



Comunicación de casos

Case reports

## ADENOCARCINOMA VESICAL DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO

### BLADDER SIGNET RING CELL ADENOCARCINOMA

Dres. Rodríguez, R.; Fefer, S.; Holot, M.; Malagrino, H.; Pasik, L.; Kes, S.; Gorostidy, S.; Casabé, A.

**RESUMEN:** *Se presenta el caso de una paciente de 22 años de sexo femenino a la que se le diagnostica un adenocarcinoma vesical de células en anillo de sello. El motivo de esta presentación está dado por lo infrecuente de esta patología y la dificultad para restablecer el diagnóstico diferencial entre un adenocarcinoma vesical primario y de uraco.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 3, Pág. 160, 1999)

**Palabras clave:** Vejiga; Cáncer de vejiga; Adenocarcinoma de vejiga; Adenocarcinoma de células en anillo de sello.

**SUMMARY:** *We report a 22 years old female patient who had a primary signet ring cell adenocarcinoma of bladder. The interest of this presentation is rarity and the difficulty in making a differential diagnosis between primary adenocarcinoma of bladder and urachal carcinoma.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 3, Pág. 160, 1999)

**Key words:** Bladder; Bladder neoplasm; Bladder adenocarcinoma; Signet ring cell adenocarcinoma.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años que en junio de 1995 presenta hematuria total con coágulos sin otro signo ni síntoma acompañante. No refiere antecedentes patológicos ni tóxicos. En ecografía ginecológica se visualiza una formación mixta sólido-quística con áreas hiperecogénicas de 7,1 x 5,1 x 5,2

cm a nivel supra y parauterina derecha, por lo que se le realiza laparoscopia. En la misma se observa una masa de 10 x 10 cm con fondo vesical, resto sin particularidades.

En abril de 1996 se le efectúa una tomografía computada (TC) en la que se observa una imagen densa en la pared vesical posterior que protruye hacia la luz, y otra imagen con áreas de diferentes densidades con zonas locales calcificadas de 6,1 x 6,8 cm en hipogastrio anterior (Foto 1).

Se realiza cistoscopia en la que se informa la presencia de una formación sangrante en cara anterior de vejiga de tipo sésil, la que se biopsia, con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma mucinoso con células en anillo de sello de vejiga.

Departamento de Urología del Instituto de Oncología  
Angel H. Roffo, Av. San Martín 5481, Buenos Aires, Argentina.  
Tel. 4502-4597

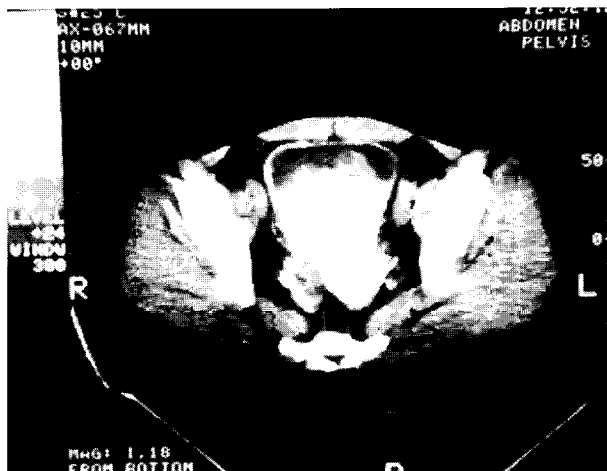


Foto 1: TC de abril que muestra imagen en pared vesical posterior que protruye hacia la luz.

En el mes de agosto se consulta al Instituto de Oncología Angel H. Roffo, en el que se descarta el origen digestivo mediante fibroendoscopia digestiva alta y colon por enema, por lo que se realiza palpación bimanual y resección transuretral de vejiga, en la que se describe como una masa de 20 x 25 cm en hipogastrio y resección parcial de una formación en trígono y de otra mayor en fondo vesical, con idéntico diagnóstico histopatológico.

En octubre se realiza TC en la que se observa un aumento del tamaño de la tumoración y falta de relleno intravesical (Foto 2), por lo que se presenta el caso en el Comité de Tumores, en donde se decide una conducta quirúrgica radical, ante la cual la paciente se niega.

Se comienza con quimioterapia con MVAC, realizando 8 ciclos completos.

En marzo de 1997 se efectúa una nueva TC de control intraquimioterapia, en la que se visualiza como único cambio que se acentúan las calcificaciones intratumorales

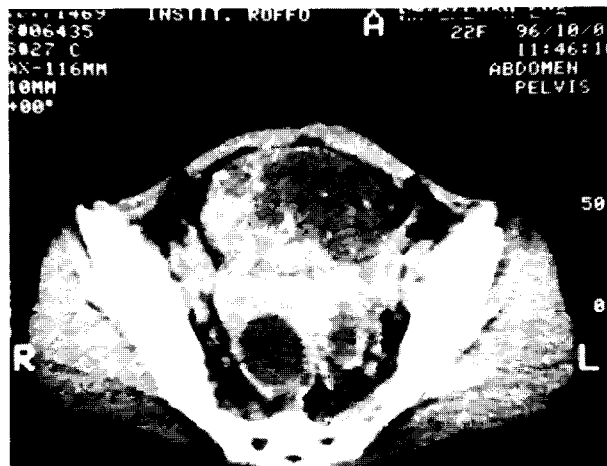


Foto 2: TC de octubre en la que se registra aumento de tamaño.

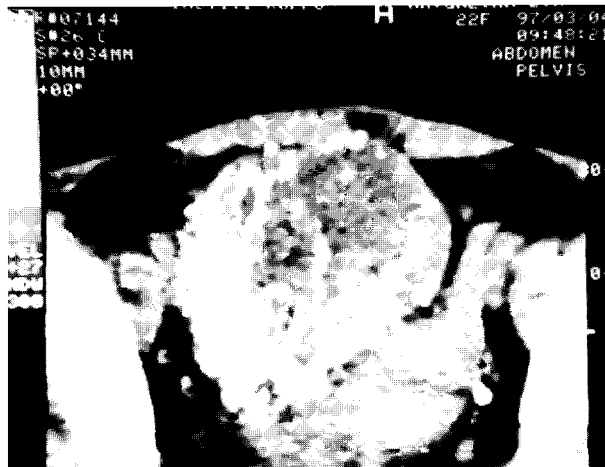


Foto 3: TC intraquimioterapia, en la que se observa acentuación de las calcificaciones intratumorales.

(Foto 3), por lo que se propone nuevamente la conducta quirúrgica, con igual respuesta.

En junio se solicita TC de seguimiento y se registra la persistencia de la enfermedad, ante lo cual la paciente acepta la conducta quirúrgica.



Fotos 4 y 5: Pieza de cistectomía radical.

Se completan los estudios prequirúrgicos con centellograma óseo corporal total y rectosigmoideoscopia, los cuales son normales, y citoscopia, en la que se observan las formaciones en todo el techo, cúpula, fondo y retrotrígono, de aspecto sésil.

En agosto se realiza linfadenectomía iliobutriz bilateral, cistectomía radical, aneextomía derecha y neovejiga rectosigmoidea tipo Mainz II (Fotos 4 y 5).

El diagnóstico histopatológico fue: adenocarcinoma mucosecretante (predominantemente de células en anillo de sello), localizado en cúpula vesical y con foco menor periuretral. Abundante calcificación. Estadio PT3 N0 MX.

---

## DISCUSIÓN

---

El adenocarcinoma primario de vejiga de células en anillo de sello representa menos del 1% de las neoplasias vesicales<sup>(1)</sup>, el adenocarcinoma de uraco el 0,17-0,34%<sup>(2)</sup>.

*Malek* y *col.* informaron sólo 25 casos (0,55%) de adenocarcinomas primarios de más de 4.500 casos de tumores de vejiga vistos en la Clínica Mayo en un período de 15 años<sup>(1)</sup>.

En la Argentina hay publicados sólo 6 casos<sup>(3-7)</sup>.

La edad media de presentación se da entre la quinta y séptima década, con un predominio en el sexo masculino de 2-3 a 1 respecto del femenino.

Se los clasifica en vesicales primarios, del uraco y metastásicos<sup>(10, 11)</sup>.

Pueden desarrollarse también en ampliaciones vesicales y conductos urinarios intestinales.

No hay consenso en cuanto a la patogénesis de esta enfermedad, por lo que en la actualidad se proponen diferentes teorías<sup>(1, 12)</sup>.

– El urotelio puede sufrir metaplasia de tipo entérico, con o sin invaginación subepitelial. La cistitis quística o glandular da soporte a esta teoría.

– Se origina directamente del epitelio transicional totipotencial, sin la intervención de procesos metaplásicos.

– El tejido de tipo intestinal proviene de inclusiones de nidos entéricos embiológicos en la formación de la vejiga primitiva en el tejido endodérmico.

Histológicamente se los puede dividir en distintos subtipos<sup>(13)</sup>:

– *Entérico*: cuando la arquitectura y la citología asemejan a un adenocarcinoma colónico típico.

– *Mucinoso*: se caracteriza por células solitarias o nidos de células flotando en lagos de mucina extracelular.

– *Células en anillo de sello*: está compuesto por células en anillo de sello penetrando difusamente en los tejidos.

– *No específico*: el patrón histológico no entra en ninguna de las categorías.

– *Mixto*: cuando muestra dos o más patrones histológicos.

Los adenocarcinomas primarios de vejiga se presentan más frecuentemente en la base-trígono y paredes laterales, los de uraco en vértice y cúpula<sup>(10, 11)</sup>.

Se propusieron algunos criterios para clasificarlos como de uraco<sup>(9, 12, 14)</sup>.

– Tumor en el vértice de la vejiga.

– Ausencia de cistitis quística o glandular.

– Invasión de músculo o estructuras más profundas, pero con epitelio intacto o ulcerado.

– Presencia de uraco remanente.

– Presencia de masa suprapúbica.

– Nítida demarcación entre el tumor y la superficie normal del urotelio.

– Crecimiento del tumor en la pared vesical con invasión del espacio de *Retzius*.

Estos criterios son muy restrictivos, ya que ellos mismos reconocen que en un porcentaje importante de casos no se cumplen en su totalidad<sup>(9, 13)</sup>.

Ningún estudio inmunohistoquímico ni imágenes ultraestructurales ayudan a la distinción entre adenocarcinoma vesical primario y de uraco<sup>(10, 13)</sup>.

La historia natural de esta enfermedad es una progresión silenciosa local, por lo que el diagnóstico es tardío<sup>(1)</sup>. Clínicamente la capa mucosa tiene compromiso mínimo, y el sitio de origen puede ser muy pequeño e incluso imposible de identificar hasta el examen histopatológico<sup>(1, 8)</sup>. Los hallazgos cistoscópicos son uniformes en la mayoría, con ausencia de lesiones exofíticas debido a la naturaleza infiltrativa subepitelial<sup>(1)</sup>.

Los síntomas de presentación más frecuentes son hematuria y síntomas irritativos vesicales; con menor frecuencia mucosuria, retención urinaria y dolor en el flanco por obstrucción ureteral<sup>(1, 8, 12-14)</sup>.

El patrón típico radiológico del adenocarcinoma de células en anillo de sello es un engrosamiento parcial o total de la pared vesical, similar a la limitis plástica de estómago, lo que produce una disminución de la capacidad y complacencia, lo que acarrea los síntomas irritativos vesicales.

*Brick* publica un trabajo en el que 7 de 10 tumores de uraco presentaban calcificaciones de tipo punteado periférico o central<sup>(2, 11, 12)</sup>.

Pueden producir metástasis en ganglios linfáticos, huesos, hígado, cavidad peritoneal, ovarios, pulmones, pericardio y meninges.

El diagnóstico diferencial de esta enfermedad debe realizarse con<sup>(10)</sup>:

- Cistitis glandular difusa.

- Adenoma mesonéfrico.

- Proliferación benigna de los nidos de Brunn's.

- Papilomas adenomatosos o vellosos que contienen epitelio de tipo colónico o prostático metaplásico.

- Endometriosis.

- Prolapso de trompa de Falopio en vejiga posthisterectomía.

- Adenocarcinoma de próstata que invade vejiga.

Los adenocarcinomas de células en anillo de sello que fueron comunicados presentaban una evolución particularmente agresiva<sup>(10, 12-14)</sup>.

El pronóstico de estos pacientes se lo puede considerar como el de los que presentan carcinomas uroteliales grado III infiltrante; la tasa de sobrevida a los 5 años de los tu-

mores de menos de 5 cm es del 30% y en los mayores de 5 cm es del 6%<sup>(14)</sup>.

En cuanto al tratamiento se observó que no responden a la radioterapia ni a la quimioterapia<sup>(1, 8, 11)</sup>. La cistectomía parcial se asocia con índices de recurrencia muy elevados, ya que histológicamente muestran una infiltración más extensa y profunda que la esperada, lo que la convierte en un método insuficiente<sup>(11)</sup>.

El tratamiento de elección consiste en la cistectomía radical con linfadenectomía iliobturatriz, ya que a la fecha es el único tratamiento asociado con una tasa relativamente alta de sobrevida libre de enfermedad<sup>(1, 8, 11, 12)</sup>.

Debido a la falta de cambios mucosos y el comienzo de los síntomas en forma tardía del curso de la enfermedad, las chances de detección en estadios tempranos es remota<sup>(1, 8)</sup>.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Blute, M. y col.: Primary signet ring cell adenocarcinoma of the bladder. *J. Urol.*, 141: 17, 1989.
2. Brick, S. y col.: Urachal carcinoma: C.T. findings. *Radiology*, 169: 377-381, 1988.
3. Chéliz, G. y col.: Adenocarcinoma de vejiga en una mujer de 22 años de edad. Presentación de un caso. *Rev. Arg. de Urol.*, 58: 3-128, 1993.
4. Levati, H.: Adenocarcinoma de vejiga. *Rev. Arg. de Urol.*, 35, 1966.
5. Rochman, E.: Fístula enterovesical; adenocarcinoma de vejiga. *Rev. Arg. de Urol.*, 47: 3-22, 1981.
6. Santucho, N. y col.: Adenocarcinoma vesical a células en anillo de sello. *Rev. Arg. de Urol.*, 57: 1-41, 1992.
7. García, A. y Rocchi, A.: Adenocarcinoma de vejiga. Dos casos. *Rev. Arg. de Urol.*, 25, 1956.
8. Choi, H. y col.: Primary signet-ring cell of the urinary bladder. *Cancer* 53: 1.985, 1984.
9. Johnson, D. y col.: Urachal carcinoma. *Urology*, 26: 218, 1985.
10. Ahenoza, P. y col.: Primary adenocarcinoma of urinary bladder. *Urology*, 29: 9, 1987.
11. Campbell: Adenocarcinoma vesical. Carcinoma de uraco. *En: Urología* (6ª ed.), Vol. 11, págs. 1.104-1.105, 1992.
12. Fiter, L. y col.: Signet-ring cell adenocarcinoma of bladder. *Urology*, 41: 30, 1993.
13. Grignon, D. y col.: Primary adenocarcinoma of the urinary bladder. *Cancer* 67: 2.165, 1991.
14. Anderstrom, C. y col.: Primary adenocarcinoma of the urinary bladder. *Cancer* 52: 1.273, 1983.

---

## COMENTARIO EDITORIAL

---

Uno de los aspectos a considerar en una presentación es el formal. La de este caso clínico, como la de todo el trabajo, goza del mérito de la síntesis, con la cual comenta todo lo importante. La bibliografía cita las publicaciones más destacadas, incluyendo las argentinas. Habría que destacar en este tema a *Catalona*; los autores citan a *Campbell*, donde aquel autor escribe el capítulo correspondiente. Podríamos incluir una publicación de *Trabucco*, sobre morfogénesis de los tumores vesicales que data de 1948.

Es importante que se haya mencionado el patrón radiológico, similar a la linitis plástica gástrica.

Al mencionar la histopatología, en el subtipo entérico, correspondería citar el tumor coloidal.

Es excelente el diagnóstico diferencial entre un adenocarcinoma vesical primario con un tumor del uraco, dejando aclarada la dificultad del mismo; considera, además, que esta dificultad diagnóstica es uno de los motivos de la presentación.

Cuando se habla de diagnóstico diferencial, se menciona al adenoma mesonéfrico. Me permitiría hacer una observación: el adenoma es nefrogénico y es una lesión que se asemeja a los túbulos colectores renales primitivos. Es una metaplasia del urotelio. Existe bajo grado de atipia nuclear y actividad mitótica. El mesonéfrico es el adenocarcinoma (adenocarcinoma mesonéfrico), que es el equivalente maligno del adenoma nefrogénico; con aquél hay que hacer el diagnóstico diferencial.

Muy completa la descripción histopatológica. La evolución desfavorable es coincidente con la que experimentaron los pacientes observados en el Hospital Español de Buenos Aires.

Considero que es un excelente aporte al tema, por lo cual me permito felicitar a sus autores.

---

**Dr. Alberto Muzio**  
Servicio de Urología,  
Hospital Español de Buenos Aires



---

**JOAQUÍN ALBARRÁN, UN MÉDICO EJEMPLAR****JOAQUÍN ALBARRÁN, AN EXEMPLARY DOCTOR.**

---

**Dr. Antonio David Sabatini**

---

*Joaquín María Albarrán y Rodríguez*, nació en la villa de la Concepción de Sagua la Grande, Provincia de Las Villas, Cuba.

Un 9 de mayo de 1860, fue apadrinado por el *Dr. Joaquín Fábregas* distinguido médico catalán y amigo íntimo de la familia. Don *Pedro Albarrán* y Doña *Micaela Domínguez* fueron sus felices progenitores; el distinguido matrimonio disfrutaba de una sólida posición económica y eran respetados y queridos en el lugar por su intachable compostura social, tuvieron 6 hijos; por lo tanto, el personaje que nos ocupa fue el penúltimo de los vástagos de aquella aristocrática familia.

*Joaquín Albarrán* tuvo el infortunio de quedar huérfano de madre cuando apenas contaba 2 años de edad, y de padre dos años más tarde.

Los primeros estudios los realizó en el Centro docente de la Villa en que nació. Escuela católica regentada por los religiosos de la Orden Dominicana.

El 19 de octubre de 1869 cuando contaba con 9 años y 5 meses ingresó en uno de los más distinguidos e importantes Colegios de La Habana, el Real Colegio de Belén, donde inició su bachillerato donde demostró ser un niño inteligente, disciplinado y estudioso, pero a dos años y meses, un 31 de mayo de 1872 cursa la baja en el Colegio de Belén. Acompañado por su padrino el *Dr. Fábregas* se dirige con rumbo a la región de Cataluña, debido a la indicación expresa de su familia alarmada por el fusilamiento en La Habana el 28/09/1871 de ocho jóvenes estudiantes de medicina.

Cuba había entablado feroz lucha contra España por su emancipación. Por otra parte, el Rey, tenía prohibido que la juventud cubana ingresase a cursar estudios en Francia o en Estados Unidos a fin de evitar contaminar a la juventud con las ideas demoliberales que predominaban a la sazón en esos países.

Ya a mediados de julio de 1872 arribó al antiguo prin-

cipado de Cataluña para proseguir sus estudios en los centros docentes de esa panmetrópoli mediterránea bajo la celosa protección y vigilancia del padrino.

Ingresa al Instituto General y Técnico de segunda enseñanza donde obtiene a la edad de trece años el 23/09/1873, el título de bachiller en artes con la calificación de aprobado. Para realizar tal proeza el pudoroso estudiante cubano apeló a su juvenil talento natural esforzándose y doblando algunos cursos ordinarios alcanzando su título secundario.

Ese mismo año se inscribe en la Facultad de Medicina de la ciudad de Barcelona para el curso 1873/74 matriculándose para las tres asignaturas del preparatorio y además en el primer y segundo curso de Anatomía y Disección. Su capacidad de estudio, dedicación e inteligencia quedan demostradas al aprobar las asignaturas de Física, Química e Historia Natural como así también los dos cursos de Anatomía. En el siguiente año 1874/75 cursa y aprueba Fisiología, Patología General y Terapéutica e Higiene. Al año siguiente cursa y aprueba Anatomía Topográfica y Operaciones, Obstetricia, Clínica Médica 1 y Clínica Quirúrgica 1. Finalmente en el curso 1876/77 termina los estudios para la Licenciatura aprobando Higiene Pública, Obstetricia Clínica, Clínica Médica 2 y Clínica Quirúrgica 2. *Albarrán* finaliza la carrera de médico a los 17 años de edad demostrando en sus estudios ser un alumno lúcido, inteligente y preparado, afrontando con decisión y holgura las diversas pruebas universitarias a que debió someterse al terminar los cursos académicos. Se recibe con la calificación de Sobresaliente y le es entregado el Título de Médico con fecha 1 de setiembre de 1877 en nombre de su majestad el Rey Don Alfonso XII.

Obtenido el grado de Licenciado en Medicina parte inmediatamente hacia Madrid con el único fin de obtener el Título de Doctor en Medicina.

Ya en la capital, *Joaquín* comenzó a realizar las visitas

protocolares de rigor de todo médico del interior aspirante al Doctorado.

La primera visita fue a la Secretaría Académica de La Facultad de Medicina de Madrid para informarse si ya había llegado su expediente, remitido por la Universidad de Barcelona. Además de suscribir la solicitud de matrícula para realizar el curso 1877/78 en las tres asignaturas que deberían aprobar los aspirantes al Doctorado antes de proceder a la lectura de la Tesis sobre un tema médico o quirúrgico elegido a voluntad por el postulante.

Las materias fueron: Historia de la Medicina, Análisis Químico, Histología. El 27 de octubre de 1878 expone ante un Tribunal Universitario su Tesis intitulada "Contagio de la Tisis" donde obtiene la honrosa calificación de Sobresaliente. Satisfecho y gozoso por el rotundo éxito obtenido *Albarrán* vuelve a Barcelona el 15 de noviembre de 1878, tenía tan sólo 18 años cuando sobre sus sienes ciñeron el birrete y sus hombros la toga de Médico; resultaba todavía demasiado joven para intentar el regreso y ejercer la profesión en Cuba, además la Constitución de su País se lo prohibía.

En 1879 decide realizar un viaje de perfeccionamiento a Alemania, pero en el trayecto conoce la ciudad de París que lo deslumbra, decidiendo quedarse en forma transitoria. Quedando atrapado por la Ciudad de las Luces, núcleo aglutinante de la vida frívola Europea, pero también, arca universal del saber, vivero del arte, emporio de la literatura y antro de las Ciencias en pleno Siglo de Oro de la Medicina Francesa.

Nuestro personaje no sólo decide quedarse, sino que desea doctorarse por segunda vez. Fija su residencia en la gran metrópoli y se inscribe nuevamente como alumno de primer año en la Facultad de Medicina de París, en forma paralela *Albarrán* tropieza con un anuncio sobre un cursillo de 12 lecciones de Microscopía ofrecida por el *Dr. Latteux*, allí se familiariza con la técnica histológica, la microanatomía y técnica de tinciones de tejidos. Desde ese momento los estudios histológicos y la investigación microscópica lo apasionan y adquieren en él un sentido transcendental, y es esto el móvil que lo impulsa a escribir una carta al famoso Neurólogo Francés *Profesor Luis Ranvier*, el más alto exponente y la más alta autoridad de la época como cultivador y concededor de la Histología, en la misiva le ofrece pagarle y le ruega recibirle en el College de France. El prestigioso maestro lo acepta en sus aulas sin cobrarle un céntimo, más aún, no tardará en convertirse *Albarrán* en el alumno más mimado del gran Neurólogo por inteligente, eficiente y laborioso. Largas horas del día e inclusive los domingos, y por varios años, se dedicó con pasión al análisis de los elementos anatómicos bajo las lentes del microscopio. Concomitantemente concurría por la tarde al laboratorio del *Profesor Luis Pasteur* donde se preparó en Bacteriología. Conjuntamente con esto *Joaquín Albarrán* se redoctoró, pero esta vez lo hace en la Facultad de Medicina de la Universidad de París presentando su tesis sobre: "Tumores Testiculares". Además para obtener la ciudadanía Francesa de adopción *Albarrán* hubo de demostrar un perfecto conocimiento de la lengua y literatura gala ante un Tribunal competente de la Facultad de Letras

reunido en la Sorbona, para poder así ejercer la profesión de médico libremente. Se recibe nuevamente en 1883 cuando sólo contaba con 23 años.

En ese mismo año se presenta a concurso para los Hospitales de París. Obtiene el primer lugar en la clasificación de los concursantes y por ende el externado de los Hospitales de París.

Realiza un año de externado en el Servicio Quirúrgico del Profesor *Alfredo Richet*, destacándose por su laboriosidad. Apenas transcurrió un año, cuando en 1884 se informa de un concurso para proveer 48 plazas vacantes de Internos en Medicina y Cirugía de los Hospitales y Hospicios de París. Se presentaron 400 aspirantes al cargo, entre ellos, *Joaquín Albarrán*. La primera prueba es escrita en la cual el concursante deberá redactar las observaciones que le han sugerido el examen de un enfermo hospitalario que ha podido reconocer por espacio de 15 minutos, en esa primera prueba, el jurado concede a *Joaquín Albarrán* el primer puesto y elimina a más de trescientos aspirantes y para la segunda prueba que es de ejercicio oral, a nuestro biografiado, le toca en suerte disertar acerca de Las Complicaciones de la Dieta Azucarada y El Cuarto Ventrículo. El Jurado hizo público su fallo el 26 de diciembre de 1884 y *Albarrán* obtiene por segunda vez consecutiva el número uno de la promoción, al tiempo que recibe el diploma de "Laureado" de los nosocomios de París. También se le concede el "Premio Godard" con el que la Academia de Ciencias de París cnaltecía anualmente al alumno más aventajado. Como Interno sigue sus cuatro años de práctica con estos grandes clínicos: primero con *Trelat*, en su Servicio de Cirugía; después *Grancher* en Clínica Médica, con *Le Dentu* el tercer año y el cuarto con *Guyon* donde concluye en 1888, especializándose en las operaciones de las vías urinarias. Con Medalla de Oro culmina este cuatrienio donde demuestra sagacidad clínica, seguridad en sus juicios y lucidez en sus conceptos.

Decide cumplir un año más de internado con el Profesor *Guyon* (en realidad es de internado suplementario) al que tiene derecho por sus antecedentes en el Hospital de Necker. En 1889 obtiene por segunda vez el título de Doctor en Medicina, pero esta vez es la Facultad de Medicina de París quien lo concede.

Con perfecto conocimiento de la bacteriología urinaria y apoyándose en ella escribe una soberbia tesis doctoral titulada: "El Riñón de los Urinarios" donde demuestra el papel de la bacteria piógena que la identifica con el nombre de Colibacilo en el desarrollo de las infecciones de las vías urinarias, recabando que el riñón se infecta por vía sanguínea, como por vía ascendente o canalicular, obteniendo con su Tesis doctoral el codiciado "Premio Barbier" en 1889.

Fiel a sus firmes aficiones por el laboratorio experimental especialmente en lo relativo a la microscopía, el maestro incrementó su interés por la materia en boga: la Bacteriología, por entonces, apenas en período inicial de desarrollo. Tampoco abandonó las investigaciones histopatológicas en el Hospital *Des Enfants Malades*, bajo la docta dirección de *Granchier*, produjo una serie de trabajos originales sobre "Tumores de los Maxilares" y acerca

de "Los Restos Paracentarios". En 1892 se presenta a un concurso Académico de oposición y conquista la apetecida plaza de Profesor Agregado de Cirugía, juntamente con *Legars y Delbet*.

Contaba ya 32 años de edad cuando ascendió a la magnífica carrera magisterial. Fue el primero de la promoción. Aseveran que de primera intención, *Joaquín* había rehusado obstinadamente en oponer, mas, esta vez, tocóle al Maestro *Guyon* convencerlo.

*Ranvier* fue realmente su primer mentor y descubridor, en cambio, *Félix Guyon* fue su genio protector que lo prohibió, le tendió su mano y lo condujo al pináculo de la celebridad; además fue con quien convivió por más de 10 años en el Hospital de Necker.

Paralelamente a su tarea asistencial hospitalaria diariamente concurría en forma vespertina hacia la *Rue d'Ulm* donde se encontraba el laboratorio microbiológico del gran *Pasteur*, con quien colaboró en sus experimentos; allí acompañado de su amigo *Halle*, realizó, su famoso hallazgo bacteriológico. Tras este descubrimiento vinieron otros, como la determinación del rol que desempeñan los gérmenes anaerobios en las Supuraciones Uretrales y que tan impropriamente en su época se lo denominaba "Infiltración de Orina".

En 1885 es enviado por Francia como delegado al Congreso Internacional de Medicina con sede en Moscú.

El 14 de noviembre de 1906 *Albarrán* alcanzó la mas prominente jerarquía universitaria; viste la toga de Profesor en propiedad de la Cátedra de Enfermedades de las Vías Urinarias declarada vacante por jubilación del eminente Urólogo *Félix Guyon* quien había llegado al límite de edad permitida para el ejercicio de la función docente. Por ser fundador de la citada Cátedra y por su verdadera sapiencia en la materia urológica, hubieron de prolongarle su condición de Profesor hasta los 75 años y para reemplazarlo el Consejo Académico de la Facultad casi en forma unánime designó al *Dr. Joaquín Albarrán*, quedando relegados los profesores *Legue, Hartman, Basy y Tuffier*. Dieciséis años antes, en 1890, dicha Cátedra fue creada por el venerable *Guyon*, fundador de la Urología Francesa. Fue entonces *Albarrán* el único interno que se presentó como único candidato a la Jefatura de Clínica, de la especialidad a la cual determinó consagrarse de por vida.

Contaba ya 46 años cuando alcanzó la titularidad de la Cátedra. Era sin duda el Profesor Titular más joven de la Facultad de Medicina de París.

En la plenitud de su vida y en toda la madurez de su mágico cerebro creador, llegó a ser el máximo conductor de esa fecunda Escuela de Necker. En adelante, su ilustrada dirección rejuvenecedora, le imprimiría mayor pujanza y brillantez.

Con el nombramiento de Profesor Efectivo, tácitamente alcanza la categoría de primer Cirujano Urólogo del mundo quedando la Cátedra virtualmente bajo la dirección de un neto sabio cubano, fiel reflejo de las severas tradiciones de la Escuela de Necker, una de las más importantes de Europa en la especialidad mencionada. Grande y noble fue en verdad el gesto de la Escuela de Medicina Francesa al colocar al primer extranjero, en su seno, con la más promi-

nente investidura magisterial. Y desde aquel mismo instante en que el profesor *Joaquín Albarrán* recibe de manos de aquel patriarca galo, *Félix Guyon*, la fulgente antorcha de la docencia, pesó sobre sus hombros responsables de egregio varón, la ímproba tarea de mantener encumbrada la tradición, a todas luces magistral, de la ponderada y proverbial Escuela Urológica Francesa, y la mantuvo, hasta el final de sus días, en creciente prestigio internacional.

El mismo 14 de noviembre de 1906 a la 10 AM, en el anfiteatro de Necker efectúa su lección de apertura de curso sobre Clínica en las Enfermedades de la Vías Urinarias.

Como Docente Universitario también se interiorizó en el estudio y divulgación sobre Historia de la Medicina, y demostró ser un erudito historiador de su propia especialidad, recopilando antecedentes de la Medicina Francesa en los estudios y tratamientos en que fueron pioneros como: A) En la estrechez uretral.; B) La cirugía renal y C) La litotricia vesical.

Además de todo esto preconizó la frase de: "No intervenir al paciente sino como quisiéramos que nos intervinieran". Fue considerado como el más completo de los Urólogos modernos, alcanzando estupendo auge dentro y fuera de las lindes de la Nación que lo prohibió, fue solicitado por una numerosa clientela que venía de varias naciones euroasiáticas, compuesta de gente acaudalada, de príncipes y gobernantes.

En 1909 publica su libro: *Medicina Operatoria de las Vías Urinarias*, que despertó un gran interés en los medios científicos europeos e internacionales traduciendo a varios idiomas.

Entre los procedimientos desarrollados por *Albarrán* merecen citarse:

La ureterolitomía directa por cálculo del uréter pelviano, que practicó por primera vez en 1884.

Difusión de la prostatectomía por vía perineal en la hipertrofia benigna prostática.

Realización de la resección plástica de la estenosis pieloureteral.

Difusión de la sinfisiotomía en los tumores de vejiga y la nefropexia por suspensión capsular.

Desarrollo de la nefrostomía, la anastomosis lateral ureteropielica.

También fomentó la nefrectomía sub y extracapsular.

Delimita la porción pelviana del uréter como así también su liberación quirúrgica.

La uretrotomía interna. Operación para el prolapso intervesical del uréter.

Sutura completa de la vejiga después de la talla hipogástrica transversal.

La reimplantación del uréter en las resecciones de vejiga.

Preconiza la nefrectomía inmediata como tratamiento precoz de tuberculosis renal.

En junio de 1897 en la Sociedad de Cirugía Francesa, en agosto de 1897 en el Congreso Internacional de Medicina en Moscú y dos meses más tarde en octubre en el Congreso Francés de Urología un nuevo modelo de cistoscopio al que le agrega una pequeña palanca o uña destinada a realizar tratamientos urológicos endocavitados.

Estudia la función renal por separado con azul de metileno y también con fluorocidina.

En 1889 fue el primero en presentar radiografías de cálculos renales dando a conocer su constitución de acuerdo con su absorción de rayos.

Estudia la nefritis infecciosa y señala que los agentes patógenos alcanzan al riñón por dos vías, la ascendente o ureteral y la descendente o circulatoria.

En el campo de la microbiología describió los abscesos perirenales.

Descubre y demuestra que la invasión bacteriológica perirenal se origina a través del tejido conectivo del riñón.

Algunos capítulos urológicos están bautizados con su nombre, ej.: Enfermedad de Albarrán a la colibaciluria. Operación de Albarrán a la resección de una porción de la pelvis renal dilatada y sutura consecutiva.

Prueba de Albarrán, la de la insuficiencia fundada en el principio de que cuanto mayor es la destrucción del epitelio renal menos probable es que el órgano responda con un aumento de la secreción después de la ingestión de grandes cantidades de agua.

Glándulas de Albarrán aquéllas de tamaño variable existentes en la próstata debajo del cuello vesical, región subcervical que desembocan en la porción posterior de la uretra.

Además se destacó en la teoría sobre la génesis de los tumores y clasificación de los mismos. Formación del alvéolo dentario. Desarrollo del alvéolo dentario. Restos epiteliales paradentarios.

Estudia 20 cerebros infantiles sobre el plexo coroides de los ventrículos laterales. También realiza trabajos extraurológicos: Epitelioma carcinoide de esófago. Teratoma de escroto. Estudio experimental de las obstrucciones intestinales agudas. Además describe las glándulas periuretrales de la uretra posterior, como así también el esfínter liso subcervical.

Estudia y clasifica los tumores de vejiga, donde resalta la persistencia en la pared vesical de glándulas, red linfática y músculo liso.

Estudia microscópicamente el riñón de los urinarios, la cápsula renal y la glándula suprarrenal y también describe sus adherencias.

También estudia la fisiología renal por separado en su Poliuria Experimental, la hidronefrosis, pielonefritis, tuberculosis y cáncer renal.

Desarrolla el cateterismo ureteral rutinario gracias a la modificación del cistoscopio de Nitze. Además del coliba-

cilo descubre el *Bacillus perfigrens* hoy *Clostridium welchi* o *Sergenes capsulatus*, agente de la gangrena gaseosa.

Podemos decir que únicamente sobrevivió tres años a la nominación de Profesor de la especialidad Urológica, los últimos tres fueron de larga, hórrida y anonadante agonía.

Sufrió inmensamente al verse aún joven e impotente de proseguir adelante con su tarea científica cuando cierto día debió abandonar bruscamente su trabajo cuando dictaba clase a causa de una importante hemoptisis. Fallece a la edad de 51 años minado por una consunción tuberculosa acompañada de diabetes, era el 17 de enero de 1912. Dijo el Profesor F. Cathelin a su muerte "fue el espíritu más sutil y más penetrante que haya conocido en el dominio de la cirugía. El más grande cerebro de nuestro profesoral y el modelo a seguir por todos. Fue tan grande por el corazón como por el espíritu. Tenía una vivacidad extraordinaria, de gestos y de pensamientos que trascendía en la brillantez de sus ojos. Fue ciertamente el cerebro más lúcido, el más claro y el más sintético que jamás he conocido".

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Diccionario Larousse Ilustrado.
2. *The British Medical Journal*, Vol. 1, 1.049, 1912.
3. *Journal d'Urologie Medicale y Chirurgicale*, Vol. 1, 71, 1912.
4. *La Presse Medicale* 20/01/1912.
5. Pagés, J.; Valldivieso, M.; Albarrán, J.: Genial Artífice de la Urología.
6. Publicación del Museo Histórico de Ciencias Médicas. La Habana 1963.
7. Cincuentenario de la Muerte del Dr. Joaquín Albarrán. Publicación del Ministerio de Salud Pública de Cuba. La Habana, 1962.
8. Puigvert, A.: The young Albarrán in Spain. *European Urology*, Vol. 7, Nº 1. 57-59, 1981.
9. Puigvert, A.: Joaquín Albarrán, Barcelona, Madrid (1872-1878). *Actas Urológicas Españolas*, Vol. 3, Nº 5, 1979.
10. Castiglioni, A.: Historia de la Medicina 1941, la edición española.
11. Pousson-Desnot: *Encyclopedie Française*, 1914.
12. *Histoire de la Medicine*, Nº 111. París, 1951.

---

**Dr. Antonio David Sabatini**  
*Médico de Planta del Hospital Churruca*

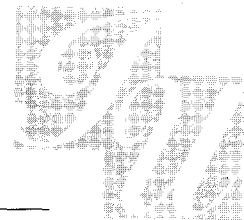


---

# INFORMATICA EN UROLOGIA

Dr. Germán M. J. Chéliz

---



## VIRUS: LO QUE EN MICROBIOLOGÍA NUNCA NOS ENSEÑARON VIRUS: WHAT MICROBIOLOGY NEVER TAUGHT US

### *¿Qué es un virus?*

Esa pregunta en una publicación médica parece una obviedad, pero en esta acotada sección que nos convoca, es decididamente otra cosa. Es, en pocas palabras, un programa que intencionalmente fue diseñado para "infectar" otra máquina en forma inadvertida y producir una acción no buscada, generalmente un daño. Para esto utilizan varios mecanismos, se adosan a programas o sectores de *boot* de un disco, se replican a sí mismos cada vez que usamos ese *diskette* o el programa infectado. La simple replicación del virus a lo sumo puede enlentecer la computadora por el consumo de memoria de la misma. El verdadero problema comienza cuando el mismo tiene la capacidad de ejecutar acciones más destructivas, como *formatear* discos, eliminar particiones, etc. Por ejemplo, recién el 6 de marzo de cada año, el virus *Michelangelo*, activa una secuencia destructiva para la computadora, desastre que sólo se nota el día que se celebra el cumpleaños de Miguel Angel, a pesar de que la infección puede llevar meses de instalada.

No deje que su cara se contraiga en un rictus terrorífico ante la sola mención de la palabra virus, un virus es un programa, ni más ni menos, y si no se ejecuta, no hace nada, eso, aunque parezca poco, nos da una enorme ventaja: *la previsión*, si Ud. los busca y los encuentra antes de que se ejecuten, puede solucionar el problema.

### *¿Cuáles son las vías habituales de infección?*

1. Documentos Word o Excel vía e-mail (tal vez una de las más frecuentes)(\*)
2. Programas bajados de BBS o FTP que posean archivos infectados.
3. Soft "pirata" (sobre todo jueguitos).
4. Arreglo o mantenimiento de su máquina (¿intencional?, ¿accidental?)

### *Hay varios tipos de virus*

- a. *Virus de archivo*: infectan virus ejecutables.
- b. *Virus MBR*: se almacenan en el sector de arranque de un *diskette* o en el MBR de su máquina impidiendo el arranque de la misma.
- c. *Virus de red*: utilizan comandos y protocolos comunes en la red y se diseminan por e-mail o por red.
- d. *Macro Virus*: una de las características de los virus es la de replicarse y adosarse a otros programas o archivos. Los Macro virus, no se adjuntan a cualquier programa sino a programas específicos. Habitualmente estos simpáticos animalitos vienen adosados a archivos de texto de Word o planillas de cálculo de Excel. Ambos programas tienen una serie de archivos que se abren automáticamente y se activan sin nuestra voluntad (macros). Estos archivos, cuyo funcionamiento es ajeno a nuestra voluntad, son infectados por estos virus macros, y a su vez infectan otros archivos de texto o planillas cada vez que los abrimos.
- e. *Worms o gusanos*: estos virus se replican y ocupan lugar en memoria, aunque no se adosan a otros programas.
- f. *Virus Troyano*: como el mentado solípedo, es un programa (no es un virus en sentido estricto) que teóricamente hace una cosa pero al accionarlo realiza otra completamente distinta habitualmente destructiva (¿Se acuerda del caballo que los asociados de Odiseo o Ulises, fecundo en ardid, le obsequiaron a los Troyanos?)

### *Normas básicas para evitarlos*

1. *Lo más efectivo contra los virus es la profilaxis*. Es barata, lo puede hacer Ud. mismo y no debe relegarla a terceros como habitualmente tiene que hacer si un virus infectó su máquina.

2. Tómese el trabajo de crear un disco de inicio o de "arranque". Normalmente su computadora "arranca" desde el rígido. En caso de que este inicio no funcione porque tenga un virus en el MBR (*master boot sector*) puede hacerlo desde un diskette que tenga esa información, acceder a su disco rígido y rescatar toda o parte de la información. Cómo se crea dicho diskette: para usuarios de Win 98: Inicio/ configuración/ Panel de control/ Disco de Inicio; acepte crear disco y guarde dicho diskette con protección de escritura en un lugar seguro. Algunos antivirus crean este disco por Ud.
3. Realice *backups* periódicamente de su información clave(\*\*). No siempre desinfectar un archivo le permite resolver todos sus problemas y aun completado el proceso, perder toda o parte de la información. Por ejemplo el virus Medianoche encripta información vital de los programas que infecta y la *desencripta* cada vez que el virus se activa, permitiendo el funcionamiento del programa por un lado, pero propagando la infección por otro. Al remover el virus, no puede *desencriptar* dicha información vital y el programa no puede funcionar.
4. Nunca deje un diskette de origen dudoso en su computadora, al arrancar booteará del diskette y puede activarse un virus desconocido.
5. Consígase más de un buen antivirus. No existe un solo antivirus que pueda detectar todos los virus existentes, por el sencillo motivo de que permanentemente hay insomnes a lo largo del mundo haciendo estos programitas para solaz de su vigilia y pesar de nuestro desvelo.
6. Utilice los medios de seguridad de su Browser al navegar. Cuanto más seguridad o restricción, menos va a poder navegar y viceversa. Seleccione las páginas en las cuales baje los niveles de seguridad.
7. Nunca ejecute programas adosados a e-mail de origen desconocido. Nunca ejecute programas autoejecutables sin *scanearlos* (\*.exe) aunque sean recibidos por un remitente conocido, puede estar provocando la ira de un troyano. (Contrariamente a lo que Ud. pueda creer, el cuerpo de un mail, si está en formato texto, no puede contener un virus, sí los archivos binarios que estén adjuntos.)
8. Nunca abra e-mail de orígenes dudosos, desconocidos o que no haya solicitado y a continuación configure su programa de correo para que cada vez que identifique ese mail (por ejemplo el motivo del mensaje del mail) lo remita nuevamente al servidor sin recibirlo en su computadora. Recuerde, los archivos de texto de Word o las planillas de cálculo de Excel pueden tener virus macro. Una vez más, si no abre estos archivos no tendrá problemas, primero verifíquelos con su antivirus.
9. Verifique siempre la seguridad de los "jueguitos", habitualmente son vehículos de virus. Evítelos siempre que pueda (no sólo porque puedan tener virus).

## Glosario \_\_\_\_\_

**MBR:** *Master Boot Record*, pequeño programa que se activa con el encendido de la máquina, usualmente reside en el disco rígido y se fija cuál es la partición que tiene la información necesaria para el Booteo. Un virus de tipo MBR se mete en este programita e impide el arranque o booteo de la máquina.

**Encriptar:** en este caso puntual significa traducir el lenguaje de un archivo a un idioma incomprensible para el programa para el cual fue diseñado.

## Perlitas \_\_\_\_\_

(\*) pida que le den documentos de texto en formato RTF y nunca DOC.

(\*\*) ¿quiere una buena opción de Backup? Los diskettes almacenan poca información y son físicamente poco seguros. La cinta es cara, lenta y cada vez menos usada por el usuario doméstico, ¿ZIP drive? buena, pero algo cara y no tan rápida como uno quisiera. Actualizó su máquina y le pusieron un rígido más grande, no tire o entregue en parte de pago el viejo. Pídale a su proveedor de hard que se lo coloque como segundo rígido en una bahía removible (muy barata) y puede realizar en esa unidad física sus copias de seguridad. Si Ud. deja su domicilio en las manos del destino (solo) y algún pícaro lo visita pueden llevarse su computadora, pero no el rígido que Ud. puede guardar en otro lugar.

---

## COMENTARIO DE TRABAJOS

Coordinadores: Dres. Antonio W. Villamil y Javier A. Divinsky

---



*The Journal of Urology*  
1999, Vol. 161, 252-253.

---

### ORTHOTOPIC URETHRAL SUBSTITUTION IN FEMALE PATIENTS USING THE MITROFANOFF PRINCIPLE

---

Dres. Ubirajara Barroso, Jr. Barry Duel; Julia Spencer Barthold y Ricardo González

*Del Department of Pediatric Urology, Children's Hospital of Michigan, Wayne State University, Michigan*

---

**ABSTRACT: Purpose:** We present our experience with orthotopic urethral substitution in female patients using the Mitrofanoff principle.

**Materials and Methods:** We performed orthotopic urethral substitution using the Mitrofanoff principle in 18 female patients 1 to 29 years old (mean age 10). The conduit was constructed with appendix in 13 cases, tapered ileum in 4 and fallopian tube in 1. The etiology of incontinence included exstrophy in 8 patients, neurogenic bladder in 3, urogenital sinus in 3, and bilateral ectopic ureterocele, the prune-belly syndrome and post-cystectomy undiversion in 1 each.

**Results:** Mean followup was 29 months (range 9 to 72). A total of 16 patients achieved continence following a program of clean intermittent catheterization. There were 2 unsuccessful operations. In 1 case the appendix become ischemic and in 1 a vesicoperineal fistula developed. One patient catheterizes every 2 hours to avoid leakage. Catheterization was temporarily difficult in 5 patients, of whom 2 had an appendiceal and 3 had a tapered ileal conduit. Two patients with an ileal conduit have had chronic difficult catheterization.

**Conclusions:** Orthotopic replacement of the urethra using the Mitrofanoff principle is suitable in highly select female patients who need continent diversion or a catheterizable conduit but who will not accept an abdominal stoma. It is particularly suited to patients in whom exstrophy reconstruction has failed.

---

#### Comentario

*El apéndice cecal ha sido utilizado con diferentes finalidades como reemplazar la vía biliar, en el ureter, y para construir ostomas continentes tanto fecales como urinarios. El artículo que nos ocupa califica al apéndice cecal como el mejor conducto para realizar un ostoma continente urinario como surge de la bibliografía.*

*Esta cualidad se debe fundamentalmente a no necesitar modelaje para la construcción del mismo, ofreciendo un calibre adecuado e ininterrumpido.*

*La decisión de dónde ubicar este ostoma urinario pasa por una minuciosa selección de pacientes.*

*En este trabajo, su localización perineal ofrece la posibilidad de sustituir la uretra en circunstancias anatómicamente alteradas, como ocurre en pacientes con extrofia vesical. Con esta técnica se puede tratar simultáneamente la incompetencia cervicouretral y el mal vaciamiento vesical.*

*Otro de los beneficios es que, en las niñas, localizar un ostoma continente urinario abdominal puede ser una complicación durante el transcurso de un embarazo o en el momento de una cesárea. Una limitación de la técnica de Mitrofanoff que puede presentarse, es la longitud del meso que, al localizarse en el periné, ésta podría ser aún mayor.*

---

**SAU**

como se relata en un paciente. En los pacientes que utilizan sillas para el traslado la localización abdominal es más práctica; los factores estéticos, hoy juegan un rol limitado debido a las onfaloplastías combinadas con el Mitrofanoff.

En el caso de que se utilizara la trompa de Falopio para la construcción del ostoma, no necesariamente se presentan complicaciones durante la menstruación, como ha sucedido en alguna paciente; esto sólo ocurrirá cuando la trompa presente una metaplasia endometrial.

Como lo mencionan los autores, la técnica de Monti hoy en día sería la primera opción ante la falta del apéndice cecal.

---

**Dr. Francisco I. P. de Badiola**  
Urología Pediátrica del Hospital  
Italiano

*American J. Urol. 160, 2050-2053, 1998*

---

## **VENOUS PATCH GRAFT FOR PEYRONIE'S DISEASE. PART I: TECHNIQUE**

---

**Tom F. Lue y Ahmed I. El-Sakka**

*From the Department of Urology, University of California of Medicine, San Francisco, California*

---

**ABSTRACT: Purpose:** We describe our technique of plaque incision and venous patch grafting to correct complex penile deformity associated with Peyronie's disease.

**Materials and Methods:** Graft material is obtained from the lower and upper saphenous and deep dorsal veins. The configuration, size and number of tunical incisions depend on the site and size of the lesion. In most cases an H-shaped tunical incision is adequate to release the contracture. With the aid of a vascular stapler several vein segments can be assembled easily into 1 piece to cover de defect.

**Results:** The incidence of penile shortening and erectile dysfunction, following other corrective procedures, is lessened with the tunical incision and venous grafting technique.

**Conclusion:** The venous graft provides an anatomical and functional tunical substitute. Results in correction of Peyronie's disease are highly encouraging.

## **VENOUS PATCH GRAFT FOR PEYRONIE'S DISEASE. PART II: OUTCOME ANALYSIS**

---

**Ahmed I. El-Sakka, Hashem M. Rashwan and Tom F. Lue**

*From the Department of Urology, University of California of Medicine, San Francisco, California*

---

**ABSTRACT: Purpose:** We evaluate the results of tunical incision and venous patch grafting for correcting penile deformity in Peyronie's disease.

**Materials and Methods:** In 112 patients with symptoms of Peyronie's disease for more than a year indications for surgery included penile shortening, persistent pain, severe curvature, penile narrowing or indentation and/or failure of previous surgery. Preoperative evaluation included determination of patient and partner expectation, potency status, circumcision status, measurement of penile length (short and long side) and saphenous vein, and color duplex ultrasonography to evaluate possible accessory vascular communication. Patients underwent plaque incision and venous patch grafting. The

configuration, size and number of tunical incisions depended on the size and shape of the lesion. Lower and upper saphenous, and deep dorsal veins served as the graft materials. Postoperative followup was as long as 18 months.

**Results:** In 96% of patients the penis became straight, while residual curvature was 30 degrees in 3% and 15 degrees in 1%. In 94% of patients narrowing and indentation were absent and in 83% penile length was same or longer postoperatively. Of the patients who were potent preoperatively 88% experienced the same or better erectile quality after surgery. In 10% of cases a change in sensation occurred lasting longer than 6 months. Overall satisfaction was expressed by 92% of men who believed that surgery improved the psychological state as well as the relationship with the partner.

**Conclusions:** The results are satisfactory and this procedure offers a reasonable solution for correction of Peyronie's disease.



## comentario

---

Los dos artículos mencionados en el título fueron publicados a fin del año pasado y son un excelente aporte al tratamiento de esta afección. Antes de entrar en consideraciones técnicas creo que es importante recalcar la necesidad de realizar una evaluación preoperatoria con eco-doppler a todo paciente con enfermedad de Peyronie en quien se planea una cirugía de la placa, para poder establecer con seguridad la existencia de colaterales de las arterias dorsales. La técnica es descrita minuciosamente por *Lue y col.* y es superior a lo conocido hasta el momento, ya que el injerto con vena es efectivo, es más simple de obtener que la dermis o la fascia temporal, por ser endotelio se vasculariza muy rápidamente, evita la permeación de sangre y a los tres meses es prácticamente igual de resistente que la túnica albugínea. Una de las críticas que se le hace a esta variante es que limita el potencial uso de la vena safena en el hipotético caso de requerir una cirugía de revascularización miocárdica. No nos parece una crítica considerable habida cuenta de la existencia de otras estructuras vasculares tan utilizables en cirugía coronaria como la vena safena (arteria mamaria interna, arteria radial).

Los resultados detallados en la Parte 2 del artículo son por demás elocuentes. Cualquier cirugía que ofrezca semejante porcentaje de éxito es digna de ser tenida en cuenta. Como siempre, el criterio de selección preoperatorio es de capital importancia y condiciona los resultados post-operatorios. Asimismo, es importante destacar el énfasis que hacen los autores en que se debe ser muy claro al explicar la cirugía al paciente, destacando los beneficios y también las posibles complicaciones, para evitar falsas expectativas y caras largas en el postoperatorio.

Estamos practicando esta técnica desde septiembre del año pasado y realmente estamos muy entusiasmados con la misma.

Agradecemos a las autoridades de la Revista el haberme confiado la realización de este comentario.

---

*Dr. Guillermo Gueglio*  
*Servicio de Urología*  
*Hospital Italiano de 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 Pasaje de la Cárcova 3526 (1172) 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 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 o leído (si correspondiera) 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 descripta 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 Pasaje de la Cárcova 3526 (1172) Buenos Aires, Argentina.
- After their approval, contributions will be published according to their acceptance order, unless editorial reasons do not let it.
- Contributions will not be 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 x 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 counselor" 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.
- Preliminary 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	Espermatocele	Nefropatías
Epididimitis	Enfermedades testiculares	Anuria
Neoplasmas de los genitales masculinos	Orquitis	Oliguria
Hematocele	Neoplasmas testiculares	Nefropatías diabéticas
Herpes genital	Tuberculosis de los genitales masculinos	Síndrome de Fanconi
Hidrocele	Varicocele	Síndrome hepatorenal
Infertilidad	Prostatitis	Hidronefrosis
Infertilidad masculina	Tuberculosis urogenital	Hiperoxaluria primaria
Oligospermia	Tuberculosis de los genitales masculinos	Hipertensión renal
Enfermedades del pene	Tuberculosis renal	Hipertensión renovascular
Balanitis	Enfermedades urológicas	Cálculos renales
Induración peneana	Enfermedades de la vejiga	Necrosis de la corteza renal
Neoplasmas del pene	Cálculos de la vejiga	Riñón quístico
Fimosis	Fístula de la vejiga	Riñón poliquístico
Parafimosis	Fístula vesicovaginal	Riñón esponjoso
Priapismo	Obstrucción del cuello vesical	Insuficiencia renal aguda
Enfermedades de la próstata	Neoplasmas de la vejiga	Necrosis tubular renal aguda
Hipertrofia prostática	Vejiga neurogénica	Insuficiencia renal crónica
Neoplasmas de la próstata	Cistitis	Neoplasmas renales
Prostatitis	Reflujo vesicoureteral	Necrosis papilar renal
Trastornos sexuales	Hematuria	Nefritis
Impotencia	Hemoglobinuria	Glomerulonefritis
Torsión del cordón espermático		Glomerulosclerosis focal
		Síndrome de Goodpasture

#### Enfermedades urológicas

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

# NOTICIAS DE LA SAU

Coordinador José R. Castera

## XXIX Congreso de la Federación Argentina de Urología y XXXVII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología. Tema Central: "Cáncer de Vejiga"

23 al 26 de septiembre de 1999. Centro de Congresos y Exposiciones de la ciudad de Mendoza. Secretaría e informes: Espejo 70, 3º piso, (5500) Mendoza. Telefax: 0261-4235363 - 4290926.

## V Jornadas Metropolitanas de Sexología y Educación Sexual

1 y 2 de octubre de 1999, en el Regente Palace Hotel, Suipacha 964, Capital Federal. Telefax: 4633-4844. E-mail: sash@ines.net.ar.

## 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@df1.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.

## II Simposio Internacional - Avances en Infectología y Microbiología Clínica

17 y 20 de octubre de 1999, organizado por la Sociedad Argentina de Infectología y Sociedad Argentina de Bacteriología Clínica, en el Hotel Inter-Continental de esta ciudad. Secretaría: Cap. R. Freire 695, Capital Federal. Tel.: 4553-3311. Fax: 4551-3955. E-mail: pharmaconsult@interlink.com.ar.

## 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.

# SAU

### **Fundamentos Neuroanatómicos del Control de la Función Urogenital**

---

Viernes 19 de noviembre de 19:00 a 21:30 hs. y sábado 20 de 8:30 a 12:30 hs.

Directores: Dr. Federico Zeller y Prof. Dr. Osvaldo N. Mazza.

Se dictarán en el Sector Docente de la Unidad de Urología del Hospital de Clínicas José de San Martín, Av. Córdoba 2350, 4º piso, Buenos Aires. Inscripción en la Unidad de Urología (Dr. Claudio Rosenfeld). Máximo de alumnos a inscribirse, 25; arancel, \$10,00 por curso.

### **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.

### **VIII Symposium Internacional de Andrología**

---

30, 31 de marzo y 1 de abril del año 2000. 1ª Reunión sobre el Manejo de la Disfunción Sexual Femenina. Palma de Mallorca. Informes: Tel.: (971) 71 47 33. Fax: (971) 72 65 19. E-mail: cuesba@aclas-lap.es.

### **IX World Meeting in 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.

### **Encuentro Iberoamericano de Andrología ANDR 2000**

---

4 al 7 de diciembre del año 2000. Centro de Convenciones. Hotel Hilton, Cartagena de Indias, Colombia. Inf.: 4822-1350. Fax: 4826-2832. E-mail: marivero@impsatl.com.ar.



## **XXV CONGRESO DE LA CONFEDERACIÓN AMERICANA DE UROLOGÍA Y CONGRESO ARGENTINO DE UROLOGÍA**

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

### **Informes**

Secretaría SAU

Tel/Fax: 4963-8521/4396/4337

---

**SAU**

The SIU announces the availability of four traveling 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.

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 AGUSTÍN PAGANO"**

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

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

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

**LOS RESPECTIVOS REGLAMENTOS DE ESTOS PREMIOS SE  
ENCUESTRAN A SU DISPOSICIÓN EN LA SECRETARÍA DE LA  
SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA.**

#### **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 4383-6078.

## 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.-

La entrega del diploma se efectuará en la sede de la SAU, previo pago del arancel correspondiente.

## Título de Especialista en Urología

---

- Fecha de presentación: Hasta el 1º de marzo del año 2000.
- *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.

---

## CONDICIONES PARA OPTAR A LA CATEGORÍA DE MIEMBRO TITULAR DE LA SAU

---

Ser miembro Adherente de la Sociedad Argentina de Urología con una antigüedad no menor de cinco años. Acreditar una asistencia mínima a cuatro sesiones científicas en el año o 20 en los últimos 4 años.

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

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

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

---

### 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".

## CENTRO DE ESTUDIOS BIOQUIMICOS

Áreas de especialización:

ANDROLOGIA

GINECOLOGIA

Dra. Ana María Blanco

*FRENCH 2208 P.B.*

*(1125) Capital Federal*

*Telefax: 4825-0794*

---

# SAU

## CONCURSO FOTOGRÁFICO 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 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.

**Roma** FARMACIA Y  
LABORATORIO S.A.

***La dosis exacta de drogas vasoactivas  
que el médico indique para la necesidad de cada paciente***

Av. Rivadavia 3030 - Teléfono 4862-4091 al 95 - Fax 54-11 4861-4888  
(1203) Buenos Aires - Argentina

**SAU**



# BTA *stat*<sup>TM</sup> TEST

## BLADDER TUMOR ANTIGEN

PARA LA DETERMINACION DEL ANTÍGENO DEL CANCER DE VEJIGA

**Resultado en 5 minutos**

**Método no invasivo**

**Con sólo 5 gotas de orina**

**Alta sensibilidad**

**Simple y rápido**

**Lectura a simple vista**

**Aprobado por FDA**



Representante exclusivo en Argentina y Chile

Medica-Tec Argentina  
Av. Triunvirato 2789 (1427) - Bs As - Argentina  
Te.: 4554-4600 Fax: 4555-0416  
e-mail: ventas @ medica-tec. com. ar

Medica-Tec de Chile  
Los Militares 4847 - Las Condes - Santiago - Chile  
Fono: 208-5506 Fax: 263-3859  
e-mail: medicatec @ entelchile. net

## MSD se interesa por la seguridad de sus medicamentos

MSD Argentina comunica a los profesionales médicos y a la población general que ha implementado un sistema de farmacovigilancia para facilitar la comunicación de reacciones inesperadas y/o relacionadas con los productos farmacéuticos de MERCK SHARP & DOHME actualmente en venta.

Con este sistema, MSD podrá reunir información sobre todos aquellos **efectos adversos y/o inesperados que sólo el médico y el paciente pueden detectar en la práctica diaria y que son de gran importancia en la valoración de la seguridad de nuestros medicamentos, en el largo plazo.**

Para este fin los interesados podrán reportar cualquier inconveniente comunicándose con:

Centro de servicios MSD: 0800-8888MSD (673)

Por Fax.: 011-4546-5711

Por e-mail: efectos\_adversos\_argentina@merck.com



---

# REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA

---

**4** números  
anuales

**Exclusivamente para no socios de la SAU**

**Enviar ficha de suscripción a:**

**SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA**

Pasaje de la Cárcova 3526, (1172), 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: ..... N°: ..... Piso: .....

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

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

Especialidad: .....

Departamento: .....

Hospital: .....

**FORMA DE PAGO:**

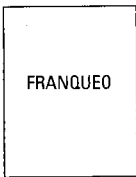
Cheque N°: ..... Banco: .....

Giro Postal N°: .....

.....  
Firma del Titular

*Ficha de  
suscripción*

**99**



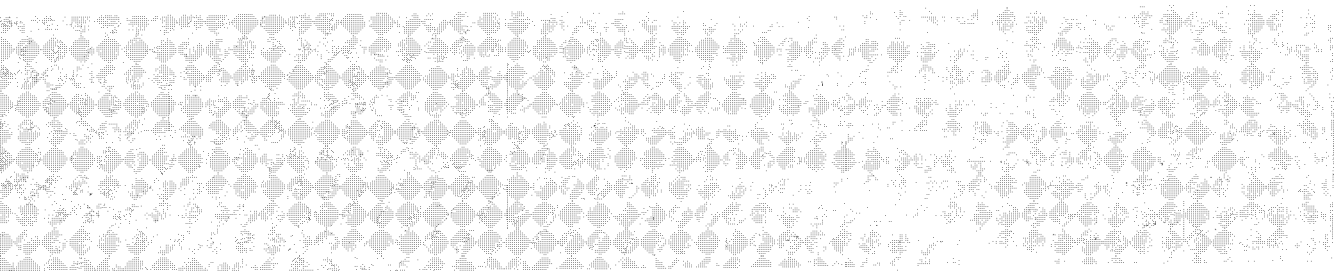
FRANQUEO

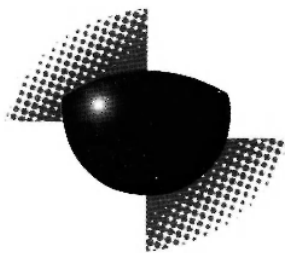
Sr. Director de la  
**REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA**  
**SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA**  
Pasaje de la Cárcova 3526, (1172), Buenos Aires, Argentina

DOBLAR

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

DOBLAR





# Raffolutil<sup>®</sup>

**BICALUTAMIDA 50mg**

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



*Tradición y Desarrollo*

UN NUEVO PRODUCTO DE  
**L I N E A   U R O L Ó G I C A   R A F F O**

**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**

