

75 aniversario

75 anniversary

---

---

**CARCINOMA TRANSICIONAL DE VEJIGA EN ESTADIOS Ta-T1. Experiencia del Club Urológico del Sur de la Provincia de Buenos Aires (CUSPBA)****TRANSITIONAL CELL CARCINOMA OF THE BLADDER IN STAGES Ta-T1. Experience of CUSPBA**

---

**Dres. Frattini, G.; Fernández Monteverde, H.; Lorenzo, H.; Nigro, M.; Dauría, M.; Castorina, A. (Grupo Mar del Plata); Mesurado, C.; Garcés, M.; Raffo, G. (Grupo Tandil); Bogado, H.; Piaggio, N.; Baccini, C.; Romanelli, F.; Alvarez Fourcade, F. (Grupo Bahía Blanca); Perli, G.; Stuchi, E.; Perli, E. (Grupo Azul); Bruno, R.; Aldaya, P. (Grupo Tres Arroyos); Aguirre, R. (Grupo Necochea)**

---

**RESUMEN: Objetivo:** Analizar la experiencia de un grupo cooperativo sobre tumores superficiales de vejiga.  
**Material y métodos:** Se examinaron todos los tumores operados en el período 1992-1998 por los integrantes del Club Urológico del Sur de la Provincia de Buenos Aires, y se consignaron las características iniciales, la aparición de recidivas o progresión tumoral, y los esquemas terapéuticos utilizados.  
**Resultados:** Se analizaron 451 casos (375 T1 y 76 Ta); los tumores Ta tuvieron predominancia en ser únicos, de menor tamaño y de grado tumoral menor que los T1 (valores de  $p$  de 0,05 o menor). Los tumores T1 presentaron un mayor número de recidivas y la aparición de éstas guardó relación estadísticamente significativa con el grado y el número tumoral ( $p < 0,001$ ). A los 48 meses se hallaban libres de recidivas el 72% de los tumores Ta y el 55,7% de los tumores T1 ( $p = 0,009$ ). Los tumores T1 progresaron a estadios invasores en el 13,3% de las recidivas, proporción estadísticamente significativa en relación con los tumores Ta ( $p = 0,02$ ). Los esquemas de quimio/inmunoprofilaxis utilizados fueron de utilidad en la prevención de recurrencias en ambos grupos ( $p = 0,04$  en T1 y  $p = 0,02$  en Ta).  
**Conclusiones:** Los tumores en estadio inicial pT1, y dentro de este grupo los de alto grado y/o multicéntricos, tienen una mayor tendencia a la aparición de recidivas y progresión tumoral, independientemente del esquema profiláctico utilizado.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, Nº 1, Pág. 70, 1999)

---

**Palabras clave:** Neoplasmas de la vejiga; Superficiales; Ta; T1.

---

**SUMMARY: Objective:** To analyze the experience of a cooperative group of superficial bladder cancer.  
**Material and methods:** All the tumours operated by the members of the CUSPBA between 1992 and 1998 were analyzed. Initial characteristics of the patients, presence of recurrences and progression, and treatment were taken into account in each case.  
**Results:** Four hundred and fifty one cases were analyzed (375 stage T1, and 76 stage Ta). Tumors in stage Ta where predominantly solitary, small and lower grade lesions than T1 tumors ( $p = 0.05$  or less).

---

Club Urológico del Sur de la Provincia de Buenos Aires  
Salta 4345. Mar del Plata. (7600) Buenos Aires, Argentina  
Tel.: 0234753193. Telefax: 0234911608

A higher incidence of recurrences was seen in T1 tumors, and their presence was statistically related in accordance with their number and tumoral grade ( $p = 0.001$ ).

Forty eight months after surgery, 72% of Ta tumors, and 55,7% of T1 tumors were free of recurrences ( $p < 0.009$ ). Progression to infiltrative stages was seen in 13.3% of the recurrences in stage T1. This percentage was statistically higher than this proportion in stage Ta ( $p = 0.02$ ).

The use of chemo and immunoprophylaxis were successful in the prevention of recurrences in both groups ( $p = 0.04$  in stage T1 and  $p = 0.02$  in stage Ta).

**Conclusions:** Transitional cell carcinoma of the bladder in stage T1, and within this group, multicentric or high grade lesions, have a higher percentage of recurrences and progression, whatever the prophylactic scheme used.

(Rev. Arg. Urol., Vol. 64, Nº 1, Pag. 70, 1999)

**Key words:** Bladder cancer; Superficial; Ta; T1.

## INTRODUCCION

Los tumores transicionales superficiales de vejiga (pTa-T1) constituyen una de las patologías más frecuentes en la práctica urológica y representan la cuarta neoplasia en frecuencia en el hombre<sup>(1)</sup>.

Estos tumores presentan un gran número de variables que pueden afectar su comportamiento, como por ejemplo: el grado, el número, la profundidad de penetración, la presencia de Ca *in situ* asociado, etc.<sup>(1)</sup>.

Este hecho los transforma en un grupo heterogéneo que, en muchos casos, ofrece dificultades en el momento de establecer conductas terapéuticas.

Por otra parte, no existe un criterio uniforme en la utilización de esquemas profilácticos de recidivas, lo que contribuye a una mayor confusión en lo referente a la selección del mejor tratamiento para cada caso.

El objetivo del presente estudio es efectuar un análisis retrospectivo de los tumores superficiales de vejiga, sobre la base de datos recolectados por un grupo cooperativo de urólogos de la Provincia de Buenos Aires.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de los tumores de vejiga superficiales (Ta-T1) operados dentro del período 1992-1998 por los integrantes del Club Urológico del Sur de la Provincia de Buenos Aires.

Se remitió a todos los participantes una ficha donde se registraron los datos correspondientes a cada paciente.

Se consignó el sexo, la edad, el tipo de cirugía realizada (abierta, RTU), el estadio tumoral (Ta-T1), el número de pólipos, el grado tumoral y la presencia de carcinoma *in situ* (CIS) concomitante.

Se registró en la ficha si los pacientes habían sido operados de tumores vesicales superficiales previamente y se tuvo en cuenta el tiempo de seguimiento en cada caso.

Se anotó la utilización de quimio/inmunoprofilaxis

posoperatorias detallando el esquema utilizado y las complicaciones vinculadas con éste.

Con referencia a la aparición de recidivas, se registraron todas ellas con su fecha, juntamente con su estadio (T), grado, número y presencia o no de CIS concomitante.

Se consignó la presencia de progresión tumoral en las recidivas con respecto al tumor inicial.

Se consideró como progresión a todo aumento en el T, en el grado o en el número de tumores.

Se analizó por separado la progresión tumoral a estadios invasores o avanzados (T2 o mayor).

Se registró la fecha de la muerte de los pacientes, consignando si ésta se debió o no a progresión de la enfermedad.

## Análisis estadístico

Todos los datos fueron ingresados en el programa EP 16 de la Organización Mundial de la Salud.

Se realizaron análisis comparativos entre diferentes datos utilizando técnicas actuariales con el método de Kaplan y Meyer, y se obtuvieron los valores de  $p$  con el Log Rank test.

En las tablas de doble entrada los datos se tomaron utilizando el test exacto de Fischer, el *chi square test* y el método de Mantel Haenzel.

## RESULTADOS

Se estudiaron 520 pacientes operados en el período en estudio por tumores transicionales de vejiga, correspondientes a las fichas remitidas por 20 urólogos pertenecientes a 6 centros de la Provincia de Buenos Aires e integrantes del CUSPBA.

De los 520 casos, cumplieron los criterios de inclusión 451 pacientes distribuidos en la siguiente forma: tumores en estadio pTa = 76 casos, y tumores en estadio pT1 = 375 casos.

Las características iniciales de cada grupo se exponen en la Tabla 1, destacándose el predominio de pa-

cientes de sexo masculino, con edad promedio cercana a los 65 años.

	Ta n <sup>a</sup> = 76	T1 n <sup>o</sup> = 375	valor de p
Edad	64,8 ± 12	66 ± 11	NS
Sexo masculino	76,3%	81,4%	NS
Tamaño del pólipo	1,7 ± 1	2,7 ± 2	0,05
Pólipo único	77,6%	66,1%	< 0,01
Grado			
1	57,9%	21,4%	< 0,001
2	39,5%	69,3%	< 0,001
3	2,6%	9,3%	0,05
CIS	2,05%	5,06%	NS
RTU	94,8%	96,3%	NS
Operado de pólipos previamente	5,2%	3,7%	NS

Tabla 1

Se registró predominancia de tumores únicos en ambos grupos, aunque con diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo con estadio Ta (p = 0,01).

La técnica quirúrgica utilizada fue preferentemente la resección transuretral (RTU).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al comparar el tamaño y el grado tumoral, observándose en el estadio Ta tumores más pequeños y de grado más bajo que en el estadio T1 (Tabla 1).

El 2,6% de los pacientes con tumores Ta presentó carcinoma *in situ* (CIS) concomitante, mientras que en el grupo con tumores T1 el 5,06% tuvo CIS asociado (p = NS).

El 5,2% de los pacientes en estadio Ta fue operado previamente por tumores vesicales; este porcentaje fue del 3,7% para el estadio T1 (p = NS).

El tiempo de seguimiento fue de 32,7 ± 29 meses en el grupo Ta y de 35,9 ± 37 meses en el grupo T1 (p = NS).

#### Análisis de recidivas

La Tabla 2 muestra un análisis de la aparición de recidivas en ambos grupos. Se destaca que éstas fueron

Análisis de recidivas			
	Sin recidiva	Con recidiva	Valor de p
Ta (n = 76)	63 (82,9%)	13 (17,1%)	< 0,001
T1 (n = 375)	232 (61,9%)	143 (38,1%)	

Tabla 2

significativamente mayores en los pacientes con tumores T1 (38,1% versus 17,1%) (p < 0,001).

El análisis actuarial de las recidivas comparando los estadios Ta y T1 mostró que, a los 48 meses, el 72% del grupo Ta se hallaba libre de recurrencias, mientras que este porcentaje fue del 55,7% para el grupo T1 (Gráfico 1) (p = 0,009).

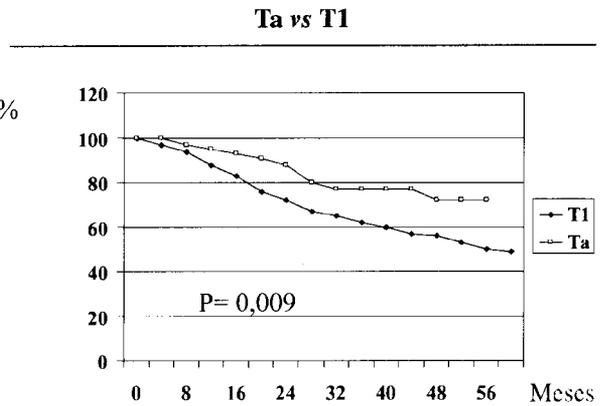


Gráfico 1

Similares valores de significancia se observaron al comparar los estadios Ta versus T1, discriminando entre los pacientes que recibieron quimio/inmunoprofilaxis de los que no la recibieron.

En la Tabla 3 se anotan los datos de las recidivas; se observa que el 88,2% de los tumores Ta y el 85,6% de

#### Características de las recidivas

Características de las recidivas		Ta n = 13/76		T1 n = 143/375	
		N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
Estadio	Ta	10	77,0%	14	9,8%
	T1	3	23,0%	110	76,9%
	T2 o mayor	(-)	0,0%	19	13,3%
Grado	1	8	62,5%	35	24,3%
	2	5	38,5%	84	58,3%
	3	(-)	0,0%	24	17,4%
Número	Unico	6	46,2%	70	49,0%
	Múltiple	7	53,8%	73	51,0%
CIS		(-)	0,0%	11	8,7%

Tabla 3

los T1 presentaron recidivas de iguales características al tumor inicial ( $p = \text{NS}$ ).

Se emplearon técnicas actuariales para comparar la aparición de recidivas en relación con las características iniciales del tumor.

Se observó que existieron diferencias estadísticamente significativas en la aparición de recurrencias al comparar los distintos grados dentro de los tumores T1; los porcentajes de pacientes libres de recidiva a los 48 meses fueron del 89%, 57% y 44% para los grados 1, 2 y 3 respectivamente ( $p < 0,01$ ).

No se pudieron establecer estas diferencias dentro del grupo Ta ( $p = 0,11$ ) (Gráficos 2 y 3).

### T1: comparación diversos grados

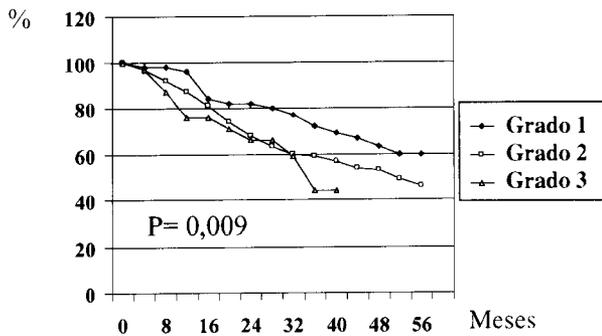


Gráfico 2

### Ta: comparación diversos grados

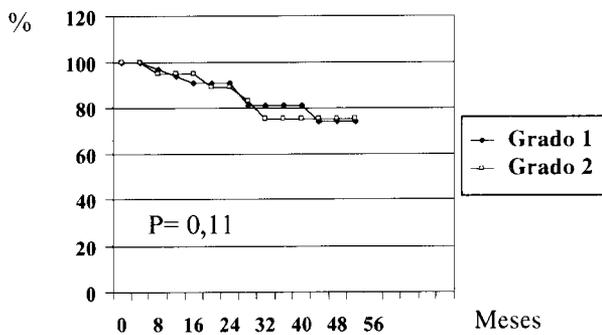


Gráfico 3

Resultados similares se obtuvieron al comparar los tumores únicos con los múltiples, con valores de  $p = 0,001$  en el análisis del grupo T1 (con 67% libres de recidiva a los 48 meses en los tumores únicos y 34% en

los tumores múltiples), y  $p = 0,11$  en el análisis del grupo Ta (Gráficos 4 y 5).

### T1: comparación únicos versus múltiples

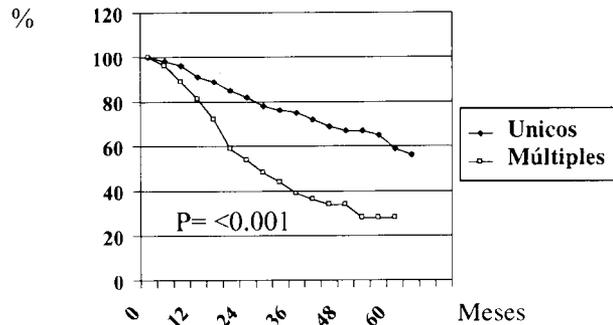


Gráfico 4

### Ta: comparación únicos versus múltiples

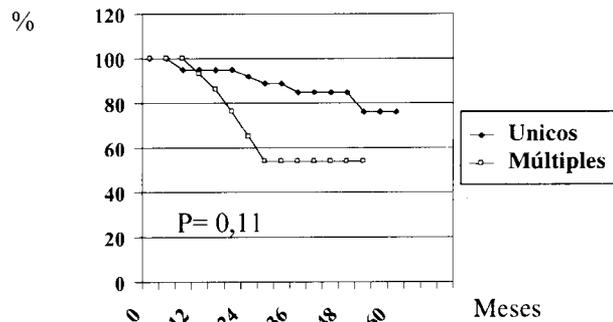


Gráfico 5

### Progresión tumoral

Con respecto al tumor inicial, se registró progresión tumoral (en el T, grado y/o número), en el 11,8% del grupo Ta, y en el 14,4% en el grupo T1 ( $p = \text{NS}$ ).

Si bien no se observaron diferencias en el porcentaje de progresión analizado globalmente (T, grado y número), sí las hubo al comparar la progresión a estadios T2 o mayores, donde ningún paciente del grupo Ta desarrolló tumores infiltrativos en la recidiva, mientras que 19 pacientes del grupo T1 (13,3% de las recidivas de este grupo) mostraron el desarrollo de tumores en estadios invasores ( $p = 0,02$ ) (Tabla 4).

Al analizar si la presencia de CIS asociado tuvo in-

	Ta n = 76		T1 n = 375		Valor de p
	Nº	%	Nº	%	
Sin progresión	67	88,1	321	85,6	NS
Con progresión	9	1,9	54	14,4	
Progresión a T2 O >	0	0,0	19	5,06	0,02

Tabla 4

fluencia en la aparición de progresión tumoral, no pudieron hallarse diferencias estadísticamente significativas al comparar el grupo con CIS *versus* el grupo sin CIS (p = NS).

Con referencia a la muerte por progresión tumoral, sólo en el grupo T1 se observó un 3,4% de decesos relacionados con el cáncer vesical.

### Quimio/inmunoprofilaxis

Dentro del estadio Ta, el 47,4% recibió tratamiento profiláctico, mientras que este porcentaje fue del 70,9% para los tumores T1.

Los esquemas predominantemente utilizados fueron tres: mitomicina C, 40 mg semanales por 6 a 8 semanas (Esquema 1); mitomicina C, 40 mg semanales por 6 semanas y mantenimiento con 40 mg mensuales por 1 año (Esquema 2) y BCG en aplicaciones semanales por 6 semanas (Esquema 3).

Los porcentajes correspondientes a cada uno se detallan en la Tabla 5, donde el esquema 0 corresponde a los pacientes que no recibieron quimio/inmunoprofilaxis.

### Quimio/inmunoprofilaxis

	Tumores pTa		Tumores pT1	
	nº	%	nº	%
Esquema 0 (sin tratamiento)	36	47,3	106	28,2
Esquema 1 (MMC 6 semanas)	6	7,9	26	7,0
Esquema 2 (MMC anual)	17	22,3	137	36,6
Esquema 3 (BCG)	17	22,3	106	28,2

Tabla 5

Se observaron complicaciones del tratamiento profiláctico en el 16,7% de los pacientes (2,2% en el Esquema 1, 53,3% en el 2, y 44,4% en el 3).

Las complicaciones más frecuentes comunicadas fueron la cistitis química en el grupo tratado con mitomicina y los síntomas irritativos vesicales, en algunos casos muy intensos y acompañados de fiebre, que obligaron a suspender el tratamiento, en el grupo tratado con BCG.

Se realizó un análisis de recidivas comparando los pacientes que recibieron tratamiento profiláctico con los que no lo recibieron. Se observó que la quimio/inmunoprofilaxis fue eficaz, en forma estadísticamente significativa, en la prevención de recidivas en ambos grupos (p = 0,04 en el T1, y p = 0,02 en el Ta) (Tabla 6).

### Resultados de la quimio/inmunoprofilaxis

	Ta		T1	
	c/recidiva	s/recidiva	c/recidiva	s/recidiva
Quimio = no	27,5%	72,5%	41,1%	58,8%
Quimio = sí	5,5%	94,5%	30,2%	69,7%
Valor de p	0,02		0,04	

Tabla 6

### DISCUSION

Cerca del 90% de los tumores vesicales son carcinomas transicionales, y el 70% de ellos de diagnóstico en estadios superficiales (Ta-T1)<sup>(1)</sup>.

El presente análisis muestra una amplia revisión de 451 casos, donde se halló una franca predominancia de tumores pT1, coincidente con lo informado por otras series<sup>(1,2)</sup>.

Las características iniciales de cada grupo se ajustaron a los datos comunicados por otros autores, y la mayor parte de estos tumores se manejaron inicialmente con resección transuretral, técnica quirúrgica de elección en estos casos<sup>(1)</sup>.

Como ha sido informado por numerosos investigadores, el carcinoma *in situ* se asocia con escasa frecuencia con los tumores superficiales, dato coincidente con el hallado en esta serie. Sin embargo, no pudo aquí demostrarse que su presencia esté vinculada con un mayor porcentaje de progresión tumoral<sup>(1,3-5)</sup>.

Los porcentajes de recidivas tumorales y sus características fueron similares a los obtenidos en estudios anteriores<sup>(6,7)</sup>.

Coincide también con lo informado en otras series el mayor índice de recidivas observado en los tumores

pT1, así como la mayor tendencia a presentar recurrencias vista en los tumores de alto grado o multifocales dentro del grupo T1<sup>(1,8-10)</sup>.

Llamativamente, no pudieron verse estas diferencias en los tumores pTa, probablemente debido a que en ellos el factor determinante de su evolución esté relacionado con la profundidad de penetración más que con el grado o el número tumoral.

Con referencia a la progresión tumoral, el 13% de las recidivas del grupo T1 se presentó en estadios invasores de músculo o superiores, porcentaje similar al informado por otros autores<sup>(1,8,11,12)</sup>.

Este elevado porcentaje transforma a los tumores T1 en lesiones potencialmente agresivas, y obliga a un estricto seguimiento, a la búsqueda de terapias profilácticas más eficaces, y al desarrollo de métodos diagnósticos que permitan establecer con mayor precisión los factores pronósticos que determinan la progresión.

En este sentido, últimamente ha crecido el interés en la determinación de marcadores como: el P53, la ploidía nuclear, el Ki-67 y la profundidad de invasión en el estadio pT1, como predictores de recurrencias y progresión en el cáncer vesical<sup>(13-16)</sup>.

Sólo logrando un mayor conocimiento de los factores determinantes de progresión, y pudiendo discriminar con ellos a los tumores de alto riesgo, podrán ofrecerse tratamientos radicales con intención curativa a este grupo seleccionado de tumores<sup>(17)</sup>.

Por tratarse de un estudio retrospectivo, los esquemas quimio/inmunoterápicos utilizados fueron variados, y no pudieron analizarse separadamente; sin embargo, pudo demostrarse su eficacia en la prevención de recidivas con valores de significancia estadística.

Se requieren nuevos estudios cooperativos prospectivos que permitan evaluar la eficacia de diversos esquemas de profilaxis en cada tipo de tumor superficial de vejiga.

## CONCLUSIONES

- El 83% de los tumores superficiales diagnosticados son del tipo pT1.
- Los tumores pTa se presentan como de menor tamaño, de menor grado y con una mayor tendencia a ser lesiones únicas.
- La mayor parte de estos tumores tienden a recidivar en estadios similares al inicial.
- Los tumores pT1 presentan una mayor incidencia de recidivas y progresión a estadios tumorales invasores.
- A los 4 años, la probabilidad de hallarse libre de recurrencias es del 72% para los tumores pTa y del 55,7% para los tumores pT1 ( $p = 0,009$ ).
- El grado y el número tumoral parecen influir sobre

la aparición de recidivas sólo en el estadio pT1 ( $p < 0,01$ ).

• Los esquemas de quimio/inmunoprofilaxis utilizados fueron eficaces en la prevención de recurrencias tumorales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Catalona, W.: Urotelial tumors of the urinary tract. *En: Campbell's Urology* (6ª edición). Philadelphia, USA, Editorial W. B. Saunders Company, 1992; págs. 1094-1508.
2. Catalona, W.: Bladder carcinoma. *J. Urol.*, 123: 35, 1980.
3. Flamm, J. y col.: The significance of bladder quadrant biopsies in patients with primary superficial bladder cancer. *Eur. Urol.*, 16: 81, 1989.
4. Orozco, R. E. y col.: Carcinoma in situ of the bladder. Clues to host involvement in human carcinogenesis. *Cancer*, 74 (1): 115, 1994.
5. Hudson, L. y col.: Carcinoma in situ of the bladder. *J. Urol.*, 153 (3 pt. 1): 564, 1995.
6. Montes de Oca, L. y col.: Evolución y seguimiento del carcinoma transicional de vejiga TaG1-G2. *Rev. Arg. Urol.*, 59: 27, 1994.
7. Frattini, G. y col.: Quimioprofilaxis de los tumores superficiales de vejiga. Thiotepa vs. doxorubicina. *Rev. Arg. Urol.*, 56: 148, 1991.
8. Seretta, V. y col.: Results of conservative treatment in patients with primary T1, G3 transitional cell carcinoma of the bladder. *Urology*, 47: 647, 1996.
9. Holmang, S. y col.: The relationship between multiple recurrences, progression and prognosis of patients with stages Ta and T1 transitional cell cancer of the bladder followed for at least 20 years. *J. Urol.*, 153: 1823, 1995.
10. Reading, J. y col.: The application of a prognostic factor analysis for Ta, T1 bladder cancer in routine urological practice. *Br. J. Urol.*, 75: 604, 1995.
11. Althausen, A. y col.: Noninvasive papillary carcinoma of the bladder associated with carcinoma in situ. *J. Urol.*, 116: 575, 1976.
12. Lutzeyer, W. y col.: Prognostic parameters in superficial bladder cancer: an analysis of 315 cases. *J. Urol.*, 127: 250, 1982.
13. Tomoyuki, A. y col.: Prognostic value of Ki-67 for recurrence and progression of superficial bladder cancer. *J. Urol.*, 158: 385, 1997.
14. Holmang, S. y col.: The importance of the depth of invasion in stage T1 bladder carcinoma: a prospective cohort study. *J. Urol.*, 157: 800, 1997.
15. Raitanen, M. y col.: P53 accumulation, deoxyribonucleic acid ploidy and progression of bladder cancer. *J. Urol.*, 157: 1250, 1997.
16. Leuret, T. y col.: Correlation between P53 over expression and response to BCG therapy in a high risk selected population of patient with T1G3 bladder cancer. *J. Urol.*, 159: 788, 1998.
17. Christopher, L. y col.: Radical cystectomy for stages Ta, T1S, and T1 transitional cell carcinoma of the bladder. *J. Urol.*, 151: 31, 1994.

## 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 enmiendas ni 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 × 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 o leído (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 alimentar 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 citaciones.

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

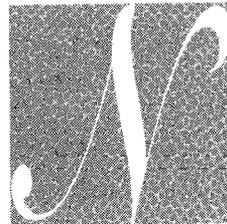
Enfermedades de los genitales masculinos	Torsión del cordón espermático	Hemoglobinuria
Epididimitis	Espermatocoele	Nefropatías
Neoplasmas de los genitales masculinos	Enfermedades testiculares	Anuria
Hematocele	Orquitis	Oliguria
Herpes genital	Neoplasmas testiculares	Nefropatías diabéticas
Hidrocele	Tuberculosis 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 oculocerebrorrenal	Cálculos renales
Nefrocalcinosis	Tuberculosis renal	Cálculos uretrales
Nefrosclerosis	Uremia	Fístula urinaria
Nefrosis	Síndrome hemolítico-urémico	Fístula de la vejiga
Nefrosis lipoide	Granulomatosis de Wegener	Fístula vesicovaginal
Síndrome nefrótico	Proteinuria	Infecciones urinarias
Perinefritis	Albuminuria	Bacteriuria
Pielitis	Enfermedades del uréter	Piuria
Pielocistitis	Cálculos uretrales	Trastornos urinarios
Pielonefritis	Neoplasmas uretrales	Enuresis
Pielonefritis xantogranulomatosa	Obstrucción ureteral	Poliuria
Obstrucción de la arteria renal	Ureterocele	Incontinencia urinaria
Osteodistrofia renal	Enfermedades uretrales	Incontinencia urinaria de esfuerzo
		Neoplasmas urogenitales
		Neoplasmas urológicos

## NOTICIAS DE LA SAU

Coordinador: José R. Castera



### II Curso de Urodinamia Práctica

Se realizará en el Hospital de Clínicas José de San Martín, de esta ciudad, a partir del 1 de marzo de 1999, por el término de 3 meses. Informes: Cátedra de Urología, Av. Córdoba 2351, 4° P, o Charcas 2737, 5° P, dpto. "D", Buenos Aires. Tel.: 4826-2497/7359.

### III Curso Anual de la Regional Noroeste de la Sociedad Bonaerense de Urología

Se realizará entre marzo y diciembre de 1999 en distintas localidades de la Provincia de Buenos Aires. Duración 50 horas. Evaluación final. Informes: Tel.: 4811-8657.

### Curso Anual Teórico Práctico de Urología

5 de abril al 29 de octubre de 1999 entre 7,30 y 15,30 hs. Informes: Servicio de Urología del Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires.

### XCVI Annual Meeting of the American Urological Association

1 al 6 de mayo de 1999. Dallas, Texas, USA. Informes: AUA - 1120N Charles St., Baltimore. MD - 21201 - USA. Tel.: +1 4102234308. Fax: +1 410 2234372. E-mail: convention@AUAnet.org.

### Simposio Satélite de Trasplante Renal

A realizarse entre el 7 y 9 de mayo de 1999 en el Sheraton Hotel de la ciudad de Córdoba. Informes: 051-816456. E-mail: consoft@cba.com.ar.

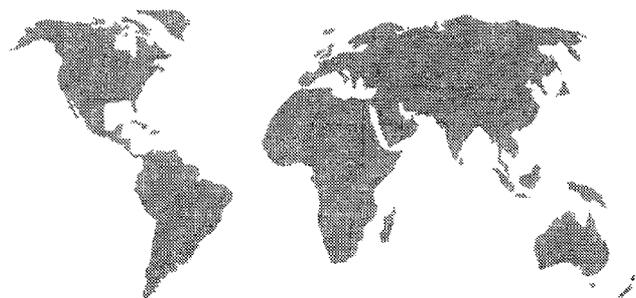
## SIMPOSIO INTERNACIONAL "AVANCES EN UROLOGIA 1999"

**26 al 28 de mayo de 1999. Organizado por  
la Sociedad Argentina de Urología**

**Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention  
Center, Buenos Aires, Argentina.**

**Invitados extranjeros:** Dres. Alan Le Duc (Francia),  
William J. Catalona (USA), Peter Scardino (USA),  
Nelson Rodrigues Netto (Brasil)

**Informes:** Sociedad Argentina de Urología,  
Combate de los Pozos 246, 1<sup>er</sup> P, depto 5  
(1080) Buenos Aires, Argentina.  
Tel.: 4371-9933. Telefax: 4372-4976  
E-mail: uro@.sau.satlink.net



# SAU



### **I Curso de Incontinencia de Orina Femenina por Internet**

De junio a noviembre de 1999, en módulos quincenales. Directores: Dres. Kobelinsky y Marino Ruiz.



### **Andrología. Un Enfoque Multidisciplinario**

4 y 5 de junio de 1999. Organizado por los Servicios de Urología y Endocrinología del Hospital Italiano de Buenos Aires.



### **XII Congress of the Italian Society of Andrology**

16 al 19 de junio de 1999. Copanello (Catanzaro), Italia. Informes: Divisione Urologia Ospedale "Pugliese", 88100 Catanzaro, Italia. Tel.: +39 961 863248. Fax: +39 961 863386.



### **Tratamiento Farmacológico de los Trastornos Neurofuncionales del Músculo Liso Urinario**

24 de junio de 1999, en el Hospital Vélez Sársfield, Buenos Aires.



### **II International Consultation on Prostate Cancer**

27 al 29 de junio de 1999. Palais des Congrès, Porte Maillot, Level 6, 2, Place de la Porte Maillot, 75017, París. Informes: Tel.: +33 1 42 17 71 20 - Fax: +33 1 42 17 71 22, Prof. Saad Khoury, E-mail: khoury@pratique.fr o al Tel. 1 (206) 368-3093. Fax: 1 (206) 368-3094, E-mail: gmurphy@nwbio.org.



### **XV Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embriology**

27 al 30 de junio de 1999, Tours, Francia.



### **I International Consultation on Erectile Dysfunction**

1 al 3 de julio de 1999. París, Francia. Informes: Prof. Saad Khoury. E-mail: khoury@pratique.fr.



### **II Curso de Actualización en Urología**

1 al 3 de julio de 1999. Teatro San Martín. Organizado por el Servicio de Urología del Hospital Posadas.



### **Jornada Dermato-Urológica**

30 de julio de 1999 de 8,30 a 11,30 hs. Servicio de Urología del Hospital Israelita de Buenos Aires.



### **III Congreso Argentino de Andrología**

4 al 6 de agosto de 1999. Marriot Plaza Hotel de Buenos Aires.  
Informes: Telefax: 4804-7268.



### **XIV Jornadas Nacionales de Residentes de Urología**

12 al 14 de agosto de 1999. Ciudad de Mar del Plata. Hospital de la Comunidad. Informes: Córdoba 4545, Mar del Plata. Tel.: 0223-4990000. Fax: 0223-4990099.



### **XXIX Annual Meeting: International Continence Society. II Meeting: International Children's Continence Society. XXIV Annual Meeting: International Urogynecologic Association**

21 al 26 de agosto de 1999. Denver, Colorado, USA, 2042-Arapahoe Street - Denver CO 80205, EE.UU. Informes: Tel.: 303-297-2278. Fax: 303-292-1184. E-mail: Atkinson@oneimage.com.



### **Curso de Urología Básica para el Médico Generalista**

27 y 28 de agosto de 1999. Servicio de Urología del Policlínico Neuquén. Informes: 099-774456 (Dres. Mingote y Rodríguez).



### **V Jornadas Franco-Argentinas de Medicina y Cirugía**

1 al 3 de septiembre de 1999. Hospital Francés. Informes: Estados Unidos 3205, Buenos Aires. Telefax: 4957-7617.



### **III Jornadas de Urología del Hospital Francés, a desarrollarse dentro del marco de las V Jornadas Franco-Argentinas de Medicina y Cirugía**

2 y 3 de septiembre de 1999. Ciudad de Buenos Aires. Informes: Tel. 4932-6210.



---

**VI Congress of the Mediteranean Urological Association**

6 al 9 de septiembre de 1999. El Cairo, Egipto. Informes: M. El-Dimiri.



---

**II Curso de Avances en el Diagnóstico y Tratamiento de las Disfunciones Eyaculatorias y del Comportamiento Sexual**

9 de septiembre de 1999. Hospital Vélez Sársfield, Buenos Aires.



---

**II Curso Intensivo: Cirugía Correctiva y Protésica del Pene y la Uretra**

17 y 18 de septiembre de 1999. Aula Magna del Hospital Durand, Buenos Aires.



---

**XXIX Congreso de la Federación Argentina de Urología y XXXVII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología**

23 al 26 de septiembre de 1999. Centro de Congresos y Exposiciones de la ciudad de Mendoza. Tema Central: Cáncer de Vejiga. Secretaría e Informes: Espejo 70, 3er. piso, (5500) Mendoza. Telefax: 0261 - 4235363 - 4290926



---

**Jornadas de Disfunción Sexual**

Octubre de 1999. Hospital Británico de Buenos Aires.



---

**II Jornadas de Urología Femenina y Cirugía Reconstructiva del Piso Pélvico**

Octubre de 1999. Hospital Británico de Buenos Aires.



---

**III Meeting of the European Society for Impotence Research (ESIR)**

3 al 6 de octubre de 1999. Estambul, Turquía. Informes: Congress Secretariat PERA Organization. Rumeli cad. 124/5. 80260 Osmanbey. Estambul, Turquía. Tel.: +90 212 2305535. Fax: +90 212 2304923. E-mail: serpilb@antmarin.com.tr.



---

**V Congreso de la Sociedad Latinoamericana para el Estudio de la Impotencia**

7 al 10 de octubre de 1999. Ciudad de Acapulco, México. Informes: Dr. Ugarte. Fax: (525) 652'2005. E-mail: fugarter@dfi.terlmex.net.mx.



---

**II Congreso Internacional de Control de Infecciones y V Congreso Nacional de Control de Infecciones**

14 y 15 de octubre de 1999. Hotel La Plaza, Buenos Aires. Informes: San José 1733, Buenos Aires. Telefax: 4451-8704.



---

**Congreso Chileno de Urología**

29 al 31 de octubre de 1999. Informes: Organización XM - Andrés de Fuenzalida 22, Ofic. 306, Providencia, Santiago, Chile. Telefax: 232-2559.



---

**XXVII Congreso Brasileño de Urología**

13 al 18 de noviembre de 1999. Riocentro - Río de Janeiro. Irajá, 260 - 2 Andar - Botafogo - 22271-020. Río de Janeiro, Brasil. Tel. (021) 286-2846. Fax: (021) 537-9134. E-mail: br.uro99@jz.com.br.



---

**XV Asia Pacific Cancer Conference**

5 al 8 de diciembre de 1999. Chennai, Madras, India. Informes: Dr. T. Raikumar. Cancer Institute (Annexe), 18 Sardar Patel Road. Chennai (Madras), -600036, India. Tel.: +91 44 2350131/2350241. Fax: +91 44 4913085.



---

**XXIII Biennial Congress of the Urological Association of South Africa**

19 al 23 de marzo del año 2000. Durban Contact: Interaction Conferencing, Robynne Wheatley/Neville Munien University of Natal. Durban, 4041, South Africa. Tel.: +27 (0) 31-2601607/2601584. Fax: ±27 (0) 31-2601606. E-mail: wheatley@pro.und.ac.za / munienn@pro.und.ac.za.

---

**SAU**

**IX World Meeting on Impotence and XII Symposium Corpus Cavernosum Revascularization**  
Septiembre del año 2000. Perth Western Australia. PO Box 890, Canning Bridge Western Australia.  
Australia 6153. Tel.: +61 8 9332 2900. Fax: +61 8 9 332 2911. E-mail: promaco@promaco.com.au.

**XXV CONGRESO DE LA  
CONFEDERACION AMERICANA  
DE UROLOGIA y  
CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGIA**

17 al 21 de septiembre del año 2000  
Hotel Sheraton, Buenos Aires, Argentina

**Informes**

Secretaría SAU

Tel.: 4371-9933 - Fax: 4372-4976

**SIU Scholarships**

The SIU announces the availability of four travelling fellowships for young Urologists in training. The successful candidates will be offered U\$S 5,000 each. Application with a complete C.V. should be forwarded to: Paul J. Van Cangh, M.D. SIU General Secretary, SIU Central Office, 10 Avenue Hippocrate, 1200 Brussels, Belgium. Ph #: +32 2 764 1411 - Fax #: +32 2 764 1408. E-mail: S.I.U.Central@chex.ucl.ac.be.

**Becas SIU**

La SIU anuncia la disponibilidad de 4 becas para jóvenes urólogos a los cuales se les otorgará la suma de U\$S 5.000 a cada uno. Enviar solicitud con *Curriculum Vitae* completo a: Paul J. Van Cangh, M.D. SIU General Secretary, SIU Central Office, 10 Avenue Hippocrate, 1200 Brussels, Belgium. Ph #: +32 2 764 1411 - Fax #: +32 2 764 1408. E-mail: S.I.U.Central@chex.ucl.ac.be.

**Se recuerda que el día 30 de septiembre de 1999 vence el plazo para solicitar a la Sociedad Argentina de Urología auspicios para el año 2000.**

**PREMIO "JUAN AGUSTIN PAGANO"**

Este premio se presenta en forma bienal, años impares; el correspondiente al año 1999 puede presentarse hasta el 1° de octubre de 1999.

El mismo versa específicamente sobre el tema:

**"Cirugía urológica, en cualquiera de sus modalidades".**

El Reglamento está a disposición en la Secretaría de la SAU.

**SAU**

---

## **PREMIO "PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA"**

---

Se otorgará este Premio al mejor trabajo presentado en las Reuniones Científicas del año.

---

## **PREMIO "DR. LUIS E. PAGLIERE"**

---

Este Premio se presenta en forma anual, el correspondiente al año 1999 se podrá presentar antes del 1° de septiembre de 1999.

**LOS RESPECTIVOS REGLAMENTOS DE ESTOS PREMIOS SE  
ENCUENTRAN A SU DISPOSICION EN LA SECRETARIA DE  
LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA.**

---

### **Beca de la Confederación Americana de Urología**

---

La Confederación Americana de Urología recibió la propuesta del *Dr. Antony Atala*, que ofrece una beca para un médico urólogo latinoamericano, para trabajar en la investigación de órganos artificiales en su Centro de la ciudad de Boston. La beca consta del boleto aéreo, ayuda para el alojamiento y dos mil dólares mensuales. Para mayor información podrá comunicarse con la Secretaría Permanente de la Confederación Americana de Urología al teléfono 383-6078.

---

### **Solicitudes de Becas de la Confederación Americana de Urología**

---

Las pautas curriculares para las solicitudes de becas a la Confederación Americana de Urología son las siguientes:

- 1) Carta de recomendación, preferentemente de representante de la CAU en el país de origen o del Jefe de Servicio del Solicitante.
- 2) Nombre, edad, dirección, teléfono/fax, título profesional.
- 3) Datos de interés científico (títulos universitarios, becas, entrenamiento especializado, orientación de sus estudios).
- 4) Sociedades científicas a las que pertenece.
- 5) Otros datos relevantes (conferencias, premios, títulos honoríficos).
- 6) Publicaciones.
- 7) Beca solicitada.
- 8) Motivo por el cual solicita la beca.

---

### **Certificaciones y Recertificaciones de Especialistas**

---

A partir del 3 de marzo de 1997 rigen los siguientes aranceles para las certificaciones y recertificaciones de Especialistas en Urología:

Socios de la Sociedad Argentina de Urología y socios de la Confederación Argentina de Urología .... \$ 50,00  
No socios ..... \$ 100,00

El arancel deberá ser abonado antes del 28 de febrero de 1999 a los efectos de recibir el correspondiente diploma durante el desarrollo del Simposio Internacional "Avances en Urología" 1999. Con posterioridad a esa fecha la entrega del mismo se efectuará en la sede de la SAU, previo pago del arancel correspondiente.

---

# **SAU**

---

## Título de Especialista en Urología

---

- Fecha de presentación:** Hasta el 1° de marzo de 1999.
- Curriculum Vitae* confeccionado de acuerdo con el modelo aprobado por la Sociedad Argentina de Urología.
- El *Curriculum Vitae* debe ser acompañado por una copia en un diskette de alta densidad (3,5" o 5,25") con formato para windows, para ser archivado, devolviéndose el *Curriculum* presentado.
- La fotocopia del título de médico deberá ser autenticada por Escribano Público.
- No se aceptarán solicitudes que no cumplan estrictamente los requisitos estatutarios.
- El formulario correspondiente deberá solicitarse en la Secretaría de la SAU.
- Recertificación:** Se recuerda que la misma debe ser realizada cada 5 (cinco) años. Si bien la actualización es voluntaria se recomienda a los señores profesionales cumplir con la misma. Los interesados deberán solicitar la recertificación por escrito, avalando su presentación con la firma de dos socios titulares de la SAU, y presentar un *Curriculum Vitae* con la correspondiente copia en diskette.
- El formulario correspondiente deberá solicitarse en la Secretaría de la SAU.

## Cuotas sociales atrasadas

---

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

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

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

## Actualización de domicilio

---

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

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

## Asesoría Jurídica

---

Se encuentra a disposición de los socios de la SAU la Asesoría Jurídica a cargo del Estudio Moreno-Bosco; las consultas pueden efectuarse personalmente los días lunes de 18 a 20 hs., en la sede de la SAU, o comunicarse con los letrados diariamente de 11 a 19 hs. a los teléfonos 4861-8821 y 4867-1028.



## CONCURSO FOTOGRAFICO 1999

El Comité Ejecutivo de la Revista Argentina de Urología ha decidido realizar un concurso fotográfico en el que pueden intervenir todos los urólogos del país y que servirá para seleccionar las 4 fotografías que ilustrarán la portada de nuestra Revista en sus 4 números anuales.

A tal efecto, se invita a todos los colegas que tengan afición por la fotografía a participar en dicho concurso.

### Reglamento del Concurso

---

1. El tema elegido es: "**Personajes, profesiones y sus lugares**".
2. La foto deberá ser inédita.
3. El autor deberá autorizar al Comité Ejecutivo de la *Revista Argentina de Urología* para publicar la foto elegida.
4. La publicación será en carácter de colaboración "*ad honorem*".
5. Deberán entregarse original y duplicado.
6. Las fotos deben ser a color, en papel, con una dimensión de 20 cm por 25 cm (tener en cuenta que la foto impresa tiene una medida de 15 cm x 15 cm).
7. El autor deberá titularla y consignar dónde fue realizada.
8. Una de ellas se presentará pegada sobre cartón blanco de 30 cm por 35 cm. Al pie de la foto debe figurar el título y el autor.
9. En el dorso del duplicado debe constar firma y aclaración del autor.
10. Las fotos deben ser remitidas a la Sede de la SAU.
11. En las revistas correspondientes a la publicación figurarán el nombre del autor y el de la foto.
12. La selección de las fotos a publicar estará a cargo de un Jurado "*ad hoc*", designado por el Comité Ejecutivo, y cuya decisión será inapelable.
13. El Jurado puede declarar desierto el resultado del Concurso en forma total o parcial.
14. Los autores de las fotos seleccionadas recibirán un diploma.

Para mayor información dirigirse a la SAU. Tel.: 4371-9933. Fax: 4372-4976.

# REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA

**4** números  
anuales

**Exclusivamente para no socios de la SAU**

**Enviar ficha de suscripción a:**

**SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA**

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

**Importe de la suscripción anual**

Argentina \$ 40 - Latinoamérica us\$ 80 - Otros países us\$ 100

## DIRECCION DE ENVIO:

Nombre y Apellido: .....

Dirección: ..... N°: ..... Piso: .....

Código Postal: ..... Provincia: ..... País: .....

Tel: ..... Fax: .....

Especialidad: .....

Departamento: .....

Hospital: .....

## FORMA DE PAGO:

Cheque N°: ..... Banco: .....

Giro Postal N°: .....

.....

Firma del titular

*Ficha de  
suscripción*

99

SAU

FRANQUEO

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

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

----- DOBLAR -----

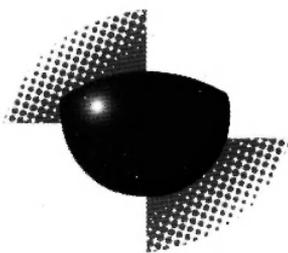
..... PAIS: .....

..... C.P.: ..... CIUDAD: .....

..... DIRECCION: .....

..... REMITENTE: .....

----- DOBLAR -----



*Raffolutil*<sup>®</sup>

**BICALUTAMIDA 50mg**

**La Elección Adecuada.**  
*para un Bloqueo Androgénico Total.*



*Tradición y Desarrollo*

UN NUEVO PRODUCTO DE  
**LINEA UROLÓGICA RAFFO**

**PRESENTACIÓN:** Envases conteniendo 30 comprimidos recubiertos.

La Primera Molécula Bloqueante  $\alpha$ 1A Super Selectiva para el Tratamiento de la Hipertrofia Benigna de Próstata

TAMSULOSINA  
**OMNIC**®

**UNA SOLA TOMA DIARIA, DESDE EL INICIO**

- **Rápido alivio de los síntomas de HPB**
- **60 veces más selectivo que otros  $\alpha$  bloqueantes**
- **Sin actividad sobre el sistema cardiovascular**
- **No necesita titulación de dosis**



**PRESENTACION:**  
Envases con 30 cápsulas de liberación controlada.

Bajo Licencia

**Yamanouchi**

