partial nephrectomy may be considered candidates for the laparoscopic approach. The advantages to the patient, however, may be offset by the technical demands on the surgeon.



## Comentario

*La nefrectomía parcial según técnica tradicional está muy bien reglada y su tiempo quirúrgico no excede los 120 minutos.*

*Con esta técnica se pueden solucionar todas las patologías que requieran ser tratadas con una amputación parcial renal.*

*Los estudios preoperatorios necesarios son el urograma excretor, acompañado en las NP superiores o segmentarias por una arteriografía.*

*La sutura vascular y canalicular adecuada asegura la ausencia de hemorragias y pérdida de orina postoperatoria; la pérdida sanguínea intraoperatoria debe ser muy inferior a los 500 cm<sup>3</sup>. No se necesitan habitualmente otras maniobras urológicas (endoscopias, cateterismos, aparatología sofisticada, etc.).*

*La internación no supera los 8 días, siendo su convalecencia de 4 semanas. Las complicaciones son escasas (algunas infecciones de la herida).*

*Hemos analizado este interesante trabajo y se ha notado que los resultados que muestran tanto de la cirugía parcial tradicional como los de la cirugía laparoscópica no son buenos: la pérdida de sangre (tradicional 700 cm<sup>3</sup> y laparoscópica 500 cm<sup>3</sup>), el tiempo quirúrgico (tradicional 3,5 hs. y laparoscópica 6 hs.), la pérdida de orina (tradicional y laparoscópica 4 días), la convalecencia (tradicional 8 semanas y laparoscópica 2,25 semanas) y las complicaciones (tradicional 50 % y laparoscópica 66 %) son en general excesivos.*

*Creemos que estas cifras solamente han demostrado que esa operación puede ser realizada por vía percutánea, pero creo que si no mejoran sus resultados, no es recomendable su utilización.*

**Prof. Dr. León María Metz**  
Jefe del Servicio de Urología del  
Hospital Privado Antártida, Buenos Aires

British Journal of Urology (1995), 76, 192-195  
© 1995 British Journal of Urology

## VENOUS LEAK SURGERY: LONG-TERM FOLLOW-UP OF PATIENTS UNDERGOING EXCISION AND LIGATION OF THE DEEP DORSAL VEIN OF THE PENIS

Vale, J. A.\*; Feneley, M. R.; Lees, W. R.\*\*; Kirby, R. S.

Department of Urology, St Mary's Hospital, London. \*Department of Urology, St Bartholomew's Hospital, London and \*\*Department of Radiology, Meddlesex Hospital, London, UK

**SAU**

**SUMMARY: Objective:** To review the long-term results and satisfaction of patients after venous leak surgery for the management of impotence caused by a failure of passive venous occlusion.

**Patients and methods:** Twenty-seven patients (mean age 56 years, range 26-63) with erectile failure due to venous leakage, diagnosed on Colour Doppler Imaging (CDI) and pharmacocavernosometry and cavernosography, underwent venous leak surgery. In all cases the deep dorsal vein of the penis was excised and ligated along with any other large accessory veins. Patients were reviewed in out-patients at 3 months and asked to complete a questionnaire one year after surgery.

**Results:** Three months after surgery, 19 of 27 patients (70%) had been able to resume sexual intercourse, 17 (63%) had spontaneous erections and 2 (7%) required papaverine/prostaglandin E<sub>1</sub>. One year after surgery, 14 of 22 patients were able to achieve erections sufficient for sexual intercourse, although 4 of these required self-injection with papaverine. There were no serious complications, and when asked whether or not they would undergo the operation again, 13 of 20 said they would.

**Conclusions:** We conclude that venous leak surgery is a useful treatment modality in patients with pure venous leakage proven by pharmacocavernosometry and/or cavernosography, and in whom arteriogenic impotence has been excluded using CDI. These are often desperate patients who would rather accept the risk that this relatively minor procedure may fail in preference to undergoing implant surgery in the first instance or use a vacuum device. However, well-informed consent is essential.



## Comentario

*Personalmente, coincidimos con los autores cuando señalan la sencillez y rapidez del acto quirúrgico, para realizar la ligadura y extirpación de la vena dorsal profunda del pene y sus afluentes principales, cuando no se involucran a las venas crurales y cavernosas profundas, aunque no somos tan partidarios de su indicación terapéutica.*

*El análisis de los resultados de esta publicación, nos plantea un gran interrogante respecto de las evoluciones postquirúrgicas en seguimiento más alejado (2 años o más). Especialmente si consideramos algunas características particulares de esta enfermedad y su tratamiento quirúrgico, o los resultados desalentadores en el largo plazo publicados por otros autores, y aún nuestra propia experiencia, que aunque pequeña, no es muy optimista.*

*Algunos problemas importantes que presenta esta patología se deben a: a) el desconocimiento de su etiopatología, b) las dificultades para un diagnóstico correcto, c) la imposibilidad actual de tratamientos etiológicos específicos y d) los pobres resultados terapéuticos, especialmente a largo plazo.*

*Todo ello produce un gran desaliento en los cirujanos responsables del tratamiento, quienes desconocen muchos aspectos de la enfermedad que están tratando, y deben ofrecer a sus pacientes propuestas quirúrgicas indirectas, de cuyos resultados no están muy seguros y con altos índices de fracasos terapéuticos.*

*Pero también debemos ser realistas y reconocer que al presente, no disponemos de muchas alternativas terapéuticas para ofrecer a estos pacientes. Posiblemente las indicaciones de tratamiento resulten más sencillas en los casos de edad más avanzada, en quienes los dispositivos de vacío y los implantes protésicos peneanos, logran mayor aceptación.*

*Pero en los pacientes más jóvenes de 20, 30 ó 40 años, esta opción terapéutica debe ser tenida en cuenta, aún cuando los resultados no son todo lo bueno que deseamos.*

*Es muy importante la aclaración realizada por los autores de este trabajo, respecto del consentimiento informado de los pacientes, quienes deben recibir todo el asesoramiento pertinente sobre esta patología y sus posibles tratamientos.*

---

**Dr. José Vázquez**

*Médico de Planta del Servicio de Urología  
del Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A., Buenos Aires*



## REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- La Revista Argentina de Urología es el órgano oficial de publicaciones de la Sociedad Argentina de Urología.
- La Sociedad Argentina de Urología no comparte necesariamente las opiniones científicas vertidas por los autores.
- Los trabajos remitidos para su eventual publicación deberán ser enviados por duplicado a nuestra sede sita en Combate de los Pozos 246, primer piso, dpto. 5, (1080) Buenos Aires, Argentina.
- Tras su aceptación, los trabajos serán publicados según su orden cronológico, excepto que razones editoriales no lo permitan.
- No serán devueltos a sus autores.
- Los textos deben ser enviados escritos a máquina, a doble espacio, en hojas blancas tamaño oficio, tipeadas de un solo lado, con márgenes de por lo menos 25 mm, sin erratas, tachaduras y numeración correlativa sobre el borde superior o inferior derechos.
- El Comité Ejecutivo de la Revista Argentina de Urología se reserva el derecho de efectuar correcciones de carácter gramatical y/o literario.
- Las fotografías serán preferentemente en blanco y negro, de buena calidad y no se admiten diapositivas. En el dorso constará su numeración y orientación espacial, con una flecha señalando su borde superior. El texto de cada pie de foto se enviará en hoja aparte identificado con el mismo número. El tamaño aconsejable es de 127 mm x 173 mm.
- Además del texto y de las fotos, sólo se dispondrá de *tablas y figuras* que se enviarán en hojas separadas y con sus leyendas escritas a máquina a doble espacio, al pie de cada una.
- Los trabajos originales serán inéditos y deberá consignarse:
  1. **Título:**  
Conciso e informativo en *español e inglés*.
  2. **Autor(es):**  
Con sus apellidos seguidos de las iniciales de sus nombres.
  3. **Dirección postal:**  
Del autor principal, hospital o institución (completa).
  4. **Procedencia:**  
Lugar donde fue realizado el trabajo (si correspondiere) y fecha.
  5. **Resumen:**  
Hasta 200 palabras. En él debe expresarse el propósito del estudio o investigación, procedimientos básicos, hallazgos principales (datos estadísticos y su significación) y las conclusiones. Destacar los aspectos nuevos e importantes del estudio en *español e inglés*.
  6. **Palabras clave:**  
Entre 3 y 10 para resumir el banco de datos. Ver lista del Index Medicus en *español e inglés*.
  7. **Introducción:**  
Presentará el objetivo del artículo. Define la racionalidad del estudio. No incluye datos o conclusiones que el trabajo aportará.
  8. **Material y métodos:**  
Deben identificarse y detallarse los métodos, aparatos y procedimientos para permitir a otros autores reproducir los mismos resultados. Deben precisarse las drogas y los medicamentos empleados, incluyendo nombres genéricos, dosis y vías de administración; cuantificar los hallazgos y presentarlos con indicadores apropiados para medir error o inseguridad.  
*Ética:* Cuando se informa sobre experiencias en seres humanos debe indicarse que los procedimientos empleados están de acuerdo con las normas éticas del Comité responsable o con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983.

**9. Resultados:**

Deben ser presentados en secuencia lógica en el texto, sin repetir todos los datos de tablas y figuras, sino resumir las observaciones más importantes.

**10. Discusión y conclusiones:**

Destacar los aspectos nuevos e importantes, la implicancia de los hallazgos y sus limitaciones, incluyendo los que sean para investigaciones futuras. Describir las observaciones de otros estudios relevantes.

**11. Agradecimientos:**

Puede(n) nombrarse la(s) persona(s) que ha(n) contribuido intelectualmente, pero cuyos aportes no justifican autoría, junto con su función o contribución. Puede ser descrita como "consejero científico" o "participante en el ensayo clínico". A dicha(s) persona(s) se le(s) debe pedir autorización para ser nombrada(s).

**12. Abreviaturas y símbolos:**

Usar sólo las abreviaturas estándares y la primera mención en el texto deberá ser completa.

**13. Bibliografía:**

El número de referencia bibliográfica debe corresponder consecutivamente con el mencionado en el texto. Del mismo modo aquéllos de las figuras y tablas deben remitirse a las del texto.

Ninguna comunicación personal debe ser escrita en el texto entre paréntesis.

Se puede incluir en las referencias bibliográficas textos aceptados, pero aún no publicados, en ese caso nombrar la publicación y entre paréntesis la inscripción "en prensa".

Si se incluyen referencias de los autores como "en prensa", deberán enviarse dos copias.

El título de las revistas o libros deberá abreviarse de acuerdo con el estilo utilizado en el Index Medicus.

Limitar las referencias a un máximo de 25 por manuscrito.

**14. Comentario:**

Realizado por profesional idóneo; debe consignar cargo, lugar de trabajo y dirección postal.

El Comité Ejecutivo de la Revista Argentina de Urología se reserva el derecho de someter el trabajo presentado (previo acuerdo con los autores) a una revisión y crítica por parte de otros especialistas.

**15. Cartas al Editor:**

Sección dedicada a críticas sobre artículos que han sido publicados recientemente. Deben ser breves (hasta 400 palabras) a doble espacio y limitados a un máximo de cinco citas.

El editor se reserva el derecho de su inclusión en la revista, como así el de resumir, desechar comentarios objetables o hacer cambios que estén de acuerdo con el estilo de la Revista.

**- Columna del Editor:**

En ella se escribirá un editorial tradicional y/o temas relacionados con el propósito de la Revista; será encargado por la Dirección.

Los originales deben ser mecanografiados a doble espacio con 1.000 a 1.500 palabras y con un máximo de cuatro referencias.

- Podrán enviarse cartas de lectores sobre diversos temas de interés urológico general.

- Podrán enviarse comunicaciones preliminares sobre nuevas líneas de trabajo a las que se hallan abocados los autores, acompañando breve resumen y bibliografía.

- Los casos clínicos que se consideran muy interesantes podrán ser enviados acompañados de un resumen del caso, diagnóstico y tratamiento efectuado. Se acompañarán de las fotos, figuras y tablas correspondientes.

## GUIDELINES FOR AUTHORS

- The Argentine Journal of Urology is the official publication of the Argentine Society of Urology.
- The Argentine Society of Urology does not necessarily agree with the scientific opinions expressed by the authors.
- Manuscripts submitted for publication should be sent in duplicate to Combate de los Pozos 246, 1st floor, dept. 5, (1080) Buenos Aires, Argentina.
- After their approval, contributions will be published according to their acceptance order, unless editorial reasons do not let it.
- Contributions will be not returned to their owners.
- The texts must be typed double-spaced on white pages of legal size. They must be typed on only one side of the page with margins of 25 mm, without amendments and should be numbered consecutively on the upper or lower right corner.
- Manuscripts are subject to editorial modification to bring them into conformity with the style of the journal.
- Good-quality black and white photographs are preferred. Original transparencies (slides or negatives) are not accepted. Each photograph should be numbered on the reverse side and have an arrow indicating top of figure. Legends should be typed double-spaced on a separate page with the same number identification. The suggested size is 127 mm × 173 mm.
- *Tables* and *illustrations* should be provided on a separate sheet of paper with their legends typed double-spaced at the bottom.
- Original manuscripts must not have been previously published and should include the following:

1. **Title:**

As concise and descriptive as possible and written in *English* and *Spanish* language.

2. **Author(s):**

Surnames and initials of all authors.

3. **Mailing address:**

Mailing address of the principal author, hospital or institution.

4. **Source:**

Indication of place where it was performed or read and date.

5. **Abstract:**

It should not exceed 200 words and must conform to the following style: purpose, main results (statistical data and incidence) and conclusions.

6. **Key words:**

Between 3 and 10 key words should be typed in *English* and *Spanish*. See list of Index Medicus.

7. **Introduction:**

It will introduce the objective of the article. It defines the reasonableness of the work and does not include data or conclusions provided by the manuscript.

8. **Material and methods:**

Methods, equipment and procedures must be indicated and referenced. Enough information should be submitted to allow other authors an independent critical assessment of the data. Generic names should be used for all drugs including doses and administration channels. Acknowledgements must be quantized and shown with adequate values in order to check the accuracy of all statements made in the work.

*Ethics:* When experiments on patients are informed, it must be stated that procedures are in accordance with the ethics regulations of the responsible Committee or with the Helsinki Declaration of 1975, reviewed in 1983.

**9. Results:**

They must be shown in a logical sequence without repeating data of tables and figures but precisising the most important observations.

**10. Discussion and conclusions:**

New and important aspects, significance and limitations of findings should be stressed, including those subject to future investigations. Description of observations regarding other relevant studies must be provided.

**11. Gratitude:**

People who have intellectually cooperated, but not to an authorship's extent, should be mentioned together with their function and contribution. They should be described as "scientific councillor" or "clinic essay participant" and their permission to be named must be requested.

**12. Abbreviations and symbols:**

Only standard abbreviations must be used. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use unless it is a standard unit of measure.

**13. References:**

References should be numbered as they appear consecutively in the text, with their positions in the text indicated.

Personal communications added in parentheses should be avoided.

The inclusion in references of accepted but unpublished texts are accepted. In that case, the contribution must be mentioned with the inscription "in press" in parentheses and two copies submitted.

For abbreviation of journal or book names refer to the List of Journals Indexed in Index Medicus.

References should not exceed 25 in each manuscript.

**14. Comment:**

All manuscripts will be commented by a recognized expert on the subject mentioning academic degree, department, institution and complete mailing address.

The Executive Committee of the Argentine Journal of Urology reserves the right to put the submitted manuscript (with authors' agreement) under revision and critics by other experts.

**15. Letters to the Editor:**

This section will focus on critics to previous articles or comments recently published. Letters should be short (up to 400 words), double-spaced and with a maximum of 5 references.

The editor reserves the right to letters' inclusion in the Journal. All letters submitted for publication are subject to editorial revision and changes to bring them into conformity with the style of the Journal.

**- Editorial:**

This section is intended for traditional editorials and subjects linked to the Journal's purpose. It will be ordered by the Management.

The manuscript should be typed, double spaced with a length of 1.000/1.500 words and not more than 4 references.

- Readers' letters on different urological topics are encouraged.
- Preliminar communications about new works in which authors are involved. They should include short summary and references.
- Relevant clinic cases can be submitted enclosing summary, diagnostic, treatment and the corresponding photographs, figures and tables.

## INDEX MEDICUS

### Lista de patologías urológicas recomendadas para su utilización en las palabras clave por el Index Medicus

#### Enfermedades urológicas y de los genitales

Enfermedades de los genitales masculinos	Torsión del cordón espermático	Hemoglobinuria
Epididimitis	Espermatocoele	Nefropatías
Neoplasmas de los genitales masculinos	Enfermedades testiculares	Anuria
Hematocele	Orquitis	Oliguria
Herpes genital	Neoplasmas testiculares	Nefropatías diabéticas
Hidrocele	Tuberculosis de los genitales masculinos	Síndrome de Fanconi
Infertilidad	Varicocele	Síndrome hepatorenal
Infertilidad masculina	Prostatitis	Hidronefrosis
Oligospermia	Tuberculosis urogenital	Hiperoxaluria primaria
Enfermedades del pene	Tuberculosis de los genitales masculinos	Hipertensión renal
Balanitis	Tuberculosis renal	Hipertensión renovascular
Induración peneana	Enfermedades urológicas	Cálculos renales
Neoplasmas del pene	Enfermedades de la vejiga	Necrosis de la corteza renal
Fimosis	Cálculos de la vejiga	Riñón quístico
Parafimosis	Fístula de la vejiga	Riñón poliquístico
Priapismo	Fístula vesicovaginal	Riñón esponjoso
Enfermedades de la próstata	Obstrucción del cuello vesical	Insuficiencia renal aguda
Hipertrofia prostática	Neoplasmas de la vejiga	Necrosis tubular renal aguda
Neoplasmas de la próstata	Vejiga neurogénica	Insuficiencia renal crónica
Prostatitis	Cistitis	Neoplasmas renales
Trastornos sexuales	Reflujo vesicoureteral	Necrosis papilar renal
Impotencia	Hematuria	Nefritis
		Glomerulonefritis
		Glomerulosclerosis focal
		Síndrome de Goodpasture

#### Enfermedades urológicas

Nefropatías	Errores innatos del transporte tubular renal	Neoplasmas uretrales
Glomerulonefritis	Acidosis tubular renal	Obstrucción uretral
Glomerulonefritis por IGA	Aminoaciduria renal	Obstrucción del cuello vesical
Nefritis lúpica	Cistinuria	Estrechez uretral
Nefritis hereditaria	Enfermedad de Hartnup	Uretritis
Nefritis intersticial	Cistinosis	Enfermedad de Reiter
Nefropatía de los Balkans	Glucosuria renal	Cálculos urinarios
Pielonefritis	Hipofosfatemia familiar	Cálculos de la vejiga
Pielonefritis xantogranulomatosa	Síndrome oculocerebrorenal	Cálculos renales
Nefrocalcinosis	Tuberculosis renal	Cálculos ureterales
Nefrosclerosis	Uremia	Fístula urinaria
Nefrosis	Síndrome hemolítico-urémico	Fístula de la vejiga
Nefrosis lipóide	Granulomatosis de Wegener	Fístula vesicovaginal
Síndrome nefrótico	Proteinuria	Infecciones urinarias
Perinefritis	Albuminuria	Bacteriuria
Pielitis	Enfermedades del uréter	Piuria
Pielocistitis	Cálculos ureterales	Trastornos urinarios
Pielonefritis	Neoplasmas ureterales	Enuresis
Pielonefritis xantogranulomatosa	Obstrucción ureteral	Poliuria
Obstrucción de la arteria renal	Ureterocoele	Incontinencia urinaria
Osteodistrofia renal	Enfermedades uretrales	Incontinencia urinaria de esfuerzo
		Neoplasmas urogenitales
		Neoplasmas urológicos



### Trabajos originales

---

- 1 • Reemplazo total de vejiga. Vejiga ileal padovana.  
Consideraciones técnicas y urodinámicas. Nuestra experiencia.  
Dres. Tejerizo, J. C.; Giúdice, C.; Gueglio, G.; Daels, F.; Damia, O.; Schiappapietra, J.
- 7 • Valor de la neumopletismografía dinámica peneana en la evaluación de pacientes con disfunción sexual eréctil.  
Dres. Farrell, G.; Mundo, M.; Alescio, J.
- 13 • Bacilo de Calmette-Guerin (BCG) en tratamiento y prevención de recidivas de tumores superficiales (Ta-T1) y carcinoma *in situ* (Tis) de vejiga.  
Dres. Bengió, R. H.; Olmedo, L.; Colla, R.; Doning, A.; Solarolo, E.
- 18 • Tratamiento quirúrgico de la disfunción veno-oclusiva. Evaluación de los resultados a corto y a largo término.  
Dres. Claro, J. A.; Rodrigues Netto, N. Jr.
- 22 • Enuresis secundaria en el adulto joven.  
Dres. Tejerizo, J. C.; Cristiano, E.; Casas, M.; Schiappapietra, J.
- 25 • Cáncer bilateral de testículo.  
Dres. Galigniana, R.; Andrade, J.; Figueroa, D.; Malagrino, H.; Pasik, L.; Hes, S.; Casabé, A.
- 30 • Tratamiento de los ganglios regionales en el carcinoma escamoso de pene.  
Dres. Bernardo, N.; Scorticati, C.; Holst, P.; Soldano, M.; De Lasa, T.; Suárez, P.; López, M.; Bencardino, F.; Sotero Falco, E.; Coste Delvecchio, F.; Rendón, F.

### Trabajos de investigación

---

- 35 • La morfología espermática y su importancia como diagnóstico de capacidad fertilizante. Desarrollo de un nuevo método de valoración por Video-Imágenes y su aplicación clínica.  
Dres. Brugo Olmedo, S.; Calamera, J. C.; González, O.; Deparci, A.; Verdinelli, J.; Casal, J. M.; Ale, R.; Urrutia, F.; Grippo, L.; Lic. Nodar, F.

### Museo de Urología

---

- 57 • Fundación Medel. Museo de Urología.  
Dr. Medel, R. P.



### Trabajos originales

---

- 61 • Riñón en herradura.  
Prof. Dr. Solís, W. A.
- 67 • Enfoque anátomo-quirúrgico del aparato suspensorio de la vejiga.  
Dres. Atchabahian, P.; Mitidieri, V.; Quintana, R.; Rey, H.; Sr. Lerner, M.

- 71 • M-VAC y cistoprostatectomía radical ambas como neoadyuvancia.  
Seguimiento alejado.  
Dres. Giúdice, C. (h); Fefer, S.; Gueglio, G.; Faure, P.; Damia, O.; Schiappapietra, J.
- 74 • PGE1 vs. Trimix en pacientes no respondedores a altas dosis de  
Papaverina + Fentolamina.  
Dres. Chéliz, G.; Bechara, A.; Casabé, A.; Romano, V.; Fredotovich, N.
- 78 • Uso de energía neumática en nefrolitotricia percutánea.  
Dres. Daels, F.; Gueglio, G.; Giúdice, C. (h); Damia, O.; Grespo, J.; Schiappapietra, J.

### **Trabajo de actualización**

---

- 82 • Controversias acerca de "Prostatitis" y "Síndrome uretral".  
Dr. Guzmán, J. M.

### **Comunicación de casos**

---

- 91 • Síndrome de poliesplenia. Carcinoma renal.  
Dres. Guzmán, J.; Rozanec, J.; Comes, M.; Rodríguez, S.; Charitoniuk, S.
- 94 • Adenocarcinoma de la pelvis renal.  
Prof. Dr. Solís, W. A.
- 99 • Tumor primario de origen desconocido.  
Dres. Atchabahian, P.; Lioy Lupis, M. T.; Mattig, D.; Quintana, R.



### **Trabajos originales**

---

- 103 • Tratamiento de la hipertrofia prostática benigna con láser de Nd:YAG utilizando el  
sistema TULIP.  
Dres. Becher, E. F.; Borghi, M. O.; Montes de Oca, L. F.
- 110 • Cirugía endoscópica transuretral radical del cáncer de próstata.  
Dres. Rizo, M. A.; Manfredi, C. J.
- 116 • Plásticas de Uretra anterior.  
Dres. Giúdice, C. (h.); Munarriz, M.; Faure, P.; Schiappapietra, J.
- 119 • Hallazgos histopatológicos del músculo cavernoso con microscopía óptica en hombres  
potentes e impotentes.  
Dres. Casabé, A. R.; Chemes, H.; Bechara, A. J.; Cheliz, G.; Fredotovich, N.

### **Trabajos de actualización**

---

- 124 • Nuevas opciones para la reconstrucción vesical.  
Dres. Denes, E. D.; González, R.
- 129 • Linfadenectomía ilioinguinal por cáncer de pene con preservación de la vena safena  
interna y sus afluentes.  
Dres. Coimbra Ferrari, F.; Bernardo, N.; De Lasa, T.; Montes de Oca, L.; Rozanec, J.; Ghirlanda, J. M.

## Comunicación de casos

---

- 136 • Estallido vesical y lesión de uretra posterior por fractura severa de pelvis. Caso clínico.  
Dres. Casanova, A. L.; Mattig, D.; Atchabahian, P.; Duro, J. A.; Quintana, R.
- 141 • Carcinoma de próstata con metástasis en ganglios linfáticos no regionales.  
Dres. Coimbra Ferrari, F.; Parada Parejas, R.; Cecchin, G.; Sparow, C.



## Trabajos originales

---

- 144 • Uretroplastias en un tiempo en la estenosis de uretra. Nuestra experiencia en 33 casos.  
Dres. Chéliz, G. M.; Bechara, A.; Casabé, A.; De la Torre, G.; García Penela, E.; Romano, S. V.;  
Rey, H. M.; Fredotovich, N.
- 150 • Correlación de la segmentación arterial renal con las imágenes tomográficas abdominales  
para el manejo de la cirugía renal conservadora.  
Dres. Atchabahian, P.; Turina, E. G.; Quintana, R.
- 159 • Electromiografía en denervación autonómica y fibrosis de los cuerpos cavernosos.  
Dres. Mazza, O. N.; Lassalle, G.; Lata, R.; Zeller, F.; Ghirlanda, J.
- 167 • Seminoma puro de testículo en estadio clínico I, tratado con orquiectomía radical como  
única conducta terapéutica. Control y seguimiento de su evolución.  
Dres. Parada Parejas, R.; Coimbra Ferrari, F.; Moisés, M. J.; Parada Parejas, M. C.; Moisés, M. S.

## Trabajos de actualización

---

- 176 • Lesiones evolutivas de la tuberculosis urogenital. Correlaciones microbiológicas,  
anátomo-clínicas, radiológicas y ecográficas.  
Dres. Moisés, M. J.; Parada Parejas, R.; Parada Parejas, M. C.; Moisés, M. S.
- 185 • Tecnología urológica del futuro.  
Dr. Valdivia Uría, J. G.

## Comunicación de casos

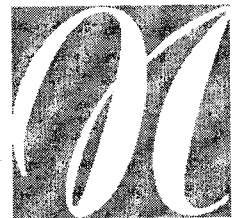
---

- 194 • Metástasis testicular asincrónica de adenocarcinoma renal. Presentación de un caso.  
Dres. Coimbra Ferrari, F.; Bernardo, N.; Avagnina Iribarren, M. A.; Ghirlanda, J. M.



**ÍNDICE DE AUTORES**  
**VOL. 60 - AÑO 1995**

ALE, R.	35	GRIPPO, L.	35
ALESCIO, J.	7	GUEGLIO, G.	1, 71, 78
ANDRADE, J.	25	GUZMÁN, J. M.	82, 91
ATCHABAHIAN, P.	67, 99, 136, 150	HES, S.	25
AVAGNINA IRIBARREN, M. A.	194	HOLST, P.	30
BECHARA, A. J.	74, 119, 144	LASSALLE, G.	159
BECHER, E. F.	103	LATA, R.	159
BENCARDINO, F.	30	LERNER, M.	67
BENGIÓ, R. H.	13	LIOY LUPIS, M. T.	99
BERNARDO, N.	30, 129, 194	LÓPEZ, M.	30
BORGHI, M. O.	103	MALAGRINO, H.	25
BRUGO OLMEDO, S.	35	MANFREDI, C. J.	110
CALAMERA, J. C.	35	MATTIG, D.	99, 136
CASABÉ, A.	25, 74, 119, 144	MAZZA, O. N.	159
CASAL, J. M.	35	MEDEL, R. P.	57
CASANOVA, A. L.	136	MITIDIERI, V.	67
CASAS, M.	22	MOISÉS, M. J.	167, 176
CECCHIN, G.	141	MOISÉS, M. S.	167, 176
CLARO, J. A.	18	MONTES DE OCA, L. F.	103, 129
COIMBRA FERRARI, F.	129, 141, 167, 194	MUNARRIZ, M.	116
COLLA, R.	13	MUNDO, M.	7
CORNES, M.	91	NODAR, F.	35
COSTE DELVECCHIO, F.	30	OLMEDO, L.	13
CRISTIANO, E.	22	PARADA PAREJAS, M. C.	167, 176
CHARITONIUK, S.	91	PARADA PAREJAS, R.	141, 167, 176
CHÉLIZ, G.	74, 119, 144	PASIK, L.	25, 141
CHEMES, H.	119	QUINTANA, R.	67, 99, 136, 150
DAELS, F.	1, 78	RENDON, F.	30
DAMIA, O.	1, 71, 78	REY, H.	67, 144
DE LASA, T.	30, 129	RIZO, M. A.	110
DE LA TORRE, G.	144	RODRIGUES NETTO, N. JR.	18
DENES, E. D.	124	RODRÍGUEZ, S.	91
DEPARCI, A.	35	ROMANO, S. V.	74, 144
DONING, A.	13	ROZANEC, J.	91, 129
DURO, J. A.	136	SCORTICATI, C.	30
FARREL, G.	7	SCHIAPPAPIETRA, J.	1, 22, 71, 78, 116
FAURE, P.	71, 116	SOLAROLO, E.	13
FEFER, S.	71	SOLDANO, M.	30
FIGUEROA, D.	25	SOLÍS, W. A.	61, 94
FREDOTOVICH, N.	74, 119, 144	SOTERO FALCO, E.	30
GALIGNIANA, R.	25	SPAROW, C.	141
GARCÍA PENELA, E.	144	SUÁREZ, P.	30
GHIRLANDA, J. M.	129, 159, 194	TEJERIZO, J. C.	1, 22
GIÚDICE, C.	1	TURINA, E. G.	150
GIÚDICE, C. (H.)	71, 78, 116	URRUTIA, F.	35
GONZÁLEZ, O.	35	VALDIVIA URÍA, J. G.	185
GONZÁLEZ, R.	124	VERDINELLI, J.	35
GRESPO, J.	78	ZELLER, F.	159



## **Reuniones Científicas de la Sociedad Argentina de Urología**

Se realizarán en la sede de la Asociación Médica Argentina, Av. Santa Fe 1171, Capital Federal.

7ª Sesión: jueves 23 de noviembre de 1995 a las 21 hs.

8ª Sesión: jueves 14 de diciembre de 1995 a las 21 hs.

## **LXXXIX Congreso de la Asociación Francesa de Urología**

22 al 24 de noviembre de 1995. Informes: Convergences 120 avenue Gambetta 75020, París, Tel. (1) 43 64 77 77, Fax (1) 40 31 01 65.

## **II Congreso Argentino de Andrología**

22 al 24 de noviembre de 1995. Hotel Libertador Kempinski, Buenos Aires. Invitados extranjeros: Dr. Santiago Munné (EE.UU.); Dr. Luis Rodríguez Rigau (EE.UU.) y Dr. Mariano Roselló Barbará (España). Informes: Av. Santa Fe 2861, 8º piso, of. "E", (1425) Buenos Aires, Tel./Fax 823-8236 y 822-4946.

## **Curso Internacional de Adiestramiento Práctico en Cirugía Laparoscópica Urológica**

25 al 27 de noviembre de 1995. Servicio de Urología (Prof. Dr. G. Valdivia Uría), Hospital Clínico Universitario, Av. San Juan Bosco 15, (50009) Zaragoza, España, Fax 34-76-565995.

## **XIII World Congress on Endourology and ESWL**

26 de noviembre al 1º de diciembre de 1995. Jerusalem, Israel. Informes: Secretaría, 13th World Congress on Endourology and ESWL, P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel, Tel. 972-3-514-0014, Fax 972-3-517-5674/514-0077.

## **II Curso Internacional Teórico-Práctico en Reproducción Asistida**

*Inyección Intracitoplásmica de Espermatozoides (ICSI) y Morfología Espermática con Criterio Estricto.*  
27, 28 y 29 de noviembre de 1995. Buenos Aires. Organiza: Centro de Estudios en Ginecología y Reproducción de Buenos Aires y Centro Integral de Ginecología, Obstetricia y Reproducción de Córdoba. Invitados extranjeros: Dr. Aníbal Acosta (Brasil); Dr. Roger Abdelmassih (Brasil) y Dr. Peter Nagy (Bélgica). Informes: Tel. 372-8289/8463/9365.

## **Curso de Actualización en Urología**

8 y 9 de diciembre de 1995. Cantegrill Country Club, Punta del Este, Uruguay. Informes: Suipacha 1861, Montevideo, Uruguay. Tel. 481015, Fax 482951. Directores: Dres. Germán Goyeneche y Carlos Schulkin.

## **Symposium of Urology**

*Surgical, Pharmacological & Technological advances in Adult & Pediatric.*

14 al 16 de diciembre de 1995. NYU Medical Center. Director: Herbert Lopor. M. D. Informes: NYU Postgraduate Medical School, 550 First Avenue, New York, NY 10016 (212) 263-5295.

## **IX Annual Aspen Urological Conference**

5 al 9 de febrero de 1996. Esta conferencia será patrocinada por Parkside Kidney Stone Centers, Lutheran General Hospital/Advocate, 1875 Dempster Street, Suite G-04, Park Ridge, IL 60068. Informes: Jeannie Haugwitz, Tel. (708) 696-7501.

### **Curso Internacional de Urología**

11 al 15 de marzo de 1996. Director: Dr. J. M. Saladié-Roig. Hotel Fira Palace, Av. Rius i Taulat, 1-3-08004, Barcelona. Informes: Grup Serveis Organització de Congressos, Valencia, 261, 08007, Barcelona, Tel. (+ 343) 488 1177, Fax (+ 343) 488 1279.

### **IV Congreso Iberoamericano de Neurología-Uroginecología**

20, 21 y 22 de marzo de 1996. Valencia, España. Información e inscripción: Secretaría del IV Congreso S.I.N.G. C/ Del Mar nº 14, pta. 8; (46003) Valencia, España, Tel. (96) 3862700 ext. 4883 y (96) 3914286.

### **XLIX Annual Meeting of the Urological Society of Australasia**

24 al 29 de marzo de 1996. Hyatt Hotel, Camberra. Informes: Conference Secretariat, I.C.M.S., GPO Box 2609, Sydney 2001, Australia, Tel. 61 2 241, Fax 61 2 251 3552.

### **III BAUS Transplant Course**

27 al 29 de marzo de 1996. Informes: Mr. D. Cranston, Department of Urology, Churchill Hospital, Oxford. Tel. 01865 225941, Fax 01865 226086.

### **Curso Anual de Materias Básicas Aplicables a la Urología**

2 de abril al 3 de diciembre de 1996. Los días martes de 19 a 22 hs. Hospital Francés de Buenos Aires. Cupo: 30 inscriptos. Directores: Prof. Dr. Juan José Solari y Dr. Lorenzo Grippo. Secretaría: Hospital Francés de Buenos Aires, La Rioja 951, Capital Federal, Tel./Fax 932-6210.



Organizado por la Sociedad Argentina de Urología, se efectuará del 17 al 19 de abril en el Hotel Libertador Kempinski, Buenos Aires

Invitados extranjeros: Claude C. Schulman (Bélgica); Luis Resel Estévez (España); Sami Arap (Brasil) y Guy Vallancien (Francia)

Informes: Sociedad Argentina de Urología

Combate de los Pozos 246, 1er. piso, depto. 5, (1080) Buenos Aires, Argentina  
Tel.: 371-9933, Fax: 476-4976

### **Annual Meeting, American Urological Association**

4 al 9 de mayo de 1996. Orlando, Florida, EE.UU. Informes: Tel. (800) 282-7077, Fax (713) 665-7500, P.O. Box 2 01820, Houston, Texas, 77216-1820.

### **VII Curso de Cirugía Urológica**

6 de mayo al 12 de agosto de 1996, los días lunes de 18 a 20 hs. en el Salón Auditorium de Institutos Antártida. Inscripción sin arancel con cupo para 80 cursantes. Informes: Av. Rivadavia 4980, P.B., Buenos Aires, Tel. 903-6666, Fax 901-6664. Directores: Prof. Dr. León María Metz y Dr. Elías Jorge Fayad.

**SAU**



## **II Simposio de Avances en Urología**


### **III Curso Internacional de Videourología**

20 al 22 de junio de 1996. Rosario. Directores: Dr. A. Bilesio Provenzal. Secretaría: BV Oroño 860, (2000) Rosario, Santa Fe, Argentina, Tel. (041) 20-0222/229, Fax (041) 24-4063. Invitados: H. Villavicencio; P. Escovar; R. Gosalbez; J. M. Pomerol; J. Schiappapietra; L. Micheletti; P. Minuzzi; W. Solís.



## **VIII Video Urology World Congress**

27 al 29 de junio de 1996. Antwerp, Belgium. Informes: Bo Coolsaet, Geert Tailly, Klina Campus St. Jozef, Department of Urology, Kerkstraat 9, 2950 Kapellen, Belgium, Tel. +32 3 666 74 25/32 3 666 84 30, Fax +32 3 666 50 55/32 3 666 01 13.



## **III International Congress on Animal Reproduction**

30 de junio al 4 de julio de 1996. Sydney, Australia. Informes: ICAR 96 Congress Secretariat, International Meeting Specialists, GPO Box 128, Sydney, NSW 2001, Australia, Tel. 61 2 262 2277, Fax 61 2 262 2323



## **XIII International Congress**

19 al 22 de agosto de 1996, Medical Informatics Europe, Copenhagen, Denmark. Informes: MIE 96. c/o DIS Congress Service Copenhagen A/S Herlev Ringvej 2c, DK-2730 Herlev, Denmark, Tel. +45 44 92 44 92, Fax +45 44 92 50 50. Email: mie96@risoe.dk.



## **I Congreso Internacional de Control de Infecciones**


### **III Congreso Argentino de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias**

21 al 23 de agosto de 1996. Buenos Aires. Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones: Av. Entre Ríos 2124, (1134) Capital Federal, Tel. 925-4980.



## **II Curso Venezolano-Argentino**

4 al 6 de septiembre de 1996. Organizado por el Centro de Investigaciones Urológicas y la Escuela Privada de Urología de Valencia, Venezuela. Cupos: parte práctica 10 cursantes y parte teórica 25 cursantes. Informes: Córdoba 257, (4000) Tucumán, Tel./Fax (081) 223550. Directores: Prof. Dr. Paul Escovar, Prof. Dr. Ricardo Molina y Dr. Ricardo Rasguido.



## **XII Jornadas Urológicas Lujanenses**

6 y 7 de septiembre de 1996. Organizado por el Servicio de Urología de la Clínica Güemes de Luján. Informes: Mariano Moreno 1360, (6700) Luján, Tel. (0323) 20065/6/7, Fax (0323) 21189.



## **XXIII Congreso de la Confederación Americana de Urología**

### **IX Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Urología Infantil**

### **XIX Congreso de la Sociedad Chilena de Urología**

28 al 30 de septiembre de 1996. Santiago, Chile. Secretaría: Andrés de Fuenzalida 22, of. 303, Santiago, Chile, Tel. (56-2) 2319362, Fax (56-2) 2322559.



## **XXXIV Congreso de la Sociedad Argentina de Urología**

### **XXVI Congreso de la Confederación Argentina**

10 al 13 de noviembre de 1996. Buenos Aires Sheraton Hotel.



## **XIV World Congress on Endourology**

11 al 14 de noviembre de 1996, Melbourne, Australia.



## **II Asian and Oceanic Congress of Andrology**

16 al 20 de noviembre de 1996. Chandigarh, India. Informes: Dr. Natwar R. Kalla, Dept. Biophysics, Panjab University, Post Box 1204, Chandigarh-160 014, India, Tel. 172-541-441, Ext. 1354, Fax 172-541-409.

**SAU**

## REGLAMENTO DEL PREMIO "Dr. LUIS E. PAGLIERE"

**Creado el 28 de diciembre de 1972 bajo la presidencia del Dr. Herbert Pagliere**

- Art. 1º – La SAU otorgará anualmente el Premio "Dr. Luis E. Pagliere" en homenaje al insigne urólogo desaparecido. Este premio consistirá en una medalla de oro y diploma al primer autor y al resto de los autores, si los hubiera, sendas medallas de plata y diplomas.
- Art. 2º – Para optar al premio, los trabajos deberán ser inéditos y no haber sido presentados en otro ámbito previamente.
- Art. 3º – Se considerarán inscriptos en el certamen a todos los trabajos que antes del 1º de septiembre de cada año, sean presentados a tal fin, en la Secretaría de la SAU, con la entrega de tres (3) ejemplares.
- Art. 4º – Los trabajos podrán pertenecer a uno o varios autores y deberán ser encabezados por un urólogo (primer autor).
- Art. 5º – El otorgamiento del premio lo hará un Jurado de tres (3) miembros que serán: El Presidente de la SAU del período en el cual se presentaron los trabajos a evaluar, que también ejercerá la Presidencia del Jurado, y los dos anteriores Presidentes de la SAU; los miembros del Jurado no serán recusables y su fallo será inapelable. En caso de que algún miembro se excuse por participar en un trabajo sujeto a evaluación o por razones personales, este miembro será reemplazado por el Presidente anterior en orden correlativo.
- Art. 6º – Antes de entregar su dictamen individual con los considerandos respectivos que avalen el fallo, los miembros del Jurado deberán haberse reunido por lo menos una vez y antes de los sesenta (60) días de recibido los trabajos.
- Art. 7º – Los trabajos que hubieren obtenido el dictamen individual favorable y coincidente de los tres (3) jurados, quedarán desde ya consagrados; si no fuese así, los jurados deberán ser convocados a una reunión, que deberá ser efectuada antes de los treinta (30) días.
- Art. 8º – Reunido nuevamente el Jurado, deberá examinar los votos emitidos y consagrar el trabajo premiado; no es necesario la unanimidad, pudiendo ser consagrados por mayoría simple; en caso de empate el Presidente tendrá doble voto, no pudiendo ser considerados otros trabajos no votados previamente. El Presidente del Jurado deberá elevar a la Comisión Directiva de la SAU el acta respectiva donde figurarán el nombre del trabajo premiado, sus autores y los considerandos definitivos.
- Art. 9º – El Premio adjudicado será entregado en la Sesión Pública Solemne de cambio de autoridades.
- Art. 10º – La Comisión Directiva de la SAU queda facultada para resolver cualquier cuestión relativa a este premio, no prevista en la presente reglamentación.
- Art. 11º – El trabajo será publicado en la Revista de la SAU.

## REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA

(Exclusivamente para no socios de la SAU)

Enviar ficha de suscripción a:

### SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA

Combate de los Pozos 246 - 1º “5”  
(1080) Buenos Aires - Argentina

#### Importe de la suscripción anual

Argentina _____	\$ 40
Latinoamérica _____	u\$s 80
Otros países _____	u\$s 100

#### DIRECCIÓN DE ENVÍO:

Nombre y Apellido: .....

Dirección:..... Nº:..... Piso:.....

Código Postal:..... Población: ..... País:.....

Especialidad: .....

Departamento: .....

Hospital: .....

#### FORMA DE PAGO:

CHEQUE Nº: ..... BANCO: .....

GIRO POSTAL Nº: .....

.....  
Firma del titular

# SAU

FICHA DE  
SUSCRIPCIÓN  
AÑO 1995

CUATRO  
NÚMEROS  
ANUALES

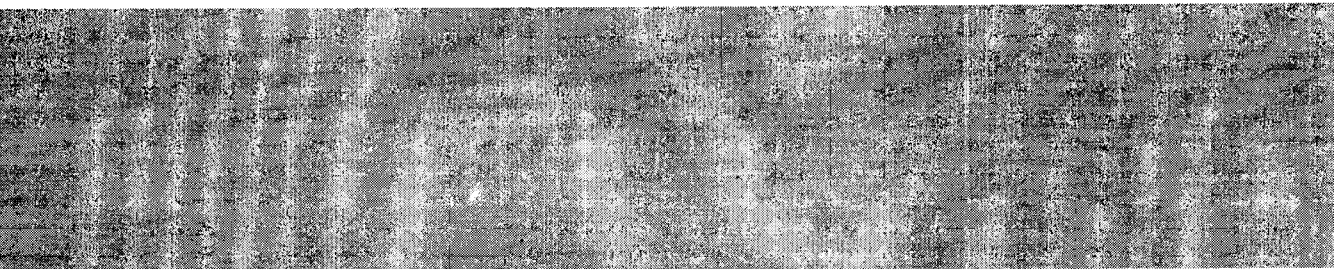
FRANQUEO

**Sr. Director de la**  
**REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA**  
**SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA**

Combate de los Pozos 246 - 1º "5"  
(1080) Buenos Aires  
Argentina

---

..... PAIS:.....  
..... CIUDAD:.....  
..... DIRECCION:.....  
..... REMITENTE:.....



# PROLEUKIN®

INTERLEUKINA-2 RECOMBINANTE

## A la vanguardia de la inmunoterapia en cáncer

**Estimula e incrementa las defensas inmanogénicas endógenas**

**Después de la administración, la rIL-2 activa el sistema inmune:**

**Aumenta la producción de linfocitos-T.**

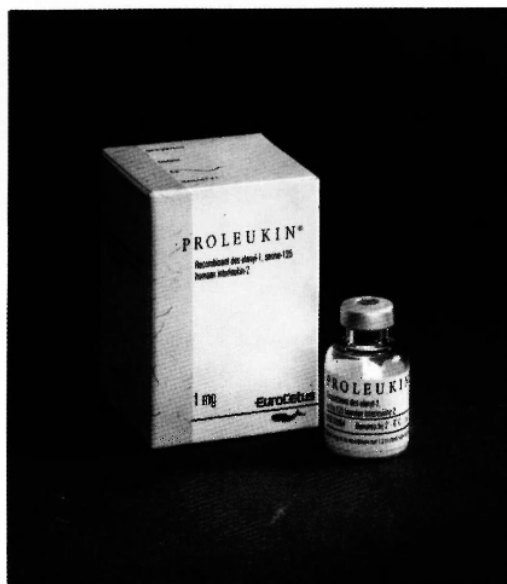
**Estimula la actividad de los linfocitos-B y linfocitos-T.**

**Produce la activación de células LAK (Lymphokine Activated Killer).**

**Aumenta la actividad citolítica de los linfocitos-T y de las células NK (Natural Killer).**

**Estimula la producción de interferón gama y del factor de necrosis tumoral (TNF).**

*Todos estos mecanismos son los encargados de atacar a las células tumorales.*



**Indicaciones:** Cáncer de células renales y melanoma maligno.

**Vías de administración:** Vía subcutánea y vía intravenosa.

**Presentación:** Envase con 1 frasco ampolla con 1 mg de liofilizado.

**.RAFFO.**  
**Tradición y Desarrollo**

Comercializado y distribuido por:  
**LABORATORIOS RAFFO S.A.**

Agustín Alvarez 4145 - 1603 Villa Martelli  
Prov. de Buenos Aires

**EuroCetus**





# Suprefact Depot

Acetato de Buserelina



## En cáncer avanzado de próstata

Es administrado sólo  
una vez cada 2 meses

### Suprefact Depot®

Acetato de Buserelina.

**Comp.** Cada implante está formado por 2 filamentos idénticos que contienen Acetato de Buserelina 6,6 mg (equivalente a 6,3 mg de Buserelina); Excipiente: D,L-lactato-glicolato; 75,25 c.s. **Acción te.** Hormona supresora del eje gonadotrófico. **Dosif. y administ.** Un implante se inyecta subcutáneamente cada 2 meses calendario en la pared abdominal. La jeringa con el implante debe mantenerse en posición horizontal previo a la inyección. Es importante mantener el ritmo bimensual regular para la inyección del implante. Este intervalo puede ser acortado o prolongado algunos pocos días. Alrededor de 5 días previos al primer implante, deberá administrarse un antiandrógeno de acuerdo a indicaciones del elaborador. En estudios clínicos con SUPREFACT demostraron ser efectivos acetato de ciproterona (50 mg/día), flutamida (750 mg/día) y nilutamida (500 mg/día). Esta medicación adicional debe continuarse durante las primeras 3-4 semanas del tratamiento, momento en que cabe esperarse que los niveles de testosterona hayan descendido al rango de

castración. Puede utilizarse un anestésico local antes de la inyección a discreción del médico y del paciente. La duración del tratamiento será determinada por el médico. **Efectos colat. y secund.** La estimulación inicial de la secreción de andrógenos puede ocasionar una transitoria activación del tumor. Por ello se recomienda una medicación inicial concomitante con un antiandrógeno. Algunos pacientes experimentarán de todos modos un leve pero temporario incremento del dolor y/o empeoramiento del estado general. Debido a la supresión de hormonas sexuales en la mayoría de los pacientes aparece rubor, impotencia y disminución de la libido. En raras ocasiones puede desarrollarse una depresión o empeorar la ya existente. Se observó ginecomastia en menos del 1% de los pacientes y ésta generalmente fue indolora. En pacientes hipertensos bajo tratamiento, pueden aparecer crisis hipertensivas. En el 2% de los casos se reportó edema leve de tobillos y pantorrillas que desapareció con un tratamiento apropiado. Se observó un caso de exacerbación de diabetes mellitus en estudios clínicos con SUPREFACT DEPOT. Las cefaleas aparecen en hasta el 10% de los casos.

Ocasionalmente se han reportado falta de aire, palpitaciones, enrojecimiento de la piel, rash, urticaria, cambios en el vello, náuseas, vómitos, diarrea, constipación, cambios en el peso corporal, alteración del sueño y mareos. El shock anafiláctico no se observó, pero podría ocurrir. Dolor o reacciones locales en el sitio de inyección se observaron en el 3% de los pacientes. El tratamiento con otras formas de SUPREFACT demostró que sin medicación concomitante antiandrógena, alrededor del 10% de pacientes con metástasis ósea, podrían experimentar dolor óseo, o incremento del mismo. En raras excepciones aparecieron trombosis con embolia pulmonar o síntomas de alteraciones neurológicas (por ej., debilidad muscular en las piernas), que en casos aislados fueron severos. En el 2-3% de los casos se manifestaron alteraciones de la micción, retención urinaria renal o linfostasis, en forma temporaria. Aproximadamente la mitad de estos síntomas fueron serios. Usualmente, remitieron en forma espontánea sin necesidad de interrumpir la medicación con SUPREFACT. Con excepción del aumento leve y transitorio del dolor, dichos síntomas pueden ser evitados

prescribiendo adicionalmente un antiandrógeno (por ejemplo, acetato de ciproterona, flutamida, nilutamida) al inicio del tratamiento con SUPREFACT. **Contraindic.** Hipersensibilidad al Acetato de Buserelina. Extirpación quirúrgica previa de los testículos. Insensibilidad de la afección tumoral a las hormonas, clínicamente demostrada antes del inicio del tratamiento. **Precauc. y advert.** Los pacientes con antecedentes de depresión o estados depresivos deben ser vigilados cuidadosamente para detectar posibles cambios en su estado emocional y ser tratados acordeamente. En pacientes hipertensos deben monitorearse regularmente los niveles de presión sanguínea y en pacientes diabéticos deberán controlarse los niveles de glucemia. Cuando durante el tratamiento con SUPREFACT la enfermedad experimenta una mayoría inicial, será razonable continuar con la terapia. El médico deberá tomar la decisión correspondiente. **Present.** Envase con 1 jeringa estéril descartable conteniendo 1 implante conformado por 2 filamentos idénticos del producto.

Mayor Información disponible a petición.