



Comunicación de casos

Case reports

---

---

**FRACTURA DE PENE. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.  
Su evolución inmediata y alejada.****PENILE RUPTURE. SURGICAL TREATMENT.  
Immediate and long-term evolution.**

---

**Dres. Rege, E. G.; Vázquez, J.; Rodríguez N.; Brochero, B.; Véliz, L.**

---

**RESUMEN:** *La lesión traumática cerrada de los cuerpos cavernosos o fractura de pene o fractura de cuerpos cavernosos, es una patología urológica de urgencia y poco frecuente. Presentamos nuestra experiencia en el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y evaluación alejada de 6 pacientes intervenidos en el Hospital de Clínicas "José de San Martín". El tiempo entre la lesión y la consulta varió entre 2 y 10 horas. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y se realizó evacuación del hematoma, control de la hemostasis y reparación de la lesión. En ningún caso se presentó lesión de la uretra. El seguimiento se realizó durante 6 a 46 meses. Los resultados a largo plazo fueron satisfactorios ya que todos los pacientes mostraron una restitución anatómica y funcional completa.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 65, N° 2, Pág. 91, 2000)

---

**Palabras clave:** Cuerpo cavernoso; Fractura; Tratamiento quirúrgico.

---

**SUMMARY:** *The blunt trauma of the corpus cavernosum or penile rupture is an urologic urgency extremely infrequent. We present our experience at the Hospital de "Clínicas José de San Martín", in the diagnosis, surgical treatment and follow up of 6 patients with this pathology. The time average among trauma and first approach to emergency room was 4 hours. All of them were treated with surgery; hematomas were drained and the albuginea disruptions were sutured. No urethral damaged was found. The follow up was among 6 and 46 months. The outcome achieved was satisfactory.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 65, N° 2, Pág. 91, 2000)

---

**Key words:** Corpus cavernosum; Fracture; Surgical treatment.

---

---

**INTRODUCCIÓN**

---

La fractura del cuerpo cavernoso, también conocida como fractura de pene, es una patología urológica poco frecuente y generalmente llega a los Servicios de Guardia como una urgencia. Sin embargo, se desconoce su

---

Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A., Av. Córdoba 2351, (1120) Buenos Aires, Argentina. Tel. 4961-6061.

verdadera frecuencia, pues la presentación de casos aislados no siempre es publicada<sup>1,11</sup>.

La lesión consiste, generalmente, en la ruptura de la albugínea de uno de los cuerpos cavernosos. Con menor frecuencia y dependiendo de la naturaleza y gravedad del traumatismo, se pueden comprometer ambos cuerpos cavernosos, el cuerpo esponjoso y/o la uretra. En todos los casos el pene se encuentra en su máxima erección y el mecanismo de acción consiste en una presión brusca sobre su eje axial, que lo **curva** de manera anormal, y produce un desgarró en la túnica albugínea del cuerpo cavernoso<sup>(2)</sup>.

La ruptura de la albugínea está favorecida por su adelgazamiento durante la fase de erección. Este accidente suele ocurrir durante el coito (vaginal o anal), cuando al intentar reintroducir el pene se produce un choque brusco contra el periné o el pubis; durante los juegos sexuales y en otras circunstancias asociadas a la estimulación sexual.

El espesor habitual de la albugínea con el pene en estado de flaccidez es de 2 mm y se reduce a 0,25 ó 0,50 mm durante la erección, esta característica asociada a la rigidez peneana facilitarían su ruptura, durante los movimientos bruscos.

Las manifestaciones clínicas son características. Los pacientes refieren un ruido o sensación de estallido del pene, acompañado de dolor agudo y detumescencia inmediata. Luego se agregan tumefacción y deformidad del pene, por el hematoma local. Generalmente no hay dificultad para orinar, pero si se comprometen el cuerpo esponjoso y o la uretra se puede presentar uretrorragia de intensidad variable.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se establece con facilidad, en base al interrogatorio y las manifestaciones clínicas y no se requieren estudios adicionales.

---

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

Entre los años 1994 y 1999, 6 pacientes, entre 21 y 54 años (edad promedio 36 años), con fractura de cuerpo cavernoso fueron hospitalizados e intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Urología del Hospital de Clínicas "José de San Martín".

Todos los pacientes ingresaron por guardia, habiendo transcurrido entre 2 y 10 horas (promedio 4 horas) luego del traumatismo. El mecanismo de producción fue durante el coito en 5 casos (83%) y por rodamiento sobre la cama en un paciente (17%).

En el interrogatorio, 4 pacientes (67%) manifestaron sensación de ruptura o estallido local y en todos los casos refirieron torsión del pene con dolor agudo y detumescencia inmediata. En ningún paciente se presentó dificultad miccional o sangrado por uretra.

Al examen físico, se constató importante hematoma (en todos los casos) y el pene desviado hacia el lado contralateral de la lesión. En 5 pacientes se verificó el

signo "del rodillo" (coágulo sanguíneo fijo y firme, ubicado sobre la lesión de la albugínea), que coincidió con la localización de la fractura en todos los casos.

En todos los pacientes se realizó exploración y reparación quirúrgica con anestesia peridural.

Se colocó en primer termino sonda *Foley* transuretral para facilitar la identificación del cuerpo esponjoso y uretra. La vía de abordaje varió según la localización predominante del hematoma y la supuesta zona de lesión:

- *incisión ventral sobre rafe medio (3 pacientes)*
- *incisión subcoronal (2 pacientes)*
- *incisión prepubiana-lateropeneana (Tom Lue) (1 paciente)*

Durante la exploración se procedió a evacuar el hematoma, localizar el daño de la albugínea y suturarlo con Prolene 000 o PDS 000. En ningún caso se dejó drenajes, excepto la sonda *Foley para* permitir un vendaje del pene, moderadamente compresivo, que se mantuvo durante 48 a 72 horas.

Los pacientes fueron medicados con una cefalosporina de tercera generación por vía oral, durante 5 a 10 días. No se les permitió desarrollar actividad sexual hasta los 45 días posteriores al traumatismo.

El tiempo de hospitalización varió entre 3 y 5 días y el seguimiento se realizó durante 6 a 46 meses. En los controles postoperatorios se interrogó sobre la calidad de las erecciones, la presencia de dolor espontáneo o durante la misma y la existencia de desviaciones del eje del pene. En el examen físico se evaluó particularmente la presencia de áreas de fibrosis sobre la albugínea y/o cubiertas cutáneas.

---

## RESULTADOS

---

La exploración quirúrgica demostró la presencia de hematoma considerable en la mayoría de los casos y lesión de la túnica albugínea en todos los pacientes. Sólo se presentaron lesiones en un cuerpo cavernoso y el desgarró de la túnica albugínea varió entre 0,5 y 3 cm de longitud. En 2 pacientes se lesionó el cuerpo cavernoso derecho y en los 4 restantes el cuerpo cavernoso izquierdo.

La localización topográfica se presentó en:

- *ángulo penoescrotal (3 pacientes)*
- *tercio medio de pene (2 pacientes)*
- *tercio distal de pene (1 paciente)*

Durante el postoperatorio inmediato, un paciente presentó hematoma penoescrotal, por lo que fue reintervenido quirúrgicamente y sólo se constató una sufusión hemorrágica que infiltra las capas del escroto y sangrado en napa. No se presentó ninguna otra complicación postquirúrgica.

Los controles alejados realizados entre 6 y 43 meses posteriores a la cirugía no revelaron alteraciones anató-

micas y/o funcionales significativas, relacionadas con la patología presentada o con la intervención quirúrgica.

## DISCUSIÓN

La fractura de cuerpo cavernoso es una patología poco frecuente y generalmente se presenta como una urgencia urológica. En la mayoría de los casos su diagnóstico se establece con facilidad sobre la base de los antecedentes y de sus manifestaciones clínicas, no requiriendo otras evaluaciones adicionales.

El mecanismo de producción requiere de una erección penéana con muy buena rigidez y una presión importante que distorsione el eje axial del pene<sup>12</sup>. La ruptura de la albugínea se encuentra favorecida por su afinamiento durante la erección. En nuestra pequeña casuística, 5/6 pacientes (83%) se lesionaron durante el coito y un sólo 1 caso fue referido como accidente al rodar sobre la cama.

Las manifestaciones clínicas son características, la ruptura de la albugínea generalmente se acompaña con lesión de la fascia de *Buck*, y el hematoma se disemina por las cubiertas cutáneas, generalmente limitado al cuerpo del pene, pero en los casos más severos o de lesiones en la base del pene también puede infiltrar las cubiertas escrotales, periné y regiones inguinales<sup>9,12</sup>.

Todos nuestros pacientes manifestaron estallido o ruptura del pene, un dolor agudo e intenso, la pérdida inmediata de la erección y la aparición progresiva del hematoma, que se localizó en el cuerpo y base del pene. La lesión ocurrió en uno sólo de los cuerpos cavernosos, preferentemente en la base (3/6) y tercio medio del pene (2/6).

En caso de dudas sobre el diagnóstico de lesión, se puede recurrir a estudios complementarios, tales como la cavernosografía, ecografía o resonancia magnética nuclear<sup>(3,4)</sup>. Sin embargo, todos ellos tienen un papel limitado en cuanto a su capacidad de diagnóstico y su interpretación debe ser cautelosa, pues la ausencia de algunos signos específicos (extravasación del contraste iodado o disrupción de la albugínea) no descartan la existencia del daño clínico<sup>(2,3,7,12,17)</sup>. El cuadro clínico presentado por los pacientes de este grupo fue lo suficientemente característico, para no requerir ningún estudio complementario.

El compromiso de la uretra, sospechado por la existencia de uretrorragia, hematuria, dificultad miccional, extravasación de orina y/o presencia de sangre en meato retral, requiere de la exploración del árbol urinario inferior mediante una uretrografía retrógrada<sup>(1,12,14,15)</sup>. En ninguno de nuestros pacientes se presentaron estos síntomas, por lo que se descartó la lesión de la misma.

En todos los casos se decidió la hospitalización de los pacientes, su evaluación clínica prequirúrgica y a la brevedad posible se efectuó la exploración quirúrgica, el drenaje del hematoma y la sutura de la albugínea lesionada.

La clínica permitió localizar la zona de la lesión en la

mayoría de los casos (5/6), coincidente con la palpación de un coágulo de sangre firme y fijo y mayor desarrollo del hematoma. La decisión de la vía de abordaje dependió de la localización de la efracción y la preferencia del cirujano de turno. En las lesiones anteriores y mediales, la incisión subcoronal permitió deslizar las cubiertas cutáneas por encima de la fascia de *Buck*, explorar toda la albugínea distal y suturar con comodidad. En las efracciones penoescrotales, tanto el abordaje por el rafe medio como la incisión prepubiana de *Tom Lue*, permitieron una buena exposición quirúrgica del área comprometida.

La sutura de la albugínea se realizó con materiales de reabsorción lenta, mediante un surget continuo o con puntos separados. En ningún caso se dejó drenaje del área quirúrgica. La colocación de una sonda uretral del tipo *Foley*, facilitó el reconocimiento del cuerpo esponjoso de la uretra y permitió realizar un vendaje compresivo del pene, durante 24 a 40 horas<sup>(2,9,10,12,14)</sup>.

La evolución postoperatoria inmediata transcurrió sin complicaciones en la mayoría de los pacientes (5/6), excepto en un caso que fue reexplorado quirúrgicamente, por la aparición de un hematoma local postoperatorio. El hematoma residual y edema locales se reabsorbieron en pocos días, mientras que el área de fibrosis correspondiente a la zona de sutura de la albugínea tardó varios meses en desaparecer.

Los pacientes retomaron la actividad sexual a partir de los 45 días, si bien con temor inicial, rápidamente recuperaron la confianza. La evolución alejada de estos pacientes (6 a 43 meses) no demostró secuelas significativas.

El tratamiento inicial de la fractura del pene es controvertido, pues existen partidarios de la conducta conservadora y tratamiento clínico mediante vendajes compresivos, hielo local, antibióticos, antiinflamatorios, fibrinolíticos, etc.<sup>(2,5,11,18,19)</sup> y los partidarios de la conducta intervencionista con evacuación del hematoma, control de la hemorragia, cierre del defecto de la túnica albugínea. Sin embargo en algunas revisiones se demuestra que el tratamiento conservador presenta mayor número de complicaciones que la reparación quirúrgica temprana<sup>(6,9,14,16,18)</sup>.

En parte, estas discrepancias sobre la conducta terapéutica son debidas a la presentación de traumatismos y lesiones con distintos grados de severidad. También pueden observarse algunos cuadros clínicos con características semejantes (aunque de menor cuantía), producidos durante el coito o juegos sexuales y que presentan hematomas penéanos subcutáneos, pero sin el dolor ni la sensación de estallido local. Estos casos se producen por lesiones vasculares subcutáneas, pero sin el compromiso de la albugínea cavernosa.

## CONCLUSIÓN

Los buenos resultados logrados con la exploración quirúrgica inmediata nos permiten afirmar que el tratamiento para aquellos casos clínicos en que se sospeche

lesión traumática cerrada de los cuerpos cavernosos debe ser inmediato y con control a largo plazo de su capacidad eréctil.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asgary, M. A.: Penile fractures: Evaluation, therapeutic approaches and long-term results. *The J. Urology*; 155,148: 149, 1996.
2. Bradley, N. Orvis: Rotura peneana. *Clin. Urol. de Nort.*; 207: 213, 1991.
3. Dever, D. P.; Saraf, P. G.; Catanese, R. P.; Feinstein, M. J. y Davis, R. S.: Penile fracture: operative management and cavernosography. *Urology*, 22: 394, 1983.
4. Dierks, P. R.; Hawkins H.: Sonography and penile trauma. *J. Ultrasound Med.* 2: 417, 1983.
5. Farah, R. N.; Stiles, R.: Jr. y Cerny, J. C.: Surgical treatment of deformity and coital difficulty in healed traumatic rupture of the corpora cavernosum. *J. Urol.*, 120: 118.
6. Fetter, T. R.; Girtman, E.: Traumatic rupture of penis. *Am. J. Surg.* 32:371, 1936.
7. Gross, H.: The role of cavernosography in acute fracture of the penis. *Radiology* 144: 787, 1982.
8. Kalash, S. S. y Young, J. D. Jr.: Fracture of penis: controversy of surgical versus conservative treatment. *Urology*, 24: 21, 1984.
9. Klein, F. A.; Smith, M. I.; Millet, N.: Penile fracture: Diagnosis and management. *J. Trauma* 25: 1090, 1985.
10. McAninch, Jr.: Traumatic injuries to the urethra. *J. Trauma* 21: 291, 1981.
11. Meares, E. M.: Traumatic rupture of the corpus cavernosum. *J. Urol.*, 105: 407, 1971.
12. Mostafa, K. Mansi: Experience with penile fractures in Egypt: long term results of immediate surgical repair. *The J. of Trauma* 67: 70, 1993.
13. Nataynsingh, V.; Raju, G. C.: Fracture of penis. *Br. J. Surg.*, 72: 305, 1985.
14. Nicolaisen, G.; Melamud A.; Willares R. D. y col.: Rupture of the corpus cavernosum: Surgical management. *J. Urol.*, 130: 917, 1983.
15. Nymark, J.; Kristensen, K.: Fracture of the penis with urethral rupture. *J. Urol.* 129: 147, 1983.
16. Orvis, B. R., McAninch, J. W.: Penile rupture. *Urol. Clin. North. Am.*, 16: 369, 1989.
17. Pliskow, R. L.; Ohne, R. K.: Corpus cavernosography in acute fracture of the penis. *AJR* 133: 331, 1979.
18. Saleh, B. M. S.; Ansani El;t; Al Ali I. H. y col.: Fractures of the penis seen in Abu Dhabi. *J. Urol.*, 134: 274, 1985.
19. Thompson, R. F.: Rupture of the penis. *J. Urol.*, 71: 226, 1954.

## COMENTARIO EDITORIAL

Quisiera agradecer a las autoridades de la SAU el haberme designado para comentar este trabajo.

La presente comunicación aborda un tema que es más frecuente de lo que se piensa. Existe un subregistro motivado por ignorancia de los médicos que reciben a estos pacientes o por vergüenza de los mismos de consultar. Si fuera tan poco frecuente no habrían tantos ca-

sos de *Peyronie* con antecedentes conocidos de traumatismo coital.

En la presente comunicación los datos están bien recolectados y la bibliografía citada es extensa.

Existen algunos puntos que creo importante considerar. En primer lugar quisiera destacar un concepto: si se sospecha una fractura de pene se debe explorar quirúrgicamente. Los elevados índices de secuelas (*Peyronie*, disyunción eréctil) de la terapia conservadora son por demás elocuentes (29-75%). Los autores bien señalan que la clínica y los antecedentes es lo que debe primar. Si se dispone de imagenología de urgencia puede completarse la evaluación con algún estudio complementario, siempre y cuando éste no demore el abordaje quirúrgico. En términos generales se aconseja que, idealmente, no transcurran más de 12 horas entre el traumatismo y la cirugía ya que, a medida que pasan las horas, el proceso fibrótico se va instalando, y esto determina que la cirugía alejada tenga sólo resultados parciales.

La vía de abordaje debe ser la subcoronal ya que presenta múltiples ventajas: permite tratar fracturas peneanas en cualquier parte del pene; la región subcoronal habitualmente está libre de hematomas, razón por la cual el acceso a la ruptura es mucho más prolijo; el cierre de la piel es mucho más satisfactorio que en el cuerpo peneano (la piel del cuerpo peneano suele estar infiltrada por sangre) y además permite realizar en el mismo acto una circuncisión para evitar el edema postoperatorio.

La incisión de *Lue*, que entiendo es la que se utiliza en la cirugía venosa (no está citado en la bibliografía), no parece ser necesaria habida cuenta que las lesiones nunca involucran otro sector que no sea la porción péndula de los cuerpos cavernosos y, aun en la base, son perfectamente accesibles por un abordaje subcoronal. Por otro lado, la síntesis de la incisión de *Lue* puede dejar retracciones considerables.

Es aconsejable realizar el cierre del defecto albugíneo con material reabsorbible y no con prolene, dados los potenciales trastornos que el mismo puede causarle al paciente cuando retome la actividad sexual (dolor, sensación de cuerpo extraño, etc.). Sugiero realizar el vendaje compresivo con venda de *Coban*.

El tiempo de internación en esta serie es un poco extenso (3 a 5 días), toda vez que los pacientes pueden ser externados con buen margen de seguridad a las 24 horas de la reparación, indicándoseles continuar en su domicilio con hielo y diazepam 5 mg: cada 8-12 horas. El período de abstinencia sexual postoperatorio puede ser reducido a 4 semanas, si no existen complicaciones.

Finalmente sólo me resta felicitar a los autores por su importante aporte a la emergentología urológica.

*Dr. Guillermo Gueglio*  
Servicio de Urología del  
Hospital Italiano de Buenos Aires

**SAU**

---

# INTRODUCCIÓN A LA REDACCIÓN CIENTÍFICA

Prof. Dr. Osvaldo N. Mazza

---

La redacción de los hallazgos y procedimientos efectuados por el médico constituyen una práctica cotidiana desde el momento en que la confección de la historia clínica es una tarea habitual y obligada en el arte de curar. La observación del desarrollo natural de la enfermedad, el rumbo que ésta toma con la intervención del médico y las prácticas en el laboratorio no se podrían perpetuar sin la redacción de un informe científico. La investigación cuyos datos no se vuelcan en una publicación constituye un ejercicio estéril y aun de dudosa veracidad, dado que los hallazgos que no se publican no se pueden comprobar.

La redacción de los trabajos científicos en medicina clínica suelen carecer de la rigurosidad de artículos similares de las ciencias básicas, ya que el médico asistencial no adquiere durante su formación curricular de pregrado ni durante la Carrera Docente Universitaria la idoneidad para encarar correctamente la redacción científica. Escribimos para publicar basados en estructuras que a veces imitamos y otras que intuimos como correctas. La aceptación complaciente de tales artículos en algunas revistas o congresos nacionales nos mantienen con la falsa ilusión de haber logrado un trabajo aceptable o aun excelente, ya que nuestro único parámetro está enfocado en la calidad de la investigación y no en el formato en que lo presentamos. La realidad se suele manifestar con crudeza cuando pretendemos publicar esos mismos artículos en revistas médicas indexadas o arbitradas; los resultados son desalentadores y una gentil carta de rechazo puede terminar con un trabajo o una comunicación de genuino interés médico. La devolución del manuscrito constituye un acto frustrante que puede terminar con el trabajo o incluso con la voluntad del autor de publicar en una tribuna jerarquizada.

La preocupación por mejorar nuestra capacidad de redactar trabajos científicos dentro de un contexto y formato correcto nos llevó a un proceso de autoeducación que culminó con un Curso Breve de Redacción Científica para Médicos, co-dirigido por el profesor *Eduardo Toblli* y con la participación de los doctores *Federico Zeller*, *Miguel Rivero* y *Amado Bechara*, curso que repetimos en tres oportunidades durante el año 1.999 (Hospitales de Clínicas, Alemán y Militar Central). Parte de este material se editará en las sucesivas entregas de la Revista Argentina de Urología.

## La redacción médica en el tiempo

El objetivo de la investigación científica es la publicación, de tal modo que la ciencia no sólo debe hacerse sino escribirse. Incluso intuitivamente, el hombre lo comprendió desde el comienzo de su desarrollo cultural, plasmando en las paredes de las cavernas figuras rupestres que representaban la vida, la muerte, el trauma y la enfermedad. En las grutas de Lascaux se encuentran pinturas que datan de 17.000 años donde están representados la muerte, el poder de la vida mediante la erección del pene de un hombre yacente y el poder físico del bisonte emanado de sus testículos (magnificados como fuente de tal energía). El artista prehistórico, observador de la naturaleza "redactó sus conocimientos científicos" de la única forma que tenía a su alcance. Recién 4.000 años antes de Cristo apareció el lenguaje escrito y con él las primeras descripciones médicas en las tablas de arcilla de los caldeos. El código de Hammurabi (1.728-1.686 a.C.) contiene diversas referencias del acto médico. En hojas de papiro encoladas los egipcios mediante la escritura hierática efectuaron descripciones médicas, ya en el imperio antiguo (2.850-2.052 a. C.). Los griegos y romanos usaron el pergamino mientras que contemporáneamente, los chinos (Siglo I) ya dejaban sus conocimientos médicos impresos en su reciente invento: el papel. También en la América precolombina, los mayas (Siglo XI) dejaron escrito sus códigos medicinales ilustrados en brillantes colores en las hojas del maguey (cactus de donde también extraían sus telas y bebidas rituales). En 1.455 Gutenberg inventa la imprenta y con ella aparecen los libros de medicina producidos en serie, lo que permitió la difusión de las bibliotecas médicas. Una de las primeras y más renovadoras obras impresas fue el tratado de anatomía descriptiva de An-

*drés Vesalio De Humani Corporis Fabrica Libri Septem* (Basilea, 1543). Lo revolucionario de esta obra no sólo residía en dar por tierra los erróneos conocimientos anatómicos de Galeno, sino en su redacción científica, que al decir de *Pedro Laín Entralgo* "por la claridad y el vigor de sus descripciones y por la belleza y eficacia didáctica de las ilustraciones".

El año 1.665 marca un hito en la historia de la redacción científica médica pues al mismo tiempo aparecen las dos primeras publicaciones médicas periódicas (revistas de medicina), en París el *Journal des Sçavans* y en Londres el *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*. Esta modalidad se fue multiplicando con el transcurso de los años hasta llegar en la actualidad a más de 70.000 revistas médicas impresas sobre papel y un número incontable de publicaciones electrónicas periódicas.

## Los estilos descriptivos y el IMRYD

Hasta mediados del Siglo XIX las publicaciones en revistas de medicina se efectuaban utilizando un estilo narrativo, generalmente en primera persona o haciendo referencia a terceras. Se describían enfermedades observacionales o procedimientos dando por sentado la certeza de las afirmaciones volcadas o presentando el papel de un observador complaciente o crítico de lo practicado o descrito por otros (yo ví..., realicé..., el Dr. Equis comunicó..., etc.).

A mediados del Siglo XIX *Louis Pasteur*, junto a *Robert Koch* y *Alois Pollender*, comenzaron la era bacteriológica y en el transcurso de pocos decenios descubrieron los agentes desencadenantes de muchas enfermedades. Fue precisamente *Pasteur*, al elaborar la teoría microbiana y echar por tierra el mito de la generación espontánea, quien recibió las críticas y el descreimiento de algunos contemporáneos. *Pasteur* consideró la necesidad de describir sus experimentos con el mayor detalle a fin de que éstos puedan ser repetidos. El principio de la reproductibilidad de los experimentos se convirtió (al decir de *R. Day*) en el dogma fundamental de la filosofía de la ciencia, y una sección separada de la descripción de los métodos condujo a un sistema estructurado denominado IMRYD, donde la Introducción (I), la metodología (M), los resultados (R) (Y) la discusión (D) constituyen la estructura central del informe científico. El IMRYD intenta contestar las siguientes preguntas: ¿cuál es el problema? (Introducción), ¿cómo se estudió? (Metodología), ¿cuáles fueron los hallazgos? (Resultados) y ¿qué significan esos hallazgos? (Discusión). Actualmente todas las publicaciones exigen esta estructura básica, con el tiempo se han agregado las conclusiones, el resumen y las palabras clave. La tendencia a uniformar de esta manera a las comunicaciones ha aumentado desde que el *American National Standard Institute* ha establecido como norma el sistema IMRYD en 1972.

El sistema IMRYD propone un orden básico, eminentemente lógico, aplicable a cualquier materia de estudio facilitando el arbitraje y la evaluación de los trabajos científicos. Se aplica también a las tesis doctorales, tesinas, monografías, abstracts y experimentos de laboratorio. No encajan en esa estructura trabajos que no son de investigación, puestas al día, y reproducción de conferencias como el informe que se está redactando.

Las próximas entregas desarrollarán el siguiente temario: 2) Categorización de los Trabajos Científicos (*Dr. M. A. Rivery*), 3) Los Abstracts y Trabajos de Investigación (*Dr. J. E. Toblli*), 4) Citas Bibliográficas (*Dr. F. L. Zeller*), 5) Los Posters (*Dr. A. Bechara*) y 6) Tesis y Monografías (*Dr. O. N. Mazza*).

## Bibliografía

- American Medical Association Manual of Style*  
Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1989.
- Brenot, P.H.  
*Male Impotence: a Historical Perspective*  
L'Esprit Du Temps, France 1994.
- Day, R. A.  
*Cómo escribir y publicar trabajos científicos*  
Organización Panamericana para la Salud, 1994.
- Goerke, H.  
*3000 años de Historia de la Medicina*  
Editorial Gustavo Gilli, Barcelona, 1986.
- International Committee of Medical Journal Editors 1993*  
"Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals".  
*J. A. Med. Assoc.* 269: 2282-2286, 1993.
- Laín Entralgo, P.  
*Historia de la Medicina*  
Salvat Editores, Barcelona, 1978.

## 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) Ciudad de 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 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 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 poliquistico
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
Nefrosclerosis	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

## Curso Anual de Endourología del Hospital Italiano

Se desarrollará durante el año 2000 en el Hospital Italiano de esta ciudad. Límite máximo de inscripciones. Informes: Servicio de Litotricia. Tel.: 4958-4922.

## I Curso de Uro-Oncología por Internet

A desarrollarse durante el año 2000. <http://urologia.org>. e-mail: [uroonconet@urologia.org](mailto:uroonconet@urologia.org).

## Curso de Educación a distancia – Orientación en Sexualidad Humana para Agentes de Salud

Informes: Licenciada G. Lance. Gascón 450, Buenos Aires, Hospital Italiano. Tel.: 4959-0200.

## V Curso Anual

A realizarse entre el 25 de marzo y 16 de diciembre del año 2000 en distintas ciudades de la provincia de Buenos Aires. Informes: Pueyrredón 438. Pergamino, Prov. de Buenos Aires. Tel.: 02477-15594721.

## III Curso de Farmacología del Músculo Liso Urinario y Genital Masculino

A desarrollarse entre el 12 de junio y el 30 de noviembre del año 2000. Por internet. e-mail o BBS. Informes: Tel.: 4825-3972.

## Curso de Uro-Oncológica

Hospital Israelita "Ezrah". Servicio de Urología. Los días 22, 23, 24, 25 de agosto del año 2000. Médico invitado Dr. Med. Roberto de Petriconi (Alemania). Cupo limitado, Inscripción sin cargo. Informes: Serv. Urología Hosp. Israelita, Buenos Aires. Terrada 1164, Capital Federal (1416). Tel.: 4586-8119 - Celular: 15 5310 5842. e-mail: [gutfrajnd@overnet.com.ar](mailto:gutfrajnd@overnet.com.ar)

## Nuevas Perspectivas de Diagnóstico y Tratamiento de la Disfunción Sexual Femenina

25 y 26 de agosto del año 2000. Organizado por el Sector Disfunciones Sexuales de la División Urología del Hospital Carlos G. Durand, de esta ciudad, en el aula Magna del Hospital. Tel.: 4982-5555/2677.

## Reuniones Científicas de la Sociedad Argentina de Urología, año 2000, a realizarse los días jueves a las 21 hs. en la Sede de la Asociación Médica Argentina, Av. Santa Fe 1171, Capital Federal.

27 de julio / 24 de agosto / 28 de septiembre / 26 de octubre / 23 de noviembre / 14 de diciembre de 2000

## Productos Roche invita a participar de la Iª edición del "Premio Redoxon a la investigación".

Programas de Prevención y Promoción de la Salud. Cierre de inscripción: 31 de agosto del año 2000.

## III Word Meeting on impotence and XIII Symposium Corpus Cavernosum Revascularization

Septiembre del año 2000. Perth Western Australia. PO Box 890, Canning Bridge, Western Australia 6153. Tel.: +61 8 9332 2900. Fax: +61 8 9332 2911. e-mail: [promaco@promaco.com.au](mailto:promaco@promaco.com.au)

**SAU**

**XVIII World Congress on Endourology & Shockave and XVI Basic Research Symposium**

14 al 17 de septiembre del año 2000. Gran Meliá São Paulo Hotel. <http://www.wce2000.com.br>

**XXV Congreso de la Confederación Americana de Urología**

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

Informes: Sociedad Argentina de Urología. Tel./Fax: 4963-8521/4336/4337.

e-mail: urolog@infovia.com.ar

**V Conferencia Mundial sobre envejecimiento**

17 al 21 de septiembre del año 2000, en el Sheraton Hotel de la Ciudad de Mar del Plata. Secretaría

Congreso: Cap. Gral. R. Freyre 695. 1º piso, Buenos Aires. Tel.: 4553-3311. Fax: 4554-3955.

e-mail: pharmaconsult@interlink.com.ar

**Jornadas Internacionales de Trasplante de Organos en el Nuevo Milenio**

6 y 7 de octubre del año 2000, en el Paseo La Plaza. Secretaría: French 2727, piso 8 "A", Buenos Aires. Tel./Fax: 4805-5134.

**Curso Intensivo de Ecografía Urogenital Transrectal.**

7 y 8 de octubre del 2000 de 9:00 a 18:00 hs. Escuela de Graduados de la SAUMB.

Informes: Av. Córdoba 744, P.B. 2, Capital Federal. Telefax: 4325-7184 - 4394-9043/5628 y 4393-9730.

**XXII Congreso Chileno de Urología**

A realizarse entre el 1 y 4 de noviembre del año 2000. Localidad Pucón. República de Chile.

**SIU - 2000 - Singapur**

29 de octubre al 2 de noviembre del año 2000. Informes: Events International Meeting Planners Inc.

759 Square Victoria. Suite 300. Montreal, Quebec, Canadá H2Y 217. Tel.: (514) 286-0855.

Fax: (514) 286-6066. e-mail: info@evengsintl.com

**XV Jornadas Nacionales de Residentes en Urología**

30 de noviembre al 1-2 de diciembre del año 2000. Servicio de Urología del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (7600) Mar del Plata. Tel.: 0223-4990000. Fax: 0223-4990099.

**Encuentro Iberoamericano de Andrología ANDR 2000**

4 al 7 de diciembre del año 2000. Centro de Convenciones. Hotel Hilton, Cartagena de Indias, Colombia. Informes: 4822-1350. Fax: 4826-2832. e-mail: marivero@impsat1.com.ar

**Simposio Internacional Avances en Urología 2001.**

A realizarse entre el 4 y 6 de mayo de 2001, en la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría SAU.

Tel/Fax: 4963-8521/4336/4337. e-mail: urolog@infovia.com.ar

**Congreso Argentino de Neurofisiología y Farmacología en Sexualidad Humana**

A realizarse entre el 17 y el 19 de agosto de 2001. Ciudad de Tafí del Valle. Tucumán. Secretaría:

e-mail: somoises@arnet.com.ar. Tel.: 0381-4217106 Tel/Fax: 0381-4222307.

**XXXVIII Congreso de la Sociedad Argentina de Urología. (SAU). XXX Congreso de la Federación Argentina de Urología (FAU). XXI Jornadas rioplatenses de Urología**

A realizarse entre el 12 y 15 de octubre de 2001. En la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría SAU.

e-mail: urolog@infovia.com.ar. Tel/Fax: 4963-8521/4336/4337.

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

---

**PREMIO DR. LUIS E. PAGLIERE - 1999**

---

**“La incontinencia de orina post prostatectomía”**

Autores: Doctores: Marcelo J. Kobelinsky, Ricardo M. Nardone, Ernesto O. Rodríguez, Miguel A. Costa.

---

**PREMIO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA - 1999**

---

**“Esfínter urinario artificial en pediatría. Análisis de los resultados y complicaciones en 10 años de experiencia.”**

Autores: Doctores: José Roberto Castera, Ricardo Medel, Marcela Herrera, Adolfo Ruarte y Miguel Podestá.

---

**PREMIO DR. JUAN AGUSTÍN PAGANO - 1999**

---

**“Cirugía conservadora renal en tumores y pseudotumores”**

Autores: Doctores: José J. Rozanec, Alberto R. Villaronga, Carlos Ameri, Oscar Bellora, Franz Coimbra, Juan M. Ghirlanda, Claudio Graziano, Alberto Hernández (h), Luis Montes de Oca, Alejandro Nolzco, Carlos A. Sáenz, Carlos Scorticati (h), Juan C. Speranza y Cayetano Vallone.

**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 u\$s 2.000 mensuales. Para mayor información 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 un 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.

## Título de Especialista en Urología

---

- **Fecha de presentación:** Hasta el 1º de marzo del año 2001.
- *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 autenticado 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.

*La Sociedad Argentina de Urología, por intermedio del Comité Argentino de Urólogos de esta Sociedad, otorgó los siguientes Títulos de Especialista en Urología, Recertificaciones, Títulos de Especialistas Jerarquizados y Consultores en Urología.*

---

### TÍTULOS DE ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

---

Azar, César Fernando  
Barrionuevo, Sergio Daniel  
Belén, Raúl Alberto  
Benítez Femenia, Sergio  
Blundo, Osvaldo Aníbal  
Boada, Martín Pedro  
Botta, Claudio Alberto  
Carril, Alejandro Favio  
Celi, Juan José  
Chuchuy, César Antonio  
Croce, Raúl Martín  
Díaz, Raúl Rafael  
Di Rocco, Carlos Marcelo  
Echeguren, Esteban Salvador

Farías, Carlos Antonio  
Fernández, Alberto N.  
Ferreira Camacho, Gustavo  
Fontalvo Manga, Medardo  
Apolonio  
Garay, René Orlando  
Herrera Caballero, Carlos  
Edilberto  
Lautersztein, Gerardo Ariel  
López, Félix Alberto  
Madaria, Miguel Angel  
Mauro, Rodolfo Angel  
Molina, Hernán  
Nolazco, Carlos A.

Olmedo, José Javier  
Pece, Orlando Francisco  
Perales Mamani, Humberto  
Rodney  
Salazar, Gustavo Enrique  
Santinelli, Flavio R.  
Simhan, Javier Alberto  
Tobía González, Sebastián G.  
Viaggio, Cristian  
Viani, José Nicolás  
Virasoro, Ramón  
Vivas Lo Celso, Martín  
Vives, Pablo Alejandro  
Zeff, Daniel

**RECERTIFICACIÓN  
ESPECIALISTA EN  
UROLOGÍA**

Amuchástegui, Diego  
Francone, Aníbal F.

**TÍTULO ESPECIALISTA  
JERARQUIZADO EN  
UROLOGÍA**

Aguilera, Miguel A.  
Ameri, Carlos  
Bernardo, Norberto Osvaldo  
Bustos, Efraín Ricardo  
Castera, José Roberto  
Costabel, Eduardo Dante  
Echeverría, Jorge Antonio  
Fayad, Elías Jorge  
Fendrik, Edgardo

Gigler, Carlos Enrique  
González Primomo, Nilda Silvia  
Hernández, Roberto Esteban  
Lafos, Norberto Raúl  
Lola, Mario Oscar  
Malagrino, Héctor Natalio  
Nomesso, Adrián,  
Nardone, Ricardo Miguel  
Rainone, Miguel Angel  
Romero, Carlos Raúl  
Scherzer, Daniel Ricardo  
Varcasia, Daniel A.  
Zangone, Miguel A.

**RECERTIFICACIÓN  
TÍTULO ESPECIALISTA  
JERARQUIZADO**

Bechara, Amado José

**TÍTULO ESPECIALISTA  
CONSULTOR EN UROLOGÍA**

Alberro Iratzabal, Juan Carlos  
Damia, Oscar Héctor  
Davidzon, Isidoro Manuel  
Medel, Ricardo  
Zeno, Lelio Alfredo

**RECERTIFICACIÓN TÍTULO  
ESPECIALISTA CONSULTOR  
EN UROLOGÍA**

Metz, León María  
Rey, Horacio Manuel  
Romano, Salomón Víctor  
Signori, Hugo Armando  
Vázquez, José  
Villamil, Antonio Agustín

---

**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 5 años. Acreditar una asistencia mínima a cuatro sesiones científicas en el año o veinte 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 19 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; e) 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”.



La S.A.U. otorga títulos de urólogo desde hace 17 años, más precisamente desde el 4 de febrero de 1983, fecha en la que el Subsecretario de Medicina Social y Fiscalización Sanitaria dispone por su artículo 1º “reconocer a la Sociedad Argentina de Urología idoneidad para otorgar certificados de Especialistas en tal materia por haber cumplimentado ante este Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente con los requisitos establecidos en el art. 21, inciso c) de la Ley 17.132 y del decreto reglamentario 6.216/67”.

Lo hace en tres categorías de acuerdo con el puntaje que se logre con la presentación del currículum y la antigüedad del postulante avalado por dos socios que convalidan las condiciones éticas y morales del colega.

La certificación es el medio más importante para alcanzar la mejor calidad en el ejercicio profesional porque en ella se demuestra que se poseen conocimientos y comportamiento ético-moral.

La recertificación médica que estimamos debe realizarse cada 5 años, tiene por finalidad comprobar si el recertificante actualizó conocimientos de la especialidad durante ese lapso (el progreso médico hace que pueda resultar obsoleto lo que se había aprendido o practicado pocos años atrás) y si el colega continúa con la práctica activa de la especialidad.

La difusión de novedades médicas a través de publicaciones, por conferencias, por simposios y cursos, a través de videos, por Internet, por asistencia a Congresos de la especialidad permite que esto pueda realizarse.

Podríamos definir la recertificación con el texto de la Comisión Nacional de Certificación y Recertificación que dice: “Es el resultado de un acto por el que una entidad competente, aplicando criterios preestablecidos, asegura a través de un proceso de evaluación, que un profesional de salud previamente certificado mantiene actualizados sus conocimientos y

ha desarrollado sus actividades dentro del marco ético adecuado”.

O con otras palabras, las de la Asociación Médica Argentina: “es el acto por el cual un profesional certificado se presenta ante sus pares para que éstos evalúen su trabajo, sus condiciones y cualidades, y le otorguen un aval que lo acredite y jerarquice en su labor profesional”.

La concurrencia del que se recertifica a instituciones médicas de la especialidad (hospitales, sanatorios, clínicas, etc., reconocidas), la certificación de esa asistencia por el Jefe del Servicio o del Director, tendrán valor ya que es lógico que aquel profesional que concurre diariamente a un centro asistencial tiene una constante actualización, al igual que la concurrencia a los diferentes eventos urológicos que se realizan.

No corresponde poner límite de edad para recertificarse pues lo correcto es que mientras se continúe ejerciendo la especialidad, debe hacerse para garantizar una eficiente atención de los pacientes.

Existe un consenso general que indica que la recertificación es útil.

En las especialidades médicas como la Urología, los avances científicos y técnicos hacen necesaria una capacitación permanente. Por ello, recertificar significa que se acreditaron nuevos conocimientos por medio de la educación continua, no que se certifica lo ya evaluado y certificado.

La S.A.U. y la F.A.U. han recibido de los respectivos Comités la proposición de crear un Consejo Nacional para certificación y recertificación de los urólogos.

*Dr. Horacio A. Levati*  
*ex-Presidente de la S.A.U.*  
*Director del Comité del*  
*Colegio Argentino de Urólogos*

## CONCURSO FOTOGRAFICO 2000

Concurso fotográfico REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA. Tema: "Paisajes Argentinos".

En el próximo *Congreso de la Confederación Americana de Urología*, a realizarse en el Sheraton Hotel de Buenos Aires, del 17 al 21 de septiembre del año 2000 se seleccionarán las fotografías para las portadas de las revistas del año 2001. A tal efecto se invita a todos los urólogos del país que tengan afición por la fotografía a participar en este concurso.

### Reglamento del Concurso

---

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

Para mayor información dirigirse a la Secretaría de la SAU.

Pasaje de la Cárcova 3526, (1172) Buenos Aires. Tel./Fax: 4963-8521/4336/4337.

e-mail: urolog@infovia.com.ar

# 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: 4861-4888  
(1203) Buenos Aires - Argentina



## ENURESIS ALARMA WET-STOP

*El tratamiento más moderno y eficaz*

*Empleada en los Hospitales de Niños R. Gutiérrez, de Niños P. Elizalde, Garrahan, Italiano, Británico, y en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, Tucumán y Tierra del Fuego.  
Lista de Profesionales a su disposición.*

Import. y distrib. Avda. Corrientes 1515, 8° "C", Capital Federal  
Telefax 4347-2677 e-mail [secpa@cvtici.com.ar](mailto:secpa@cvtici.com.ar)

## CENTRO DE ESTUDIOS BIOQUIMICOS

Areas de especialización:

ANDROLOGIA  
GINECOLOGIA

Dra. Ana María Blanco

*FRENCH 2208, P.B.  
(1125) Capital Federal  
Telefax: 4825-0794*

---

# REVISTA ARGENTINA DE UROLOGÍA

---

**4** número  
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*

**2000**



DOBLAR

REMITENTE: .....

DIRECCIÓN: .....

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

PAÍS: .....

DOBLAR

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



**Nuevo**  
producto



# Reduprost®

Tamsulosina 0,4 mg

Reducción selectiva de la  
sintomatología por  
hiperplasia benigna prostática

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

  
Tradición y Desarrollo

**División Urología Raffo**

Laboratorios Raffo S.A. Agustín Álvarez 3915 - 1603 Villa Martelli  
Prov. de Buenos Aires - Tel: (011) 4513-1000 - FAX (011) 4513-1014

**SAU**