

1 - N° 2
NOVIEMBRE • NOVEMBER 2008

UROLA

NEWS

**Células Tronco
Cancerosas**

**Cancer
Stem Cells**

Rolf Ackermann

**Cáncer de Riñón
Avanzado**

**Advanced Stage
Kidney Cancer**

Marc-Oliver Grimm
Manfred Wirth

**Tratamiento del
Cáncer de Próstata**

**Treatment of
Prostate Cancer**

Marcelo Bendhack

Monterrey 2008

**Urola lo invita a su
congreso bienal**

**Urola invites you
to its biannual congress**



UROLA Cumple sus Recibe Reconocimi



DR. MARCELO BENDHACK

La UROLA® (Asociación Latinoamericana de Uro-Oncología) ha presentado evolución significativa, especialmente por el intercambio que ha proporcionado entre conferencistas, profesores, jóvenes médicos y paramédicos. Nuestra interacción con las sociedades de Urología nacionales y internacionales ha sido muy importante: Sociedad Brasileña de Urología (SBU), Federación (FAU) y Sociedad Argentinas de Urología (SAU), Sociedades Uruguayas (SUU), Mexicana (SMU), Alemana (DGU) y Europea de Urología (EAU). Estamos también conectados con la SIU (Sociedad Internacional de Urología) y AUA (Asociación Americana de Urología). Pasamos a acoger los recientes conocimientos oriundos de Europa y de los Estados Unidos, discutiendo los mismos con los colegas de América Latina, uniendo intereses comunes de producir ciencia en el área de Uro-oncología, con presteza y calidad reconocidas mundialmente.

Esta segunda edición de la UROLA NEWS trae, a los asociados, la excelencia en el estudio y en la práctica de la Uro-oncología mundial. Diferente de la primera, esta edición presenta asuntos específicos y de alto nivel, escritos por quien hace el día a día de la investigación, de la práctica quirúrgica y de la convivencia con los pacientes.

EI RECONOCIMIENTO INTERNACIONAL – La UROLA, fundada el 18.10.2004, recibió en el año de 2007 la invitación por la WUOF (Federación Mundial de Uro-Oncología = World Federation of Uro-Oncology) para presentarse al consejo y representar a la América Latina en esta Federación. El 18.05.2008 ella fue oficialmente reconocida por la dirección de la

WUOF como Asociación responsable en el territorio Latinoamericano. El encuentro ocurrió en el Peabody Hotel, en Orlando, durante el Congreso Americano de Urología (AUA). Estaban en la reunión el Presidente de la WUOF, Profesor Laurence Klotz, de Montreal, Canadá, y los varios representantes de las Asociaciones de Uro-Oncología de diferentes partes del mundo: Estados Unidos de América (4 representantes), Gran Bretaña, Canadá, Japón, Turquía, México, Asia, entre otros. Este hecho es una victoria, marco fundamental en la Uro-Oncología de la América Latina. Exactamente 3 años y 7 meses después de la fundación de la UROLA, esta pasa a ser reconocida como un canal de contacto y relación con las varias organizaciones vinculadas a los temas de la Uro-Oncología.

El primer reconocimiento (2006) fue homologado oficialmente por la ICCA (International Congress and Convention Association) y determinó la aceptación de esta asociación y su evento bianual en el banco de datos mundialmente disponible.

Otro aspecto fundamental es su aceptación y reconocimiento, en la práctica, por las varias sociedades nacionales afines, sobre todo de Urología. La UROLA estará, a finales de 2008, a través de 14 viajes internacionales (Uruguay, México, Argentina, Chile, Italia, Estados Unidos de América, Alemania), y más 6 otras dentro de Brasil (Río de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre), efectivamente representada en el contexto Latinoamericano y mundial.

AGRADECIMIENTOS – La UROLA agradece a muchos profesionales de la Uro-Oncología, los cuales cier-

EXACTAMENTE 3 AÑOS
Y 7 MESES DESPUÉS
DE LA FUNDACIÓN DE
LA UROLA, ESTA PASA
A SER RECONOCIDA
COMO UN CANAL DE
CONTACTO Y RELACIÓN
CON LAS VARIAS
ORGANIZACIONES
VINCULADAS A LOS
TEMAS DE LA URO-
ONCOLOGÍA

Objetivos y ento Mundial

tamente contribuyeron al resultado que ahora vemos. Mi especial agradecimiento se dirige hoy a los nuevos amigos mexicanos Anel R. Aragón Tovar, Presidente de la Sociedad Mexicana de Urología, Juan Gutiérrez Gamboa, David Calvo, Hugo Manzana García y Miguel Angel Jiménez Ríos. A los colegas Arturo Mendoza Valdés y Aarón Torres Garcia, de la Uro-Oncología, manifiesto mis votos de elevada estima y consideración.

Nos gustaría agradecer el homenaje a mí conferido, Presidente de la UROLA, en ocasión del "Congreso Anual Argentino", en octubre de 2008, en Mendoza, como "Miembro Honorario de la Federación Argentina de Urología", firmada por los colegas Dr. Mertin Revol (Secretario) y Dr. Daniel López Laur (Presidente de la FAU). También en mi nombre agradezco la condición de "Korrespondierender Mitglied" conferida por la Sociedad Alemana de Urología, en 2006, durante el Congreso Anual en Hamburgo, firmada por el entonces Presidente Prof. Dieter Jocham y Prof. Michael Stöckle.

EL SIMPOSIO/CONGRESO - Nuestro Congreso bianual es el momento para revisar, reencontrar amigos y buscar la renovación de los intercambios.

El congreso de 2008 fue homologado por nuestro Board en octubre de 2006 (incluso con la firma de los contratos). La UROLA declara estar abierta a la participación conjunta de otras asociaciones, en sus eventos futuros, y comunica que los eventos de 2010 (Curitiba, Brasil) y 2012 ya se encuentran en fase de organización.

Un nuevo ciclo de estudios se inicia y los trabajos multicéntricos se tornan nuestro objetivo principal.

Estamos en fase de elaboración del banco de datos y de las cooperaciones institucionales. Con este objetivo tendremos una reunión del Board, día 29.11.2008, en Monterrey.

LAS BUENAS RELACIONES - Ahora conectada a la WUOF, la UROLA se coloca a disposición de las demás asociaciones miembros de la WUOF para la realización de actividades afines. Son ellas: Asian Pacific Society of Urologic Oncology, BAUS section, Canadian Uro Oncology Group, Chinese Urologic Oncology Group, European Society of Urologic Oncology, German Society of Urologic Oncology, Italian Society of Urologic Oncology, Japanese Society of Urologic Oncology, Korean Society of Uro-Oncology, Mexican Society of Urologic Oncology, Philippines Society of Urologic Oncologists, Portuguese Society of Urologic Oncology, Society of Urologic Oncology y Turkish Society of Urologic Oncology.

AGRADECIMIENTOS A LA INDUSTRIA - Nos gustaría agradecer a la Astra Zeneca Alemanha, Bayer Schering do Brasil, Sanofi Aventis do Brasil y a la USHIFU (EE.UU.), por la confianza en nuestro trabajo y respectivas contribuciones.

LA INVITACIÓN - Aguando y doy las bienvenida a todos en la formidable ciudad de Monterrey, capital de Nuevo Leon, en el norte de México, la cual servirá de palco para nuestro mayor evento, en noviembre de este año, y el lanzamiento de la logomarca, símbolo de la próstata para uso en campañas y materiales de esclarecimiento en la América Latina (ver anexo). Este símbolo, el cual pretende representar la

próstata de forma elegante (a ejemplo del logotipo para el cáncer de mama) ya cuenta con previa consulta y aceptación en varios países de la América Latina, pero será también dispuesto para todos, en nivel global. El mismo es compuesto por el símbolo masculino más típico posible, que es la corbata, cuyo nudo, en la parte superior, se asemeja a la próstata (visión posterior de la pieza de prostatectomía radical). Su pre-lanzamiento será el 22.11.08, en Curitiba, en Brasil, en ocasión de la "Primera Copa México de Golf", y oficialmente en Monterrey, en México, el 28.11.2008. Es también una contribución de la UROLA a la "Salud del Hombre".

¡Bienvenidos a la UROLA NEWS, a Monterrey y al mundo de la Uro-oncología!

Marcelo L. Bendhack
Chairman

Asociación Latinoamericana de Uro-Oncología (UROLA)
Curitiba - Brasil

-
- Doctor en Clínica Quirúrgica – Universidad Federal del Paraná, Curitiba, Brasil
 - Doctor en Uro-Oncología – Universidad Heinrich-Heine de Düsseldorf, Alemania
 - Profesor de Post-Grado – Universidad Católica de Paraná (PUC-PR)
 - Profesor de Post-Grado – Universidad Positivo (UP)
 - Miembro del Departamento de Relaciones Internacionales (Sociedad Brasileña de Urología – SBU)
 - Miembro del Departamento de Uro-Oncología (Sociedad Brasileña de Urología – SBU)
 - Miembro del Board de la Federación Mundial de Uro-Oncología (WUOF)

UROLA Achieves its and Receives World

EXACTLY
3 YEARS AND
7 MONTHS AFTER
THE FOUNDATION
OF UROLA, IT WAS
RECOGNIZED AS
A CONTACT AND
RELATIONSHIP
CHANNEL WITH
SEVERAL
ORGANIZATIONS
LINKED TO
URO-ONCOLOGY
THEMES

UROLA® (Latin American Urologic Oncology Association) has evolved significantly, particularly due to the exchange of information among lecturers, professors, young physicians and paramedics. Our interaction with national and international urology associations has been very important: Brazilian Urology Society (SBU), Federation (FAU) and Argentine Urology Society (SAU), Uruguayan (SUU), Mexican (SMU), German (DGU) and European (EAU) Urology Societies. We are also linked to the SIU (International Urology Society) and AUA (American Urological Association). We started accepting the recent information coming from Europe and United States of America, and discussing them with the Latin America colleagues, joining mutual interests to produce science in the area of Urologic Oncology, with the zeal and quality recognized worldwide.

This second edition of UROLA NEWS brings its members excellence in the study and practice of worldwide Urologic Oncology. Different from the first issue, this one presents specific, high-level subjects written by people who work with the day-to-day research, surgery and patients.

INTERNATIONAL RECOGNITION – UROLA was founded on October 18th, 2004 and in 2007 received an invitation from WUOF (World Federation of Uro-Oncology) to present itself to the board and represent Latin America in this Federation. On May 18th, 2008, it was official recognized by the WUOF directors as the Association responsible for Latin American territory. The meeting took place

at the Peabody Hotel, in Orlando, during the AUA meeting. The president of WUOF, Professor Laurence Klotz from Montreal, Canada, and several representatives of Uro-Oncology Associations from different parts of the world were all present at the meeting: United States of America (4 representatives), Great Britain, Canada, Japan, Turkey, Mexico, Asia, among others. This fact is a victory and fundamental benchmark for Uro-Oncology in Latin America. Exactly 3 years and 7 months after the foundation of UROLA, it was recognized as a contact and relationship channel with several organizations linked to Uro-Oncology themes.

The first acknowledgment (2006) was official ratified by the ICCA (International Congress and Convention Association) and determined the acceptance of this association and its biannual event in the database available worldwide.

Another fundamental aspect is its acceptance and recognition, in practice, by several national related societies, particularly in Urology. UROLA will be, at the end of 2008 and through 14 international trips (Uruguay, Mexico, Argentina, Chile, Italy, United States of America, Germany), and 6 other in Brazil, (Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre), actually represented in the Latin American and world context.

ACKNOWLEDGEMENTS – UROLA thanks many Uro-Oncology professionals who have certainly contributed to the results obtained today. My special thanks today go to our new Mexican friends Anel R. Aragón Tovar, president of the Mexican Urolo-

Objectives wide Recognition

gy Society, Juan Gutiérrez Gamboa, David Calvo, Hugo Manzanilla García and Miguel Angel Jiménez Ríos. We also thank to our Uro-Oncology colleagues Arturo Mendoza Valdés and Aarón Torres García.

We would like to thank you for the special tribute given to me as president of UROLA at the "2008 Argentine Congress" in October/2008 in Mendoza, as an "Honorary Member of the Argentine Urology Federation", signed by the colleagues Dr. Mertin Revol (secretary) and Dr. Daniel López Laur (FAU president). I would also like to thank the status of "Korrespondierender Mitglied" given to me by the German Urology Society, in 2006, during the Annual Congress in Hamburg, signed by then president Prof. Dieter Jocham and Prof. Michael Stöckle.

SYMPOSIUM / CONGRESS – Our biannual Congress is the moment to review, get friends together and renew exchanges of information.

The 2008 Congress was approved by the Board in October/2006 (also with the contracts signed). UROLA is open for joint participation of other associations for its future events and informs that the 2010 events (Curitiba, Brazil) and 2012 are already being organized.

A new cycle of studies is underway and the multicentric works have become our main objective. We are presently preparing a database and institutional cooperation. With this purpose in mind we will hold a Board meeting on November 29th, 2008, in Monterrey.

GOOD RELATIONSHIPS – Now linked

to WUOF, UROLA places itself at the disposition of the other associations that are WUOF members for carry out related activities. These are the following: Asian Pacific Society of Urologic Oncology, BAUS section, Canadian Uro Oncology Group, Chinese Urologic Oncology Group, European Society of Urologic Oncology, German Society of Urologic Oncology, Italian Society of Urologic Oncology, Japanese Society of Urologic Oncology, Korean Society of Uro-Oncology, Mexican Society of Urologic Oncology, Philippines Society of Urologic Oncologists, Portuguese Society of Urologic Oncology, Society of Urologic Oncology e Turkish Society of Urologic Oncology.

THANKS TO THE INDUSTRY – We would like to thank Astra Zeneca Germany, Bayer Schering do Brasil, Sanofi Aventis do Brasil and USHIFU (USA), for the trust place in our work and their respective contributions.

INVITATIONS – I await and welcome everyone in the formidable city of Monterrey, capital of Nuevo Leon, in northern Mexico, which will be the host for our event, in November of this year, and the launching of the new logo, a symbol of the prostate, for use in campaigns and informative materials in Latin American (see attachment). This symbol, which intends to represent the prostate in an elegant manner (like the logo for breast cancer) has already undergone consultations and acceptance in several countries in Latin America, but will also be made available to everyone around the world. It is composed of the most typical masculine symbol

possible, which is a tie, whose knot, in the upper part, is similar to the prostate (posterior view of the radical prostatectomy specimen). Its pre-launching will be on November 22nd, 2008, in Curitiba, in Brazil, at the time of the "First Mexican Golf Tournament", and officially in Monterrey, Mexico, on November 28th, 2008. It is also a contribution of UROLA for the "Man's Health"!

Welcome to UROLA NEWS, to Monterrey and the world of Uro-Oncology!

Marcelo L Bendhack
Chairman
Latin American
Uro-Oncology Association
(UROLA)
Curitiba - Brasil

-
- Doctor of Clinical Surgery – Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil
 - Doctor of Uro-Oncology – Heinrich-Heine University in Düsseldorf, Germany
 - Graduate Professor – Catholic University of Paraná (PUC-PR)
 - Graduate Professor – Positivo University (UP)
 - Member of the International Relations Department (Brazilian Urology Society – SBU)
 - Member of the Uro-Oncology Department (Brazilian Urology Society – SBU)
 - Board Member of the World Uro-Oncology Federation (WUOF)

SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGIA A.C.

COLEGIO DE UROLOGOS DE NUEVO LEON A.C.

Monterrey N.L. a 17 de Noviembre del 2008

Estimados Uro-oncólogos:

Es un placer para nosotros tener el privilegio de recibirlos en esta ciudad de Monterrey, Nuevo León, México, "ciudad de las Montañas", la cual fue fundada por 12 familias el 20 de septiembre de 1596 por Don Diego de Montemayor en los ojos de agua de Santa Lucía, ciudad industrial, forjadora académica de nuestro país.

A nombre del Colegio de Urologos de Nuevo León A.C. representada por su actual presidente el Dr. Juan Gutiérrez Gamboa, y de la Sociedad Mexicana de Urología A.C. representada por un servidor, y de toda la membresía, sean ustedes bienvenidos, esperando que el proyecto de este 6º Simposio Internacional y 2º Congreso Internacional de la Asociación Latino Americana de Uro-oncología sea todo un éxito.

Los esperamos con la finalidad de que tengan una estancia muy placentera entre nosotros. Agradecemos de antemano a toda la mesa directiva de la Asociación Latino Americana de Uro-oncología y muy especialmente a su presidente el Dr. Marcelo Bendhack, por la selección de esta su ciudad. Sean ustedes Bienvenidos.

Dr. Juan Gutiérrez Gamboa

Presidente del Colegio de Urologos de Nuevo León A.C.

Dr. Anel Rogelio Aragón Tovar

Presidente de la Sociedad Mexicana de Urología A.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGIA A.C.

COLEGIO DE UROLOGOS DE NUEVO LEON A.C.

Monterrey N.L., November 17th, 2008

Dear colleagues

It is a privilege to receive you in the city of Monterrey, Nuevo León, Mexico, "mountain city", founded by 12 families on the 20th of September of 1596 by Don Diego de Montemayor, at the water sources of Santa Lucía, industrial city and important academic fountainhead in our country.

On behalf of the College of Urologists of Nuevo León A.C., represented by its current president, Dr. Juan Gutiérrez Gamboa, and the members of the Mexican Society of Urology A.C. welcome you, and hope that the project of the 6th International Congress and 2nd International Congress of the Latin American Association of Urologic Oncology is a success.

We hope that you have a pleasant time when staying with us. We would like to thank the Board of the Latin American Association of Urologic Oncology, particularly its president, Dr. Marcelo Bendhack, for choosing this city to host the congress. Welcome.

Dr. Juan Gutiérrez Gamboa

President of the College of Urologists of Nuevo León A.C.

Dr. Anel Rogelio Aragón Tovar

President of the Mexican Society of Urology

UROLA NEWS



Urola News é uma publicação da UROLA
Uro-Oncology Latin American Association
Urola News is published by UROLA
Uro-Oncology Latin American Association

As matérias assinadas são de responsabilidade de seus autores

Authors of signed papers are responsible for the content

Editor / Editor: Fabio Rueda Faucz

Diretor de Arte / Art Director: Fabio Belik

Marketing / Marketing: Julio César IUrban

Support / Support: Paula Makarov, Tatiana Burguer e Daniele Mengarda

Uro-Oncology Latin American Association

Presidente / Chairman: Marcelo L. Bendhack (BR)

Vice-presidente / Vice-chairman: Gerardo López Secchi (UR)

Conselho / Board: Donard Bendhack, Ubirajara Ferreira, Bernardo Sobreiro, Fabio Faucz, Maura Seleme

Secretário / Secretary: Rafael Muller

Membros Honorários / Honorary Members: Rolf Ackermann (GE), Manfred Wirth (GE), Michael Droller (USA), Pierre Teillac (FR), José Carlos de Almeida (BR)

Board of Directors

1 - International Relationship: Ubirajara Ferreira, Sergio Metrebian

2 - Scientific and Publications Director: Alvaro Serkis
Members: Eduardo Carvalhal, Fabio Rueda Faucz, Fernando Maluf, Franz Campos, Luiz Fernando Bleggi Torres

3 - Research / Clinical Trials Director: Evanius Wiermann, Gustavo Carvalhal

4 - Marketing Director: Maura Seleme

5 - Meetings Director: Paulo Rodrigues (RJ)

6 - Administration / Financial Director: Fabio Faucz

7 - Member Admission Director: Antonio Souza Jr.



Commercial contacts with UROLA

Rua Atílio Bório, 2014 - ap. 03
Alto da XV • 80040-060
Curitiba - Paraná - Brazil
Phones: +55 41 3362-7822
+55 41 3082-7551

Graphic Design:

Belik SECRETARIO DE COLEGIO

Print Production:

Codigraf GRÁFICA DIGITAL

Impresso em papel couché liso 150 gramas capa e em papel couché liso 90 gramas miolo / Cover printed on 150 g couché paper, contents printed on 90 g couché paper - Produzido no Brasil - Printed in Brazil

THE PROSTATE NEEDS TO BE IDENTIFIED.



www.uro-onco.net

Visión Uruguay de UROLA

A fines del 2005, durante mi ejercicio como Presidente de la Sociedad Uruguaya de Urología y conjuntamente con algunos miembros de su Comisión Directiva, los Dres. Pedro Sosa y Enrique Cardozo, Vice-Presidente y Secretario General respectivamente, recibimos la visita del Dr. Marcelo Bendhack, Presidente de UROLA, donde se nos planteaba la realización conjunta del Congreso de nuestra Sociedad Científica y las XXV Jornadas Rioplatenses de Urología, con el 5º Simposio Internacional de Uro-Oncología, en Montevideo, Uruguay, conformando así, el 1er. Congreso Internacional de Uro-Oncología. Fue un largo camino de reuniones, siempre buscando el mismo objetivo, común para ambos: la realización de un evento serio, de calidad científica inquestionable, accesible para todos los Urólogos de la región y donde se pudiera contar con algunos de los mejores colegas referentes en la Uro-Oncología mundial. No era nada fácil, pero con esfuerzo y tesón logramos realizar a fines de 2006 un excelente evento donde participaron, con el auspicio de CAU, Urólogos locales, una mesa redonda de la Sociedad Argentina y la Federación Argentina de Urología, con la participación entre otros, de los Dres. Miguel Costa, amigo personal y Presidente en ese momento de la CAU, Sergio Metrebián y Roberto Kerkebe;

a quienes les estaré siempre agradecido por su trato hacia mi persona, cada vez que los he visitado en su país.

También una mesa redonda de la Sociedad Brasileira de Urología, integrada por los Dres. Lima Pompeo, Ubirajara Ferreira, Eric Wroclawski, Sidney Glina, M. V. Sadi, Otavio Clark y el hoy presidente de la SBU Dr. Jose Carlos D'Almeida, una persona muy cálida con la cual hemos establecido una muy buena relación que trataremos de profundizar en beneficio de nuestras Asociaciones Nacionales. Además, visitaron el Uruguay, exclusivamente para este evento, lo más encumbrado de la Uro-Oncología mundial. Dres. Michael Droller de USA, Rolf Ackerman, Manfred Wirth,

Thomas Ebert, Pierre Teillac, Frans Debruyne, Kurt Miller, Per-Anders Abrahamsson de Europa entre otros, y con la asistencia de colegas de las mas diversas nacionalidades.

Todo esto, muy difícil de realizar para la Sociedad Uruguaya de Urología, y para países que como Uruguay no tienen la posibilidad de acceder a reunir tanta cantidad y calidad científica, de no mediar el innegable poder de convocatoria que tiene UROLA, y dentro de ésta, el Dr. Marcelo Bendhack y su don de persona sólida y confiable.

Entonces se desarrolló un Congreso de excelente nivel y se generaron vínculos entre todas las Asociaciones participantes que nos prometimos seguir trabajando juntos. Esa prome-

sa que hoy es una realidad: la gran mayoría de los nombrados anteriormente, gracias a la visión y generosidad del Dr. Bendhack somos parte de esta gran familia, la UROLA.

Es interés nuestro, cada 2 años, seguir realizando nuestro Congreso en diferentes países de América latina, tratando de llevar a todos nuestro ideal de integración y nuestro afán de colaboración, más ahora que la Federación Mundial de Uro-Oncología (WUOF) nos ha distinguido como su representante latinoamericano.

Deseamos seguir integrando colegas a la misma, de todos los países de Latinoamérica, sin interferir ni competir con otras entidades, sino siempre con el mismo rumbo, el de SUMAR, siempre SUMAR.

UROLA solo tiene un fin: congregar a aquellos colegas que se dedican diariamente a la Uro-Oncología, para intercambiar opiniones, conocimientos, trabajos científicos y amistad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, destino final de nuestros esfuerzos en esta noble profesión que hemos elegido. Es por esto que invito a los colegas de todos los países de Latinoamérica a sumarse a esta Asociación, la UROLA, y a concurrir y participar del 6º Simposio Internacional de Uro-Oncología, 2º Congreso Internacional de Uro-Oncología que se desarrollará en la ciudad de Monterrey, México del 27 al 30 de noviembre de 2008 y disfrutar de la calidez de nuestros hermanos mexicanos.

Los esperamos. ■

Dr. Gerardo López Secchi
Vice-Presidente UROLA
Vice-Presidente Sociedad
Uruguaya de Urología

UROLA SOLO
TIENE UN FIN:
CONGREGAR A
AQUELLOS COLEGAS
QUE SE DEDICAN
DIARIAMENTE A LA
URO-ONCOLOGÍA

The Uruguayan Vision of UROLA



At the end of 2005, during my term as Chairman of Uruguayan Urology Society and in conjunction with some members of its Board of Directors, Drs. Pedro Sosa and Enrique Cardozo, Vice-Chairman and Secretary-General respectively, we welcomed Dr. Marcelo Bendhack, Chairman of UROLA, where we were proposed to jointly hold the Congress of our Scientific Society and the XXV Rio de La Plata Journeys of Urology with the 5th International Symposium of Uro-Oncology, in Montevideo, Uruguay, thus shaping the 1st International Congress of Uro-Oncology. It was a long path of meetings, always seeking the same objective, common to both: holding a serious event, of unquestionable quality, accessible to all Urologists of the region and where it was possible to count on some of the best colleagues referring to worldwide Uro-Oncology. It was not easy at all, but with effort and tenacity we succeeded to hold at the end of 2006 an excellent event, attended, with auspice of CAU, by local Urologists, a round table of the Argentine Society and the Argentine Federation of Urology, with attendance, among others, by Drs. Miguel Costa, personal friend and President at that time of CAU, Sergio Metrebián and Roberto Kerkebe; to whom I will always be grateful for treating me, whenever I visited him in his country.

Also a round table of the Brazilian Society of Urology, formed by Drs. Lima Pompeo, Ubirajara Ferreira, Eric Wroclawski, Sidney Glina, M. V. Sadi, Otavio Clark and today president of the SBU Dr. Jose Carlos D'Almeida, a very warm person with

whom we have established a good relationship that we will endeavor to deepen in benefit of our National Societies. Furthermore, solely for this event, the highest members of world Uro-Oncology, Drs. Michael Droller from the USA, Rolf Ackerman, Manfred Wirth, Thomas Ebert, Pierre Teillac, Frans Debruyne, Kurt Miller, Per-Anders Abrahamsson from Europe, among others, visited Uruguay, and with attendance by colleagues of the most varied nationalities.

The whole thing, very hard to hold for the Uruguayan Society of Urology, and for countries such as Uruguay have no possibility to succeed to gather such amount and scientific quality, of mediating the invitational power that UROLA has, and within it, Dr. Marcelo Bendhack and his natural talent as a solid and dependable person.

Then a Congress of excellent level was held and bonds were generated among all attending Societies that we promise to keep working together. This promise that is a reality today: the great majority of those previously named, thanks to the vision and generosity of Dr. Bendhack we are part of this great family, UROLA.

It is our interest, every 2 years, to keep holding our Congress in different countries of Latin America, dealing with bringing to all our ideal of

integration and our hard work of collaboration, but now that The World Uro-Oncology Federation (WUOF) has distinguished us with its Latin American representative. We wish to keep integrating colleagues to the same, from all Latin American countries, without interfering or competing with other entities, but always with the same direction, of ADDING, always ADDING.

UROLA has one purpose only: congregating those colleagues who daily devote themselves to Uro-Oncology, to exchange opinions, knowledge, scientific papers and friendship, aimed at improving the quality of life of our patients, final destination of our efforts in this noble profession that we have chosen.

This is why I invite all colleagues from all Latin American countries to join this Society, UROLA, and to compete and attend the 6th International Symposium of Uro-Oncology, 2nd International Congress of Uro-Oncology that will be held in the city of Monterrey, Mexico November 27 to 30, 2008 and enjoy the warmth of our Mexican brothers.

We are waiting for you. ■

UROLA HAS ONE PURPOSE ONLY: CONGREGATING THOSE COLLEAGUES WHO DAILY DEVOTE THEMSELVES TO URO-ONCOLOGY

Dr. Gerardo López Secchi
Vice-President UROLA
Vice-President of the
Uruguayan Urology Society



Células Tronco Cancerosas

La Raíz del Cáncer

Rolf Ackermann

La evidencia de células tronco cancerosas (CSCs) inicia un cambio de paradigma fundamental en el entendimiento, investigación y tratamiento del cáncer. Hasta ahora un tumor había sido visto como resultado de mutaciones secundarias de células diferenciadas equipotentes. Con el conocimiento de células tronco cancerosas esta hipótesis parece ser demasiado simple o hasta falsa. De hecho, el crecimiento de un tumor es consecuencia de la organogénesis anormal basada en la diferenciación jerárquica de algunas o hasta de una sola célula tronco cancerosa a una masa de tumor. Además, una célula tronco cancerosa no es sólo la raíz de un tumor, sino también puede mantenerlo vivo y causar metástasis y reincidencia. Además, las células tronco cancerosas son resistentes a las terapias establecidas. A diferencia de terapias corrientes que enfocan la propagación del volumen del tumor, las nuevas terapias de las células tronco cancerosas tienen que enfocarse en las células tronco cancerosas.

HISTORIA DE CSCs - Ya en 1855, Virchow postuló en su "hipótesis de reposo embrionario", basada en las semejanzas histológicas entre teratocarcinomas y tejido embrionario, que el primero se originaba del segundo. A mediados del siglo pasado varios grupos de investigación revelaron que ya algunas células de tumor o incluso

unas sola podrían inducir el crecimiento del tumor después del trasplante en ratones. Bonnet y Dick fueron los primeros en 1997 en probar la evidencia de células tronco cancerosas. Ellos mostraron que clones simples de células de leucemia podrían inducir leucemia fenotípicamente idéntica al tumor padre después de trasplantarlos en ratones inmunodeficientes. Las células que inducen tumor mostraron la característica patrón de expresión de marcador superficial y el perfil celular jerárquico de células tronco hematopoyéticas. Además, células tronco cancerosas también fueron encontradas en tumores sólidos. Las células tronco cancerosas también han sido relatadas en cánceres de próstata, pulmón, páncreas, colon, hígado, tiroides, piel, y en otros tumores recientemente. Además, hay evidencia inédita de células tronco cancerosas en carcinoma de células renales y uroteliales.

DEFINICIÓN DE CSCs - La célula tronco cancerosa es la célula original del tumor, responsable de tumorigénesis, diferenciación de tumor, mantenimiento de tumor y también de la extensión y reincidencia del tumor. Esto es análogo a una célula tronco que es la célula original de un órgano, responsable del mantenimiento del órgano y de la organogénesis. La definición está basada en las características/ rasgos de esta población de células: (1) auto-renovación ilimitada

por división celular asimétrica, (2) diferenciación, (3) inducción de una copia fenotípica del tumor original después del trasplante, (4) auto-preservación por estrategias incluyendo la activación de caminos antiapoptóticos y actividad realzada de reparación de ADN.

ORIGEN DE CSCs - El origen de las células tronco cancerosas todavía no fue establecido. Aunque las células tronco cancerosas muestran un patrón de expresión de marcador de superficie de célula comparable y perfil celular jerárquico, reminiscencia de células tronco hematopoyéticas normales, ha sido postulado que las células tronco cancerosas provienen de células tronco normales por mutaciones. Esta hipótesis parece demasiado estática y simplificada. El origen de estas células también podría ser una célula más diferenciada que ha recuperado propiedades de célula tronco mediante mutaciones. Además la fusión de una célula tumoral diferenciada con células tronco derivadas de médula ósea es discutido. Según esto, el término "célula tronco cancerosa" está siendo cada vez más sustituido por el término "célula iniciadora de tumor" (TIC).

MECANISMOS REGULADORES DE CSCs - En células tronco, los caminos reguladores aseguran un equilibrio entre la autorrenovación y la apoptosis. El conocimiento obtenido de cé-



DR. ROLF ACKERMANN
DÜSSELDORF, ALEMANIA

lulas tronco llevó a investigaciones de los mismos caminos en células tronco cancerosas. Es interesante notar que la interrupción de estos caminos o la pérdida o sobreexpresión de las proteínas implicadas desempeña un papel en muchos tumores. Sobre todo importantes son Sonic hedgehog, Wnt, Notch, Pten, Bmi1, y Bcl2.

IDENTIFICACIÓN Y AISLAMIENTO DE

CSCs - La fracción de células tronco cancerosas en un tumor es probablemente menor del 0.1%. El modo inicial de aislar estas células que inician un tumor estaba basado en la detección de la "población colateral" (SP) con la capacidad de ciertas células de transportar activamente tinturas lipofílicas (Hoechst 33342) fuera de las células por proteínas transportadoras de fármacos. La precisión de este método para el aislamiento de células tronco cancerosas es cuestionable, sin embargo, dado que algunas células progenitoras más diferenciadas también tienen esta capacidad. Por tanto, los marcadores superficiales celulares característicos, establecidos en célu-

las tronco normales ya son usados para el aislamiento de células tronco cancerosas (Tabla 1).

CSCs EN AFECCIONES UROLÓGICAS

- La identificación y la caracterización de células tronco cancerosas en el cáncer de próstata han progresado bastante, en contraste con la situación en otros tumores urológicos.

PRÓSTATA - Según la observación de que la capa de células basales permanece intacta durante la involución prostática causada por la ablación del andrógeno y de que estas células podrían reconstituir el órgano después del reemplazo del andrógeno, Isaacs y Coffey desarrollaron un modelo de célula tronco prostática. Células tronco independientes del andrógeno dan ocasión a células progenitoras que son sensibles a andrógeno, pero no dependientes de andrógeno, que entonces, bajo la influencia del andrógeno, se diferencian en células dependientes de andrógeno del epitelio prostático. Collins et al. podría mostrar que las células basales humanas

de la próstata, cuando trasplantadas en ratones inmunodeficientes, podrían inducir la formación del nuevo tejido que era fenotípica y morfológicamente idéntico al tejido original. Ellos también podrían demostrar un patrón de expresión característico de la integrina de marcadores superficiales y CD133, con células tronco prostáticas mostrando un patrón de integrina $\alpha 2\beta 1^{alt}$ / CD133⁺. Collins et al., entonces, buscaron este patrón de marcadores de células tronco específicas de la próstata en muestras de tejido de pacientes con cáncer de próstata primario o con metástasis. Aproximadamente el 0.1% de las células tumorales mostró el patrón de expresión integrina $\alpha 2\beta 1^{alt}$ /CD133⁺. Estas células - como células tronco prostáticas fisiológicas - tenían un fenotipo similar a las células básicas y un potencial proliferativo más alto que las células tumorales diferenciadas. Una correlación entre la etapa del tumor y la concentración de células tronco cancerosas, como visto con el medulloblastoma, podía no ser mostrada en el cáncer de próstata. Grupos de investigación diferentes podrían desarrollar ya un subfraccionamiento más específico de esta población celular iniciadora del tumor en el cáncer de próstata. Estudios de trasplante con tumores en pacientes primarios para mostrar potencial iniciador de tumor de estas células tronco cancerosas de próstata humanas en vivo en un modelo de ratón no podían ser descubiertos aún

RIÑÓN - Para el carcinoma de células renales, CSC no han sido identificados y las células tronco de estromas tumorales no están bien caracterizadas. Bruno et. al. describió una población de células tronco del riñón como CD44, CD29, CD73^{positiva} y CD14,

TABLA 1: Marcadores superficiales celulares humanos de células tronco y de células tronco tumorales

ÓRGANO	MARCADOR DE CÉLULA TRONCO	MARCADOR DE CÉLULA TRONCO TUMORAL
Sangre	CD34 ⁺ CD38 ⁻ Thy-1 ⁻ Lin ⁻	CD34 ⁺ CD38 ⁻ Thy-1 ⁻ Lin ⁻
Pecho	CD24 ^{med}	CD44 ⁺ CD24 ^{-/low} ESA ⁺ Lin ⁻
CNS	CD133 ⁺ Lin ⁻	CD133 ⁺ Nestin ⁺
Piel	CD20 ⁻ CD166 ⁻ Nestin ⁻	CD20 ⁺ CD166 ⁺ Nestin ⁺
Cabeza/Cuello	CD44 ⁻	CD44 ⁺
Páncreas	CD24 ⁻ CD44 ⁻ ESA ⁻	CD24 ⁺ CD44 ⁺ ESA ⁺
Próstata	CD133 ⁺ $\alpha 2\beta 1^{hi}$	CD44 ⁺ $\alpha 2\beta 1^{hi}$ CD133 ⁺
Colorectal		CD133 [±]
Hígado		CD133 ⁺



CD54^{negativa}, CD34^{negativa} y KDR^{negativa}. Esta población no formó tumores, pero pareció promover la formación tumoral debido a la angiogénesis realzada y por lo tanto parece ser parte de la estroma tumoral en el RCC. Bussolati et al. Identificaron células similares en el riñón normal y sugirieron que las mismas representan células tronco renales residentes con potencial de diferenciación epitelial y endotelial. Hemos establecido líneas de células a partir de RCC primario y metastático y hemos estudiado su tumorigenicidad, capacidad de autorrenovación, potencial de diferenciación e inmunofenotipo. Estos análisis identificaron distintos tipos de líneas de células con rasgos de células tronco que parecen estar relacionadas con células tronco tumorales o con estroma tumoral (Rottke et al. datos inéditos).

VEJIGA - Datos inéditos preliminares de un grupo de investigación en la Universidad de Stanford mostró evidencia de células tronco cancerosas en carcinomas de células uroteliales. Estas células podrían formar una copia fenotípica del tumor original cuando xenotransplantadas en ratones.

CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

- Las terapias de tratamiento de cáncer establecidas apuntan sin especificidad todo el tumor. El concepto de células tronco cancerosas explica la falla primaria o secundaria de estas terapias con reincidencia o diseminación de la enfermedad. Ya una célula tronco cancerosa que permanece después de la cirugía podría inducir la reincidencia. Además, las células tronco cancerosas, como células tronco, debido a su biología celular específica, son resistentes a la radia-

ción o a la quimioterapia. Las células tronco cancerosas residen sobre todo en la fase G0 del ciclo celular, pero la mayoría de las terapias de tratamiento del cáncer sólo atacan las células que se proliferan (altamente). Las células tronco cancerosas presentan actividad realzada de reparación del ADN y transportadores ABC expresos para el transporte activo de sustancias tóxicas y fármacos hacia fuera de la célula (tabla 2).

TABLA 2: Salida de drogas citotóxicas por proteínas de transporte ABC

GENE	PROTEÍNA	SALIDA DE
ABCA2	ABCA2	Estramustina
ABCB1	PGP/MDR1	Colchicina, doxorubicina, etoposida, vinblastina, paclitaxel
ABCC1	MRP1	Doxorubicina, daunorubicina, vincristina, etoposida, camptothecina, colchicina, metotrexato
ABCC2	MRP2	Vinblastina, cisplatina, doxorubicina, metotrexato
ABCC3	MRP3	Metotrexato, etoposide
ABCC4	MRP4	Metotrexato, 6-mercaptopurinas, 6-tioguanina y metabolitos
ABCC5	MRP5	6-Mercaptopurinas, 6-tioguanina y metabolitos
ABCC6	MRP6	Etoposida
ABCC11	MRP8	5-Fluorouracil
ABCG2	MXR/BCRP	Mitoxantrona, topotecan, doxorubicina, daunorubicina, imatinib, metotrexato

Futuras terapias tenían que ser descubiertas apuntando células tronco cancerosas específicas. El parámetro de evaluación debe ser la reducción o pérdida de la población de células tronco cancerosas, y no más la reducción de la masa tumoral. La eficiencia de estas terapias-objetivo no será más apenas el aumento de la supervivencia al tumor específico, sino la cura total del cáncer. ■



Cancer Stem Cells

The Root of Cancer

Rolf Ackermann

The evidence of cancer stem cells (CSCs) initiates a fundamental paradigm shift in the understanding, research and treatment of cancer. So far a tumor has been seen as result of incidental mutations of equipotent differentiated cells. With the knowledge of cancer stem cells this hypothesis seems to be too simple or even false. In fact, tumor growth is the consequence of abnormal organogenesis based on hierarchical differentiation of a few or even a single cancer stem cell to a tumor mass. Furthermore, a cancer stem cell is not only the root of a tumor, but can also keep it alive and cause metastasis and relapse. Moreover, cancer stem cells are resistant to the established therapies. Unlike current therapies focusing the tumor bulk sparing the cancer stem cells further therapies need to focus the cancer stem cells.

HISTORY OF CSCs - As early as 1855, Virchow postulated in his “embryonal rest hypothesis”, based on the histological similarities between teratocarcinomas and embryonic tissue that the former originated from the latter. Mid of the last century various research groups revealed that already a few or even single tumor cells could induce tumor growth after transplantation in mice. Bonnet and Dick were

the first in 1997 to proof the evidence of cancer stem cells. They showed that single leukemia cell clones could induce leukemia phenotypically identical to the parent tumor after transplanting them into immunodeficient mice. Those tumor-inducing cells showed the surface marker expression pattern characteristic and the hierarchical cell profile of hematopoietic stem cells. Furthermore, cancer stem cells were also found in solid tumors. Cancer stem cells have also been reported in cancers of prostate, lung, pancreas, colon, liver, thyroid, skin, and in other tumors recently. Moreover, there is unpublished evidence for cancer stem cells in renal and urothelial cell carcinoma.

DEFINITION OF CSCs - The cancer stem cell is the original cell of the tumor, responsible for tumorigenesis, tumor differentiation, tumor maintenance and also for tumor spread and tumor relapse. This is analogous to a stem cell being the original cell of an organ, responsible for organogenesis and organ maintenance. The definition is based on the characteristics / features of this cell population: (1) unlimited self renewal by asymmetrical cell division, (2) differentiation, (3) induction of a phenotypic copy of the original tumor after

transplantation, (4) self preservation by strategies including activation of antiapoptotic pathways and enhanced DNA- repair activity.

ORIGIN OF CSCs - The cancer stem cell origin is still not established. Although cancer stem cells show a comparable cell surface marker expression pattern and hierarchical cell profile, reminiscent of normal hematopoietic stem cells, it has been postulated that cancer stem cells arise from normal stem cells by mutations. This hypothesis seems too static and simplified. The origin of these cells could also be a more differentiated cell that has regained stem cell properties by mutations. In addition the fusion of a differentiated tumor cell with bone marrow derived stem cells is discussed. According to this, the term “cancer stem cell” is been increasingly replaced by the term “tumor initiating cell” (TIC).

REGULATORY MECHANISMS OF CSCs - In stem cells, regulatory pathways ensure a balance between self-renewal and apoptosis. The knowledge gained from stem cells led to investigations of the same pathways in cancer stem cells. It's interesting to note that disruption of these pathways or the loss or overexpression of the involved



proteins play a role in many tumors. Especially important are Sonic hedgehog, Wnt, Notch, Pten, Bmi1, and Bcl2.

IDENTIFICATION AND ISOLATION OF CSCs - The fraction of cancer stem cells in a tumor is probably less than 0.1%. The initial way of isolating these tumor-initiating cells was based on detection of the “side population” (SP) with the ability of certain cells actively transport lipophilic dyes (Hoechst 33342) out of the cells by drug-transporter proteins. The specificity of this method for cancer stem cell isolation is questionable, though, because some more differentiated progenitor cells also have this ability. Therefore characteristic cell surface markers, established on normal stem cells are used for the isolation of cancer stem cells by now (Tab.1).

CSCs IN UROLOGIC MALIGNANCIES - The identification and characterization of cancer stem cells in prostate cancer has progressed considerably, in contrast to the situation in other urological tumors.

PROSTATE - According to the observation that the basal cell layer remains intact during androgen ablation caused prostate involution and that these cells could reconstitute the organ after androgen replacement, Isaacs and Coffey developed a prostate stem cell model. Androgen independent stem cells give rise to progenitor cells that are androgen sensitive, but not androgen dependent, which then, under the influence of androgen, differentiate into androgen dependent cells of the prostate epithelium. Collins et al. could show that human basal cells from prostate, when transplanted

into immunodeficient mice, could induce the formation of new tissue that was phenotypically and morphologically identical to the original tissue. They could also demonstrate a characteristic expression pattern of the surface markers integrin and CD133, with prostate stem cells showing an integrin $\alpha 2\beta 1^{hi}$ / CD133⁺ pattern. Collins et al. then looked for this prostate-specific stem cell-marker pattern in tissue samples from patients with primary or metastasized prostate cancer. About 0.1% of the tumor cells showed the integrin $\alpha 2\beta 1^{hi}$ /CD133⁺ expression pattern. These cells - like physiological prostate stem cells - had a phenotype similar to basal cells and a higher proliferative potential than differentiated tumor cells. A correlation between tumor stage and cancer stem cell concentration, as seen with medulloblastoma, could not be shown in prostate cancer. Different research groups could already develop a more specific sub fractionating of these tumor initiating cell poulation in prostate cancer. Transplantation studies with primary patient tumors to show the tumor initiating potential of these human prostate cancer stem cells in vivo in a mouse model could not be discovered yet

KIDNEY - For renal cell carcinoma, CSC have not been identified and tumor stroma stem cells are not well characterized. Bruno et al. described a kidney stem cell population as CD44, CD29, CD73^{positive} and CD14, CD54^{negative}, CD34^{negative} and KDR-

TABLE 1: Human cell-surface markers of stem cells and tumor stem cells

ORGAN	STEM CELL MARKER	TUMOR STEM CELL MARKER
Blood	CD34 ⁺ CD38 ⁻ Thy-1 ⁻ Lin ⁻	CD34 ⁺ CD38 ⁻ Thy-1 ⁻ Lin ⁻
Breast	CD24 ^{med}	CD44 ⁺ CD24 ^{-/low} ESA ⁺ Lin ⁻
CNS	CD133 ⁺ Lin ⁻	CD133 ⁺ Nestin ⁺
Skin	CD20 ⁻ CD166 ⁻ Nestin ⁻	CD20 ⁺ CD166 ⁺ Nestin ⁺
Head/Neck	CD44 ⁻	CD44 ⁺
Pancreas	CD24 ⁻ CD44 ⁻ ESA ⁻	CD24 ⁺ CD44 ⁺ ESA ⁺
Prostate	CD133 ⁺ $\alpha 2\beta 1^{hi}$	CD44 ⁺ $\alpha 2\beta 1^{hi}$ CD133 ⁺
Colorectal		CD133 [±]
Liver		CD133 ⁺



DR. ROLF ACKERMANN
DÜSSELDORF, GERMANY

negative. This population did not form tumors but appeared to promote tumor formation due to enhanced angiogenesis and therefore seems to be part of the tumor stroma in RCC. Bussolati et al. identified similar cells in normal kidney and suggested that they represent kidney-resident stem cells with epithelial and endothelial differentiation potential. We have established cell lines from primary and metastatic RCC and studied their tumorigenicity, self-renewal capacity, differentiation potential and immu-

nophenotype. These analyses identified distinct types of cell lines with features of stem cells which appear to be related to either tumor stem cells or tumor stroma (Rottke et al. unpublished data).

BLADDER - Preliminary unpublished data from a research group at the University of Stanford showed evidence for cancer stem cells in urothelial cell carcinomas. These cells could form a phenotypic copy of the original tumor when xenotransplanted in mice.

THERAPEUTIC CONSIDERATIONS - The established cancer therapies targeting unspecifically the whole tumor. The concept of cancer stem cells explains the primary or secondary failure of these therapies with relapse or dissemination of the disease. Already one cancer stem cell remaining after surgery could induce the relapse. Furthermore, cancer stem cells as stem cells due to their specific cell biology are resistant to radiation or chemotherapy. Cancer stem cells reside mostly in the G0 phase of the cell cycle, but most cancer therapies just attack (highly) proliferating cells. Cancer stem cells feature enhanced DNA- repair activity and express ABC transporters for the active transport of toxic substances and drugs out of the cell (Tab.2)

Future therapies needed to be discovered targeting specific cancer stem cells. The evaluation parameter must be the reduction or loss of the cancer stem cell population, not anymore the reduction of tumor mass. The efficiency of those target therapies will not be longer just the increase of the tumor specific survival but the total cure of cancer. ■

TABLE 2: Efflux of cytotoxic drugs through ABC transport proteins

GENE	PROTEIN	EFFLUX OF
ABCA2	ABCA2	Estramustine
ABCB1	PGP/MDR1	Colchicine, doxorubicin, etoposide, vinblastine, paclitaxel
ABCC1	MRP1	Doxorubicin, daunorubicin, vincristine, etoposide, camptothecine, colchicine, methotrexate
ABCC2	MRP2	Vinblastine, cisplatin, doxorubicin, methotrexate
ABCC3	MRP3	Methotrexate, etoposide
ABCC4	MRP4	Methotrexate, 6-mercaptopurines, 6-thioguanin and metabolites
ABCC5	MRP5	6-Mercaptopurines, 6-thioguanin and metabolites
ABCC6	MRP6	Etoposide
ABCC11	MRP8	5-Fluorouracil
ABCG2	MXR/BCRP	Mitoxantrone, topotecan, doxorubicin, daunorubicin, imatinib, methotrexate

Invasión Uretral y Prostática del Carcinoma Urotelial de Vejiga

Sergio Metrebian
CÓRDOBA, ARGENTINA

Es bien conocida la multifocalidad del carcinoma de células transicionales en el aparato urinario, aumentando el riesgo de incluir la uretra proximal en ambos sexos.

La cistectomía radical es el tratamiento de elección indicado para el carcinoma urotelial invasivo de vejiga, y en los últimos años la reconstrucción vesical ortotópica es el método de derivación urinaria frecuentemente seleccionado. En la mujer la preservación uretral y la substitución ortotópica de la vejiga se popularizó recientemente, postergado en su indicación por el aumento del riesgo en relación a recurrencia uretral y disfunción miccional.

La primera publicación relacionada con la invasión prostática por el carcinoma urotelial fue realizada en el año 1952 por Melicow y Holloway. Estos autores describieron la coexistencia del carcinoma transicional de la vejiga con el Cis de la próstata como enfermedad de Bowen. En el año 1953 Ortega y Colaboradores describieron un caso similar de carcinoma in situ prostático como la enfermedad de Paget de la uretra.

Desde estas descripciones iniciales numerosas publicaciones reportaron la inclusión prostática de la uretra por el carcinoma urotelial, lo que permitió un mejor conocimiento que permite analizar, estudiar y clasificar más claramente esta patología.

INCIDENCIA - La incidencia del carcinoma transicional primario de la próstata representa del 1 al 4% de las malignidades de la próstata.

La próstata es un sitio común de recaída en hombres con diagnóstico de cáncer no invasivo de vejiga, siendo su incidencia de aproximadamente del 39%.

Esrig y Colaboradores reportaron un 29.2% de incidencia de invasión de la uretra prostática en piezas de cistectomía radical.

Grabstald publicó hace más de 30 años, un 10% de hallazgo incidental de carcinoma prostático in situ en hombres con una historia de Cis recurrente de vejiga.

Mungan et al. evidenciaron una incidencia del 6.2% de invasión de la mucosa uretral por un carcinoma urotelial.

RIESGO DEL COMPROMISO DE LA MUCOSA DE LA URETRA PROSTÁTICA (UP) EN EL CARCINOMA UROTELIAL NO INVASIVO (TUMOR SUPERFICIAL DE VEJIGA)

Conocemos bien la multifocalidad del carcinoma urotelial en el aparato urinario, incluyendo la uretra prostática (mucosa, conductos y estroma).

El carcinoma transicional primario de la mucosa de la UP es raro, pero el desarrollo de del carcinoma en pacientes con carcinoma invasivo de la vejiga es bien conocido. Sin embargo la verdadera incidencia de este compromiso en pacientes con carcinomas uroteliales no invasivos de la vejiga no es rutinariamente evaluado desconociendo su verdadera frecuencia.

La recurrencia de los tumores no invasivos es alta dependiendo de algunos factores:

- Multiplicidad del tumor
- Indiferenciación del tumor
- Estadío local elevado (pT1 vs pTa)
- Cis
- Invasión linfovascular

Los pacientes con tumores pT1 de alto grado y la presencia de Cis constituyen una población de alto riesgo de recurrencia, progresión y mortalidad por carcinoma urotelial.

El compromiso de la mucosa prostática en pacientes con cáncer no invasivo es un evento raro y su exacta incidencia es desconocida.

Mungan y Colaboradores encontraron una incidencia del 6.2% y demostraron que el riesgo aumenta en pacientes con estadio y grado alto y principalmente con la presencia de tumores múltiples, siendo esta característica un factor predictor independiente.

La presencia de tumores múltiples aumenta el riesgo de compromiso de la mucosa UP 16 veces en relación al grado y al estadio.

Los principales factores, que según Mungan explicarían esta localización son:

- Multiplicidad tumoral
- Los carcinógenos
- Presencia de Cis + tumores de alto grado
- Neo implante de células neoplásicas durante la resección

En la serie de Mungan el 2.7% de los pacientes con invasión de la mucosa del UP tenían apariencia endoscópica normal y 1.2% pacientes tuvieron Cis, lo que sugiere la necesidad de biopsia de la uretra en pacientes con tumores múltiples. La apariencia endoscópica del Cis de la mucosa de la UP puede variar desde la normalidad hasta la presencia de áreas de eritema y edema, aunque las mismas pueden ser también representativas de lesiones inflamatorias y/o benignas. Los pacientes con Cis de la mucosa uretral tienen concomitantemente Cis de la vejiga.

El carcinoma transicional de la UP es un factor de riesgo de recurrencia uretral luego de la cistoprostatectomía y eventualmente está asociada con inclusión neoplásica del urotelio del aparato urinario superior.

CARCINOMA IN SITU E INVASION DE LA URETRA PROSTATICA:

Es por todos conocidos que la cistoprostatectomía es el gold estándar del tratamiento del carcinoma urotelial invasivo o recurrente.

La uretra prostática y los conductos están delimitados por el mismo urotelio, lo que explica que el carcinoma se puede originar en la próstata o avanzar desde el carcinoma vesical. La incidencia del carcinoma prima-

rio de la próstata, como fue expresado anteriormente, es una patología rara con una frecuencia del 1 al 4%, siendo más común el carcinoma uretra-prostático secundario a una localización primaria en la vejiga. Los factores de riesgo (concepto reiterado e importante) son el Cis, multifocalidad, o la localización en el trigono o cuello de la vejiga

Otro factor importante es la determinación de si la localización del carcinoma en la uretra prostática se origina por contigüidad o por invasión directa de la próstata de un carcinoma urotelial de la vejiga de estadío avanzado. (Es importante recordar

EXISTE UNA RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE EL CIS, LA INVASIÓN INTRADUCTAL Y ESTROMAL PROSTÁTICA (21 VECES MÁS RIESGO)

que la invasión neoplásica del estroma de la próstata se acompaña de un peor pronóstico).

Randy G. Nixon y Colaboradores, evaluaron 192 pacientes tratados con cistoprostatectomía radical y demostraron que 80 enfermos (31.1%) con Cis vesical en la pieza operatoria tuvieron invasión de la uretra prostática versus el 4.5% de los enfermos que no tenían Cis en la vejiga. El otro factor pronóstico de invasión uretroprostática es la multifocalidad de la enfermedad urotelial demostrando los autores que el riesgo que tienen los enfermos con carcinomas multifocales fue del 34.7% versus el 4.2% de los pacientes con carcinoma vesical único.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el Cis, la invasión intraductal y estromal prostática (21 veces más riesgo).

Este análisis multivariable le per-

mitió concluir a Nixon que el Cis o la multifocalidad aumentan de 12 a 15 veces más el riesgo de invasión de la uretra prostática.

MECANISMOS DE INVASION ESTROMAL EN PACIENTES CON CANCER DE VEJIGA:

Como lo expresé reiteradamente, la próstata es un sitio común de recaída del carcinoma vesical. El grado de penetración neoplásica impacta directamente en el tratamiento y la sobrevida. La invasión del estroma indica un pronóstico muy desfavorable en relación a la enfermedad no invasiva, a 15 años la diferencia en la sobrevida global es significativa (82% sin invasión estromal vs 48% con invasión estromal).

La recaída tumoral localizada en la uretra y/o en los conductos puede ser tratada conservadoramente con resección y BCG, mientras que la invasión estromal debe ser tratada con cistoprostatectomía radical.

También es importante destacar que la indicación temprana de la

pronóstico de la enfermedad varía según el mecanismo de la invasión prostática se produzca por:

1. Invasión directa intrauretral a través de los conductos prostáticos periuretrales y acinos en el estroma prostático.

2. Extensión directa al estroma en pacientes con carcinoma vesical localmente avanzado (pT3b o mayor).

3. Pagano propuso una terminología para diferenciar el mecanismo de invasión prostática: contigua y no contigua.

Que pacientes con carcinoma vesical deben recomendarse por su riesgo para biopsia uretral?

- Anormalidades macroscópicas de la uretra
- Carcinoma in situ del cuello y trigono
- Multifocalidad del carcinoma urotelial

Como se evalúa el compromiso de la uretra prostática? El método corrientemente aceptado fue el descrito por Word y Colaboradores en el año 1989, quienes recomendaron realizar

la resección transuretral en la zona lateral del verumontanum, la que tiene un 90% de exactitud en demostrar la presencia o ausencia de la invasión prostática por el tumor urotelial.

Reuter y Donat, evaluaron 246 pa-

cientes con la técnica descripta y detectaron que el 81% de los pacientes tenían localización prostática del cáncer con una sensibilidad del 53%, una especificidad del 77% y un valor predictivo positivo del 45% y valor predictivo negativo del 82%. Los autores demostraron un 24% de incidencia de recaída prostática a 10 años en pacientes con carcinoma vesical de alto riesgo tratados con resección transuretral y BCG, de estos pacien-

tes, aproximadamente el 38% tuvo una progresión silente, de lo que surge la recomendación que indica que la metodología de biopsia de la uretra prostática es inadecuada para detectar invasión estromal y sugieren una revisión de la metodología diagnóstica.

La sección longitudinal del cuello de la vejiga y de la próstata en las piezas de cistectomía sugiere que los tumores de la vejiga pueden invadir directamente el estroma prostático sin evidencia histológica de avance extravesical o extensión directa a través de la uretra. Cualquier evidencia de invasión tumoral del cuello vesical, trigono o uretra prostática admite la posibilidad de invasión silenciosa del estroma prostático y posibilita la indicación de prostatectomía radical.

CARCINOMA TRANSICIONAL CON INVASION PROSTATICA: ESTADIFICACION, PRONOSTICO Y MANEJO TERAPEUTICO

El significado pronóstico de la invasión prostática del carcinoma transicional y su manejo, no tienen parámetros claros y necesita optimización de los criterios para un manejo adecuado de los enfermos.

El sistema de estadificación de Jewett y Strong y la modificación de Marshall clasificaban cualquier invasión de la próstata como estadio D1. La clasificación TNM describe esta lesión como P4aN0M0.

Ninguna de estas 2 clasificaciones distingue entre la invasión estromal secundaria a invasión de la membrana basal de la uretra prostática y ductal, de la invasión estromal desde un tumor vesical de alto estadio local. El trabajo de David Esrig y Colaboradores demuestra claramente la diferencia entre los tumores vesicales P1 con invasión estromal que se originan desde la uretra prostática, con elevada sobrevida en comparación al pronóstico de los pacientes con tumores P4.

LA INDICACIÓN TEMPRANA DE LA CISTOPROSTATECTOMÍA EN PACIENTES CON MÍNIMA INVASIÓN ESTROMAL Y ENFERMEDAD VESICAL ÓRGANO CONFINADA PUEDE TENER MEJOR SOBREVIDA

cistoprostatectomía en pacientes con mínima invasión estromal y enfermedad vesical órgano confinada puede tener mejor sobrevida.

Herr, Donat y Esrig demostraron mejor sobrevida cuando la vía de la invasión estromal es canalicular en relación a la población de enfermos con invasión extrauretral de enfermos con estadio de la enfermedad extravesical.

De lo expresado se deduce que el

Es importante distinguir y separar estas 2 entidades.

La mayoría de los tumores vesicales Pt1 tienen invasión estromal focal comparados con la invasión prostática difusa y extensa de los tumores Pt4, estableciendo una diferenciación biológica y pronóstica distinta. Contrastando con estas definiciones el carcinoma transicional de vejiga estadio Pt3b con invasión estromal que se origina intra uretralmente tiene el mismo mal pronóstico que los cánceres Pt4a. La sobrevida global libre de recurrencias a 5 años de pacientes con carcinoma urotelial e invasión prostática es del 25%, (Pt4a 21% vs Pt1 55%).

El manejo terapéutico sugerido tiene en cuenta el estadio y el tratamiento de la vejiga, sugiriendo que los estadios no invasivos vesicales con cáncer en la uretra y/o en los conductos prostáticos pueden ser tratados con resección transuretral de la vejiga y la uretra y BCG complementaria.

Los pacientes con tumores vesicales invasivos o no invasivos con infiltración estromal de la próstata pueden ser tratados exitosamente con cistoprostatectomía.

EL RIESGO DE TUMORES URETRALES EN MUJERES CON CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA

La revisión de la Literatura en relación a la localización sincrónica o secundaria en la uretra de carcinomas uroteliales de la vejiga en mujeres es escasa. El aumento del interés en realizar un reemplazo ortotópico de la vejiga en pacientes del sexo femenino sometidos a cistectomía radical, con la siguiente ganancia en su calidad de vida, destaca el interés en evaluar la seguridad oncológica de la conserva-

ción uretral.

Ashworth y colaboradores encontraron una incidencia de tumores uretrales en el 1.4% de pacientes con carcinoma vesical. Stenzel y Colaboradores demostraron un 2% de tumores invasivos de la uretra. La mayoría de los tumores fueron carcinomas transicionales, el área de riesgo en la uretra femenina es pequeño y disminuye a medida que aumenta la edad de las pacientes ya que el área de delimitación entre la mucosa escamosa y transicional se mueve cranialmente durante la menopausia (entre la sexta y séptima década

de la vida la metaplasia de la mucosa escamosa cubre la uretra entera, el cuello de la vejiga y el trigono). Existe una correlación significativa entre la localización del tumor en el cuello de la vejiga y su invasión uretral y en menor grado con la multifocalidad del tumor.

Es por ello que es importante el estudio endoscópico con biopsias de la uretra y el cuello de la vejiga descartando cualquier atipia que signifique un riesgo oncológico por preservación de un segmento de la uretra utilizado para la reconstrucción ortotópica.

CONCLUSIONES

De lo revisado anteriormente destacamos la importancia de una prolija selección de los antecedentes del paciente, los datos aportados por el diagnóstico endoscópico, las precisiones de la histopatología y el estadio del tumor para la indicación oportuna del tratamiento adecuado del carcinoma vesical teniendo en cuenta los 2 factores más significativos:

1. Sobrevida prolongada sin enfermedad y recurrencia.
2. Adecuada calidad de vida. ■

ES IMPORTANTE EL ESTUDIO ENDOSCÓPICO CON BIOPSIAS DE LA URETRA Y EL CUELLO DE LA VEJIGA

Urethral and Prostatic Invasion of the Bladder Urothelial Carcinoma

Sergio Metrebian
CORDOBA, ARGENTINA

The multiple focus of the transitional cell carcinoma in the urinary system is well known, increasing the risk of including the proximal urethra in both sexes.

Radical cystectomy is the treatment of choice indicated for the bladder invasive urothelial carcinoma, and in the last years the vesical orthotopic reconstruction is the frequently selected urinary diversion. In the woman urethral preservation and orthotopic replacement of the bladder has recently become popular, postponed in its indication by the risk in relation to urethral recurrence and urinary dysfunction.

The first publication related to prostatic invasion by the urothelial carcinoma was performed in 1952 by Melicow and Hollowell. These authors described the coexistence of the bladder transitional carcinoma with the prostate Cis as Bowen's Disease. In 1953 Ortega and Collaborators described a similar case of carcinoma on the prostatic site as the urethra Paget's disease.

From these initial descriptions numerous publications have reported the urethra prostatic invasion by the urothelial carcinoma, which has enabled better knowledge that allows analyzing, studying and classifying this pathology more clearly.

INCIDENCE - The incidence of the prostate primary transitional carcinoma represents from 1 to 4% of the prostate malignancies.

The prostate is a common regres-

sion location in men with non-invasive bladder cancer, its incidence being approximately 39%.

Esrig and Collaborators reported 29.2% incidence of prostatic urethra invasion in radical cystectomy pieces.

Grabstald published over 30 years ago, 10% prostatic incidental carcinoma finding on site in men with a history of recurrent bladder Cis.

Mungan et al. evidenced an incidence of 6.2% invasion of the urethral mucosa by urothelial carcinoma.

RISK OF DISEASE IN THE MUCOSA OF THE PROSTATIC URETHRA (PU) IN NON-INVASIVE UROTHELIAL BLADDER CANCER

We know well the multiple focus of the urothelial carcinoma in the urinary tract, including the prostatic urethra (mucosa, ducts and stroma).

The primary transitional cell carcinoma of the PU is rare, but development of the carcinoma in patients with invasive carcinoma of the bladder is well known. All the same, the true presence of disease in patients with bladder non-invasive urothelial carcinomas is not routinely assessed, ignoring its true frequency.

The recurrence of non-invasive tumors is highly correlated to some factors:

- Multiplicity of the tumor
- Non-differentiation of the tumor
- High local stage (pT1 vs pTa)
- Cis
- Lymphovascular invasion

Patients with high-grade pT1 tu-

mors and the presence of Cis constitute a high-recurrence risk population, progression and mortality by urothelial carcinoma.

The involvement of the prostatic mucosa in patients with non-invasive cancer is a rare event and its exact incidence is unknown.

Mungan and Collaborators found a 6.2% incidence and demonstrated that the risk increases in patients with stage and high grade and mainly with the presence of multiple tumors, this characteristic being an independent predict factor.

The presence of multiple tumors increases the risk of disease in the PU mucosa 16 times in relation to the grade and stage.

The main factors, which according to Mungan would explain this location, are:

- Tumor multiplicity
- Carcinogens
- Presence of Cis + high-grade tumors
- Neo implants of neoplastic cells during resection

In Mungan's series 2.7% of the patients with PU mucosa invasion had a normal endoscopic examination and 1.2% of the patients had Cys, which suggests the need for a biopsy of the urethra in patients with multiple tumors. The Cis endoscopic appearance in the PU may range from normality to the presence of erythema and edema areas, even though they also may be representative of inflammatory and/or benign lesions. Patients

with urethral Cis concomitantly have Cis in the bladder.

Transitional cancer in the PU is a risk factor for urethral recurrence after cystoprostatectomy and is eventually related with presence of urothelial cancer of the upper urinary tract.

IN SITU CARCINOMA AND PROSTATIC URETHRA INVASION

It is known by all that cystoprostatectomy is the gold standard treatment of invasive or recurrent urothelial carcinoma.

The prostatic urethra and ducts are marked off by the same urothelium, which explains that the carcinoma may originate in the prostate or come from the bladder. The incidence of the primary prostatic urothelial carcinoma, as previously presented, is rare: frequency ranges 1 to 4%, the secondary prostatic urethra carcinoma is more common (primary location in the bladder). The risk factors (important concept) are the Cis, multiple focus or the location in the bladder trigone or neck.

Another important factor is the determination whether the location of the carcinoma in the prostatic urethra is originated by closeness or by direct invasion of the prostate of an advanced stage bladder tumor. (It is important to remind that the neoplastic invasion of the prostate stroma is related to one worse prognosis).

Randy G. Nixon y cols. evaluated 192 patients treated by radical cystoprostatectomy and demonstrated that 80 patients (31.1%) with bladder Cis in the specimen had invasion of the prostatic urethra versus 4.5% of the patients who did not have Cis in the bladder. The other prognostic factor of the urethro-prostatic invasion was the multiplicity of the urothelial

disease, the authors demonstrated that the risk of patients with multiple carcinomas was 34.7% versus 4.2% for those with single vesical carcinomas.

There is a statistically significant relationship between the Cis, intraductal and prostatic stroma invasion (21 times more risk).

This multivariate analysis allowed Nixon to conclude that the Cis or multiplicity increase from 12 to 15 times more the risk of prostatic urethra invasion.

STROMAL INVASION MECHANISMS IN PATIENTS WITH BLADDER CANCER

As repeatedly mentioned, the prostate is a common site of vesical carcinoma recurrence. The depth of neo-

THERE IS A STATISTICALLY SIGNIFICANT RELATIONSHIP BETWEEN THE Cis, INTRADUCTAL AND PROSTATIC STROMA INVASION (21 TIMES MORE RISK)

plastic penetration directly impacts on the treatment and survival rates. The stroma invasion indicates a very unfavorable prognosis in relation to the non-invasive disease, at 15 years overall survival difference is significant (82% without stromal invasion vs 48% with stromal invasion).

The tumor relapse located in the urethra and/or in the ducts may be conservatively treated with excision and BCG, whereas stromal invasion must be treated by radical cystoprostatectomy.

It is also important to emphasize that early indication of cystoprostatectomy in patients with minimal stroma invasion and organ confined vesical disease may have better survival rates.

Herr, Donat and Esrig demonstrated better survival when the stromal invasion way is canalicular (compared to patients with extraurethral invasion, extravesical disease).

We may conclude that the disease prognosis varies according to the prostatic invasion mechanism, which is produced by:

1-Direct intraurethral invasion through the periurethral prostatic ducts and acinus in the prostatic stroma.

2-Direct extension to the stroma in patients with locally advanced vesical carcinoma ($\geq$ pT3b).

3-Pagano proposed a terminology to differentiate the prostatic invasion mechanism: contiguous and non-contiguous.

Which patients with bladder cancer must undergo urethral biopsy due to their risk assesment?

- Macroscopic abnormalities of the urethra
- in situ carcinoma of the neck and trigone
- Multiple focus of urothelial carcinoma

How to assess the prostatic urethra involvement? The currently accepted method was described by Word and cols. in 1989, who recommended performing the transurethral resection lateral to the verumontanum (both sides), which has a 90% accuracy to demonstrate the presence or absence of the prostatic invasion by the urothelial tumor.

Reuter and Donat evaluated 246 patients with the described technique and detected 81% patients with prostatic location of the cancer with a 53% sensitivity, 77% specificity, 45% positive predictive value and 82% negative predictive value. The authors demonstrated a rate of 24% of prostatic recurrence at 10 years in patients with high-risk bladder carcinoma treated with transurethral resection and BCG, out of these patients, approximately 38% had a silent progression. From these observations arrived the conclusion that this method (biopsy

THE ENDOSCOPIC BIOPSIES OF THE URETHRA AND BLADDER NECK ARE IMPORTANT

of the prostatic mucosa) is inadequate to detect a stromal invasion and suggested its revision.

The longitudinal section of the bladder neck and the prostate in cystectomy specimens suggests that bladder tumors may directly invade the prostatic stroma without histological evidence of extravesical advance or direct extension through the urethra. Any evidence of tumor invasion of the vesical neck, trigone or prostatic urethra admits the possibility of silent invasion of the prostatic stroma and enables the indication of radical prostatectomy.

TRANSITIONAL CARCINOMA WITH PROSTATIC INVASION: PROGNOSIS AND MANAGEMENT

The prognostic meaning of the transitional carcinoma prostatic invasion and its treatment have no clear parameters and needs optimization

EARLY INDICATION OF CYSTOPROSTATECTOMY IN PATIENTS WITH MINIMAL STROMAL INVASION AND ORGAN CONFINED BLADDER DISEASE MAY HAVE BETTER SURVIVAL RATES

of criteria for a proper therapeutic decision.

Jewett and Strong's staging system and Marshall's modification classified any invasion of the prostate as D1 stage. TNM classification describes this lesion as pT4aN0M0.

Neither of these 2 classifications distinguishes between secondary stromal invasion of the prostatic urethra and duct urethra basal membrane, of the stromal invasion from a high-stage bladder tumor. David Esrig and cols. clearly demonstrates

the difference between pT1 vesical tumors with stromal invasion that originate from the prostatic urethra with high survival in comparison to the prognosis of patients with pT4 tumors.

It is important to distinguish and separate these 2 entities.

Most pT1 bladder tumors have a focal stroma invasion compared to diffuse and extensive prostatic invasion of pT4 tumors, establishing a distinct biological and prognostic differentiation. Contrasting with these definitions the pT3b stage bladder transitional carcinoma that originates intra-urethrally has the same poor prognosis as pT4a cancers. The 5-year overall recurrence free survival rate for patients with urothelial and prostatic invasion is 25%, (pT4a 21% vs pT1 55%).

Therapeutic options take into account the bladder stage and treatment, suggesting that bladder non-invasive stages with cancer in the urethra and/or in prostatic ducts may be treated with transurethral resection of the bladder and urethral tumors and followed by intravesical BCG.

Patients with invasive or non-invasive bladder tumors with stromal infiltration of the prostate may be successfully treated with cystoprostatectomy.

THE RISK OF URETHRAL TUMORS IN WOMEN WITH BLADDER UROTHELIAL CANCER

The publications about synchronous or secondary urethral involvement of bladder urothelial carcinomas in women are rare. Increased

interest in performing an orthotopic replacement of the bladder in female gender patients submitted to radical cystectomy, with the following gain in their quality of life, highlights the interest in evaluating the oncological safety of urethral conservation.

Ashworth and cols. found an incidence of urethral tumors in 1.4% of patients with bladder carcinoma. Stenzl and cols. demonstrated 2% of invasive tumors of the urethra. Most tumors were transitional carcinomas, the area of risk in the female urethra is small and diminishes as patients' age increases since the area of delimitation between the scamous and transitional mucosa cranially moves during the menopause (between the sixth and seventh decade of life the metaplasia of the scamous mucosa covers the entire urethra, the bladder neck and the trigone). There is a significant correlation between the location of the tumor in the bladder neck and its urethral invasion and to a lesser degree with the tumor multiplicity.

This is why the endoscopic biopsies of the urethra and bladder neck are important, excluding any atypia that means an oncological additional risk when one segment of the urethra is preserved (orthotopic reconstruction).

CONCLUSIONS

From this review we highlight the importance of considering the patients' medical records, the endoscopic findings, the histopathology and the stage of the tumor in order to timely indicate the appropriate treatment of the bladder carcinoma by taking into account the 2 most relevant factors:

- 1- Extended survival without disease or recurrence,
- 2- High quality of life.

Terapia física pélvica en hombres que sufren de incontinencia urinaria después de prostatectomía radical

Bary Berghmans

La terapia física pélvica se centra en la prevención y el tratamiento de todas las clases de desórdenes funcionales de la región abdominal, pélvica y parte baja de la espalda, como la incontinencia urinaria, que es considerada como un problema de salud altamente frecuente en mujeres, hombres, niños y ancianos.

La terapia física a menudo es considerada como tratamiento de primera opción, debido a su carácter no invasivo, los resultados en términos de alivio de síntomas, la posibilidad de combinar la terapia física con otros tratamientos, el bajo riesgo de efectos secundarios y los gastos moderados a bajos. Restricciones importantes para el éxito podrían ser la motivación y la perseverancia del paciente y del terapeuta y el tiempo necesario para la terapia física.

El campo de trabajo del fisioterapeuta pélvico para pacientes hombres contiene intervenciones como diagnóstico fisioterapéutico, educación e información, tratamiento behaviorístico, entrenamiento de músculos del suelo pélvicos (PFM), entrenamiento de la vejiga (BIT), estímulo eléctrico, estímulo magnético, EMG o biofeedback de presión, etc.

La prostatectomía radical en hombres, como una consecuencia del cáncer de próstata, es la causa más importante o el factor etiológico de la incontinencia urinaria.

Próxima de la impotencia sexual, la incontinencia urinaria es también una de las consecuencias más frecuentes de la prostatectomía radical, más frecuentemente la incontinencia urinaria por estrés. En aquellos hombres que se someten a la cirugía de próstata, este tipo de problemas de salud tienen una influencia a menudo devastadora en su calidad de vida. Ellos se sienten abochornados, avergonzados, aislados, deprimidos. En muchas ocasiones, por anticipado, ellos no tuvieron ni idea sobre el hecho de que ellos podrían quedarse impotentes o incontinentes después de la prostatectomía radical debido al cáncer de próstata. La mayoría de estos hombres están, por lo tanto, inconformados y decepcionados con los resultados finales de su

procedimiento.

En hombres el problema de salud de la incontinencia urinaria por estrés es principalmente debido a deficiencia intrínseca del esfínter uretral debido al procedimiento quirúrgico necesario y su naturaleza y severidad dependen de cuán radicalmente tuvieron que ser removidos la próstata y los tejidos circundantes.

En caso de deficiencia intrínseca del esfínter, el objetivo de la terapia física será compensar la pérdida de la presión intrínseca de cierre uretral y, de esta manera, mejorar la pérdida involuntaria de orina. La terapia física no podría tener demasiada influencia en el mecanismo intrínseco de cierre uretral. Como el músculo del rabdoesfínter contiene fibras musculares estriadas, tal vez esto tenga alguna influencia en este músculo de esfínter. Sin embargo, esta hipótesis todavía es especulativa y tiene que ser probada en estudios con alta calidad metodológica. Según estas premisas, la estrategia terapéutica física mejorará, sobre todo, el mecanismo de cierre extrínseco de la uretra mediante el aumento de la fuerza, coordinación, resistencia y exhaustibilidad de los músculos peri- y parauretrales y del suelo pélvico. Para esto, la modalidad de tratamiento más importante es el entrenamiento de los PFM.

A causa de obstrucción uretral preexistente y/o problemas de micción previgentes, algunos pacientes sufren de síntomas de sobreactividad de la vejiga con urgencia, frecuencia e incontinencia urinaria de urgencia como los factores más prominentes. Parece que: cuanto más alta la edad de esta clase de pacientes, más sobreactividad de la vejiga probablemente será encontrada.

Para la sobreactividad de la vejiga la terapia física pretende reducir o eliminar contracciones involuntarias del detrusor por inhibición refleja. Aquí, la terapia eléctrica parece ser una intervención eficaz.

En la incontinencia urinaria variada el diagnóstico fisioterapéutico y el proceso terapéutico se concentran en los factores predominantes.

Hasta hace una década, en apenas algunos estudios no controlados, el efecto

de la terapia física en hombres con incontinencia como una consecuencia de la prostatectomía radical, fue investigada.

Más recientemente, en ensayos clínicos aleatorizados bien diseñados (RCTs) varios autores mostraron que un programa adecuado de reeducación de suelo pélvico después de la prostatectomía radical disminuye la duración y el grado de la incontinencia y mejora la calidad de vida.

El programa fisioterapéutico más prometedor consistió en una sesión semanal o cada dos semanas de tratamiento individual, incluyendo educación e información, entrenamiento de los PFM con y sin biofeedback y entrenamiento de la vejiga en caso de urgencia aparente.

Si necesario, un estímulo eléctrico era aplicado para mejorar la propiocepción del suelo pélvico y crear contracciones de los PFM. El tratamiento fue seguido mientras fue necesario para restaurar la continencia.

En muchos casos de incontinencia en hombres, la terapia física es una opción de tratamiento eficaz. Por lo tanto, hoy en día el fisioterapeuta pélvico debe tener su lugar en el enfoque multidisciplinario de pacientes hombres que sufren de prostatectomía radical postvigente. El urólogo y los cirujanos deben estar conscientes de las ventajas, limitaciones y potencial de este tratamiento no quirúrgico. En este caso ellos pueden mejorar la información de sus pacientes sobre los riesgos y las desventajas de su procedimiento quirúrgico y consecuente tratamiento multidisciplinario posquirúrgico.

Es obvio que la sociedad de Uro-oncología apoya el enfoque multidisciplinario del cáncer de próstata y sus consecuencias.

Como fisioterapeuta pélvico y epidemiólogo clínico me siento profundamente honrado de ser un portavoz invitado de este emocionante congreso. Me gustaría expresar mi gratitud de haber tenido la oportunidad de ser un miembro del comité científico y felicito a la organización de Uro-oncología con su brillante foco multidisciplinario y su contribución en este campo médico tan importante y desafiante. ■

Pelvic physical therapy in men suffering from urinary incontinence after radical prostatectomy

Bary Berghmans

Pelvic physical therapy focuses on the prevention and the treatment of all kinds of functional disorders of the abdominal, pelvic and low back region, like urinary incontinence, that is considered as a high prevalent health problem in women, men, children and the elderly.

Physical therapy is often considered as the first-choice treatment, due to its non-invasive character, the results in terms of symptom relief, the possibility of combining physical therapy with other treatments, the low risk of side effects and the moderate to low costs. Important restrictions for success might be motivation and perseverance of patient and therapist and the time needed for physical therapy.

The working field of the pelvic physical therapist for male patients contains interventions such as physiotherapeutic diagnostics, education and information, behavioural treatment, pelvic floor muscle (PFM) training, bladder training (BIT), electrical stimulation, magnetic stimulation, EMG or pressure biofeedback, etc.

In men radical prostatectomy, as a consequence of prostate cancer, is the most important cause or etiological factor of urinary incontinence.

Next to sexual impotency, urinary incontinence is also one of the most prevalent consequences of radical prostatectomy, most often stress urinary incontinence. In those men undergoing prostate surgery these kind of health problems have often devastating influence on their quality of life. They feel embarrassed, ashamed, isolated, depressed. In many occasions on forehand they had no idea about the fact that they might be impotent or incontinent after radical prostatectomy because of prostate cancer. Most of them are therefore dissatisfied and disappointed with the final results of their procedure.

In males the health problem of stress urinary incontinence is mainly due to intrinsic urethral sphincter deficiency because of the necessary surgical procedure and its nature and severity depend on how radical the prostate and sur-

rounding tissues had to be removed.

In case of intrinsic sphincter deficiency, the aim of physical therapy will be to compensate the loss of intrinsic urethral closing pressure and hereby to improve the involuntary loss of urine. Physical therapy might not have too much influence on the intrinsic urethral closing mechanism. Because the rhabdosphincter muscle contains striated muscle fibres, maybe it has some influence on this sphincter muscle. However, this hypothesis still is speculative and needs to be tested in studies with high methodological quality. According to these premises, the physical therapeutic strategy will be to improve especially the extrinsic closing mechanism of the urethra by increase of strength, co-ordination, endurance and exhaustibility of the peri- and para-urethral and pelvic floor muscles. For this, the most important treatment modality is PFM training.

Because of pre-existing urethral obstruction and/or pre-operative micturition problems, some patients suffer from symptoms of bladder overactivity with urgency, frequency and urgency urinary incontinence as the most prominent factors. It looks like: The higher the age of this kind of patients the more bladder overactivity is likely to be found.

For bladder overactivity physical therapy aims to reduce or eliminate involuntary detrusor contractions through reflex inhibition. Here, electrical therapy appears to be an effective intervention.

In mixed urinary incontinence the physiotherapeutic diagnostic & therapeutic process focuses on the predominant factors.

Up to one decade ago, in only a few non-controlled studies the effect of physical therapy in men with incontinence as a consequence of radical prostatectomy was investigated.

More recently, in well-designed randomized clinical trials (RCTs) several authors showed that an adequate program of pelvic floor re-education after radical prostatectomy decreases the duration and the extent of incontinence and improves the quality of life.

The most promising physiotherapeutic program consisted of a weekly or two-weekly session of individual treatment, including education and information, PFM training with and without biofeedback and bladder training in case of apparent urgency.

If necessary, electrical stimulation was applied to improve the proprioception of the pelvic floor and to create PFM contractions. Treatment was continued as long as necessary to restore continence.

In many cases of male incontinence, physical therapy is an effective treatment option. Therefore, nowadays the pelvic physical therapist should have his place in the multidisciplinary approach of male patients suffering from post-operative radical prostatectomy. Urologist and surgeons should be aware of the benefits, limitations and potentials of this non-surgical treatment. In that case they can improve the information of their patients of the risks and disadvantages of their surgical procedure and consequent post-surgical multidisciplinary treatment.

It is obvious that the society of Uro-Oncology supports the multidisciplinary approach of prostate cancer and its consequences.

As a pelvic physical therapist and clinical epidemiologist I feel deeply honored to be an invited speaker of this exciting congress. I would like to express my gratitude to had the opportunity to be a member of the scientific committee and congratulate the organization of Uro-Oncology with their bright multidisciplinary focus and contribution in this important and challenging medical field. ■



Bary Berghmans

Centro de Cuidados Pélvicos de Maastricht
Hospital Universitario de Maastricht
Maastricht, Países Bajos

Pelvic Care Center Maastricht
University Hospital Maastricht
Maastricht, The Netherlands

Cáncer de Riñón Avanzado

Marc-Oliver Grimm y Manfred Wirth

En el tratamiento oncológico clínico de tumores urogenitales ocurrieran modificaciones importantes, principalmente para el cáncer renal. Estas incluyen la liberación del uso de inhibidores de la tirosina quinasa del tipo sustancia inhibidora de la angiogénesis así como del inhibidor de mTOR, el Temsirolimus. En ASCO de este año se presentaron los resultados del estudio EORTC 30012 que compara una inmunoterapia con Interferon- α versus la combinación de Interferon- α , Interleucina-2 y 5-Fluoro-Uracil. En resumen se ha demostrado, en verdad, un número significativamente mayor de remisiones objetivas en el grupo de la terapia tripla combinada (34 versus 60%; $p=0,004$); los importantes "endpoints" sobrevida libre de progresión y sobrevida global no presentaron, sin embargo, diferencias entre ambos grupos. Además de eso, debido al hecho de que hubo, en el brazo de la terapia combinada, definitivamente más toxicidad severa (grado 3/4), esta forma de tratamiento no debería más ser empleada.

Para el tratamiento del cáncer de riñón están liberados los inhibidores de la tirosina quinasa del tipo sustancia inhibidora de la angiogénesis Suniti-

nib (Sutent®), Sorafenib (Nexavar®), el anticuerpo contra VEGF = Bevacizumab (Avastin®) en combinación con Interferon- α , así como el inhibidor de mTOR, el Temsirolimus (Torisel®). Debido a los innumerables estudios fase 3 fue propuesto por Motzer, en ASCO del 2008, un esquema para el tratamiento medicamentoso del carcinoma renal metastático (ver tabla 1). La base está en los criterios de riesgo de MSKCC, los cuales se presentan en la tabla 2. De acuerdo con estas directrices, los pacientes no tratados hasta el presente y con bajo o medio riesgo (criterios MSKCC) debían recibir Sunitinib o la combinación de Bevacizumab e Interferon- α . Para pacientes con riesgo de progresión elevado debe considerarse la terapia primaria con Temsirolimus. Como terapia de segunda línea después de tratamiento con citoquina, la efectividad de Sorafenib está comprobada a través de estudios fase 3. En el ASCO de este año también se presentaron datos sobre Everolimus como terapia de segunda línea después de tratamiento previo con inhibidores de la tirosina quinasa. Aquí, se ha demostrado un aumento de la media de sobrevida libre de progresión de 1,9 meses, bajo placebo, para 4 meses con Everolimus ($p <$

0,001). Hasta el presente momento se encuentra indefinido si Everolimus, a partir de estos datos, puede ser liberado para empleo clínico habitual.

Con el aumento del empleo de la "terapia blanco con moléculas pequeñas" se presenta la pregunta si la nefrectomía citorreductora puede ser benéfica, por ejemplo, en ocasión que se realiza antes de una inmunoterapia.

Para esta cuestión todavía no existen estudios prospectivos, así que hasta el presente no está claro cuál sería el papel de la nefrectomía citorreductora para la terapia blanco del carcinoma renal metastático. En la evaluación clínica (estudios) de los inhibidores de la tirosina quinasa, de los bloqueadores de receptores de VEGF e inhibidores de mTOR, la mayoría de los pacientes fue sometida a la nefrectomía antes que la terapia se iniciase. Análisis exploradoras de subgrupos, de los pacientes sometidos a terapias con las sustancias antes mencionadas, demuestran cierta ventaja con relación a la sobrevida global para el grupo de pacientes con nefrectomía citorreductora plus terapia blanco si comparado con grupo de pacientes cuyo tumor primario no se había retirado. Estas observaciones hablan en favor de que la nefrectomía citorreductora también tiene su valor mismo en la era de las terapias blanco.

Hasta que punto las nuevas terapias sistémicas pueden traer beneficios, si ellas fueren empleadas antes de la nefrectomía citorreductora, y si ellas pueden facilitar la remoción del tumor primario, todavía necesita ser esclarecido. Un concepto neoadyuvante definiría con seguridad si la terapia sistémica inmediata (no retardada) puede ser adecuada. Las experiencias actuales comprueban que a través de una terapia sistémica precoz parece haber una reducción en el riesgo, especialmente en la remoción de tumores localmente avanzados y que el tratamiento quirúrgico, debido a eso, no es influenciado de modo negativo. ■

Tabla 1: Terapia estándar del carcinoma de células renales (RCC) después de estudios fase 3 (según Motzer, ASCO 2008)

	SETTING	ESTUDIOS FASE 3
No tratado	Riesgo bajo o Intermediario*	Sunitinib
		Bevacizumab e Interferon- α
	Riesgo alto*	Temsirolimus Sunitinib
Tratamiento previo	Terapia con citoquina	Sorafenib
	Anti-VEGFr TKI	Everolimus
	Temsirolimus	?

* segundo los criterios MSKCC

Tabla 2: Clasificación de los factores de riesgo del Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)

Factores de riesgo:

Elevación de LDH: $>1,5$ x valor superior normal

Ca-sérico elevado (corregido): >10 mg/dl

Hemoglobina: $<$ valor normal

Índice de Karnofsky: $< 80\%$

Ninguna nefrectomía radical*

Grupos de riesgo:

Bajo: 0 Punto

Medio: 1-2 Puntos

Alto riesgo: 3-5 Puntos

* Modificación posterior: Tiempo desde el primer diagnóstico > 1 año (Motzer 2002)

Advanced Stage Kidney Cancer

Marc-Oliver Grimm y Manfred Wirth



DR. MANFRED WIRTH

Chairman - Departamento de Urología
Universidad de Dresden, Alemania

Chairman - Department of Urology
University of Dresden, Germany

The oncological clinical approach on the treatment of urogenital tumors has gone through important modifications, specially for kidney cancer. These include the approval of tyrosine-kinase inhibitors such as angiogenesis inhibitor substance, as well as mTOR inhibitor, Temsirolimus. This year's ASCO presented the results of EORTC 30012 survey, which compares an Interferon- α immunotherapy versus a combination of Interferon- α , Interleucin-2 and 5-Fluorouracyl. In the overall it has demonstrated, actually, a significantly higher number of objective remissions in the combined triple therapy group (34 versus 60%; $p = 0.004$); the endpoints: global survival and survival without progression did not show, however, difference between both groups. Moreover, due to the fact that was, at the combined therapy arm, definitely more severe toxicity (3/4 degree), this treatment modality should not be employed anymore.

For renal cell carcinoma treatment, the tyrosine-kinase inhibitors of the type angiogenesis inhibitor substance Sunitinib (Sutent®), Sorafenib (Nexavar®), the antibody against VEGF = Bevacizumab (Avasatin®) combined with Interferon- α , and also the mTOR inhibitor, Temsirolimus (Torisel®) were approved. Due to many phase 3 studies, Motzer suggested, at 2008 ASCO, a protocol for medical treatment of the metastatic renal carcinoma (see table 1). It is based on MSKCC risk criteria, presented on table 2. According to these guidelines, patients with no previous treatment and low or intermediate risk (MSKCC criteria) should receive Sunitinib or a combination of Bevacizumab and Interferon- α . For patients with high risk of progression, the primary therapy with Temsirolimus must be considered. As a second-line therapy after cytokine treatment, the effectiveness of Sorafenib is demonstrated by phase 3 studies. At this

year's ASCO there was also presented data about Everolimus as a second-line therapy after previous treatment with tyrosine-kinase inhibitors. Here they demonstrated one increase on survival without progression of 1,9 months, under placebo, to 4 months with Everolimus ($p < 0,001$). Up to the present moment, it remains to be defined if Everolimus, based on these data, can be approved.

With the increasing use of "target therapy with small molecules", one question arises: Can citoreducing nephrectomy be beneficial p.ex. when it is performed prior to an immunotherapy?

There are no prospective studies for this question, so up to the present moment, the role of citoreducing nephrectomy for metastatic renal carcinoma for target therapy remains unclear. The clinical evaluation (studies) of tyrosine-kinase inhibitors, VEGF-receptor blockers and mTOR inhibitors show that most patients underwent nephrectomy before therapy was started. Exploring analyses of subgroups shows that patients treated with the substances mentioned above demonstrated a certain advantage with regards to overall survival for the group of patients with citoreduc-

ing nephrectomy plus target therapy if compared with a group of patients whose primary tumor was not removed. These observations may show that citoreducing nephrectomy also has its value even at the target therapy era.

It remains unclear up to which level new systemic therapies can be beneficial, if they are employed prior to citoreducing nephrectomy, and if they can facilitate primary tumor removal. A neoadjuvant concept would certainly define if immediate (non delayed) systemic therapy can be useful. Current trials demonstrate that an early systemic therapy seem to reduce risk, specially at the removal of locally advanced tumors, and even surgical treatment, due to this approach, is not negatively influenced. ■

Table 1: Standard therapy for Renal Cell Carcinoma (RCC) after phase-3 studies (according to Motzer, ASCO 2008)

	SETTING	PHASE-3 STUDIES
Nontreated	Low or intermediate risk*	Sunitinib
		Bevacizumab and Interferon- α
	High risk*	Temsirolimus Sunitinib
Previous treatment	Cytokine therapy	Sorafenib
	Anti-VEGFr TKI	Everolimus
	Temsirolimus	?

* according to MSKCC criteria

Table 2: Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) classification of risk factors

Risk factors:

LDH increase: $> 1,5 \times$ standard superior limit

Increased Ca serum (corrected): > 10 mg/dl

Hemoglobin: $<$ standard value

Karnofsky's index: $< 80\%$

No radical nefrectomy*

Risk groups:

Low: 0 Point

Intermediate: 1-2 Points

High risk: 3-5 Points

* Later modification: Time since first diagnose > 1 year (Motzer 2002)

Tratamiento del Cáncer de Próstata

Marcelo L. Bendhack

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

“El tratamiento bueno comienza con un diagnóstico precoz”: diagnóstico de la enfermedad en su fase inicial, si posible asintomática, en que la afección presenta las mejores posibilidades de cura.

El hombre como paciente adquirió, en los últimos años, mucho interés por la Salud Pública. En Brasil y, en especial en Paraná, esto no fue diferente. Debido a los varios aspectos relacionados, pero, especialmente al Cáncer de Próstata, es que fuimos invitados a participar, oficialmente, como relatores del proyecto “Salud del Hombre”.

Fue en este contexto social y político, unido al conocimiento técnico y científico, debido al hecho de verificar una ausencia de información de la población a respecto del qué es la próstata, cómo ella es, así como por la observación de que las mujeres disponen de varios recursos (campana sobre cáncer de mama y su logo mundial) es que decidimos presentar un símbolo del cáncer de próstata y disponerlo en Latinoamérica, territorio de UROLA y, por qué no, a todos los interesados, en cualquier parte del mundo. Este objetivo requirió un estudio profundizado, con la participación de algunos pensadores y designers, sobre cuál sería un símbolo:

1. que no disgustase a los hombres y mujeres,
2. que fuese típicamente masculino,
3. con la forma de próstata,
4. que las personas puedan presentar (usar una camiseta) sin ninguna forma de prejuicio,
5. que podría ser relacionado a los deportes o a la vestimenta, sin particularizarlo,
6. y que fuese, principalmente, elegante.

Así, después de análisis juiciosa de varios dibujos, decidimos optar por la

corbata (pag. 7). El nudo de la corbata se asemeja a la próstata. La educación del hombre es el principal factor que podemos influenciar con el objetivo de mejorar su salud. Este símbolo tiene el objetivo de contribuir para eso.

Además del factor educación del hombre, estamos organizando también, entre otros, un sistema inteligente de captar informaciones y establecer estudios cooperativos multicéntricos, sobre el tema cáncer de próstata.

UN PASEO POR LATINOAMÉRICA: NUEVAS TÉCNICAS PARA ENFERMEDAD LOCALIZADA

Verificamos la introducción, recientemente, de 2 nuevas técnicas de tratamiento de la enfermedad localizada: la utilización de la robótica en la medicina y la introducción de método basado en Ultrasonografía de alta intensidad enfocada en la próstata (HIFU).

Lo primero será motivo de presentación (revisión científica y análisis crítica) por el Prof. Manfred Wirth, Jefe del Departamento de Urología de la Universidad de Dresden, Alemania, Presidente de la Sociedad Alemana de Urología y Miembro del Comité Ejecutivo de la Sociedad Europea de Urología, en el 6º Simposio Internacional de Uro-Oncología promovido por UROLA, en México.

Vale mencionar, sobre la robótica, que durante el último congreso de la Sociedad Alemana de Urología, en Stuttgart (septiembre del 2008), una pregunta fue presentada a los urólogos (presentes en algunos millares) de la platea: “Si ustedes poseyesen un carcinoma de próstata localizado y tuviesen que optar por uno de los varios tratamientos (cirugía a cielo abierto, laparoscópica, laparoscópica con robó, braquiterapia y/o radioterapia externa), ¿cuál de éstos ustedes

escogerían?” La respuesta fue de que más de 50% de los urólogos presentes eligieran, para si mismos, la cirugía a cielo abierto. Notase, a pesar de la disponibilidad de la robótica, una tendencia por el mantenimiento de la forma clásica, a cielo abierto, mismo en países europeos (hemisferio norte). Resta saber el que la revisión de la literatura presenta: ¿tratase de presión del mercado (introducción de nueva tecnología) o hay beneficios reales a nuestros pacientes? Aguardamos por la presentación del renombrado, estimado amigo Manfred.

Sobre HIFU tenemos a comentar que se trata de terapia reconocida y aprobada, en continente americano, en los siguientes países: Canadá, México, Republica Dominicana y Argentina. El centro de tratamiento de Argentina se estableció en Buenos Aires. Pacientes brasileños han ido a Argentina y México para someterse al tratamiento. Mi primer paciente tratado con esta tecnología, en Europa, tiene nueve años de seguimiento y PSA indetectable. Creemos, no solamente basado en relatos de caso, pero, especialmente en trabajos publicados, que se trata de terapia para enfermedad localizada con posibilidad de cura. Una selección adecuada de los pacientes (características físicas de la próstata y factores pronósticos de la enfermedad maligna) y la forma de aplicar el tratamiento (mayor o menor agresividad) son los fundamentos que debemos respetar para la obtención de buenos resultados. Creemos que luego esta tecnología estará disponible en varios otros países de Latinoamérica.

Aún sobre este tema (HIFU) tendremos, en el simposio de Monterrey, una presentación sobre nuevas técnicas y sus aplicaciones. Estamos también atentos para la presentación, el día 16 de enero de 2009, en ocasión del 6º Encuentro de la Sociedad

Europea de Urología Oncológica, en Istambul, del asunto "Terapia focal será la modalidad de tratamiento del futuro" (Focal therapy will be the future treatment modality).

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD LOCALIZADA DE ALTO RIESGO

Durante un excelente encuentro Argentino de Urología de este año, en Mendoza, presentamos datos sobre el tratamiento de la enfermedad localizada de alto riesgo (D'Amico, 1998: PSA > 20ng/ml o > cT2c o Gleason Score > 7). La conclusión es que el tratamiento quirúrgico asociado o no a la adyuvancia, si necesaria, inmediata o preferentemente en ocasión de la detección de recidiva (de forma precoz), se constituye en excelente opción terapéutica. La cirugía exclusiva (aislada) presenta buenos resultados.

No hay datos en la literatura que permitan excluir esta forma terapéutica (cirugía) del arsenal de opciones para la enfermedad localizada de alto riesgo. Más una vez es imperativo interpretar características pronósticas de la enfermedad y comorbilidades del paciente.

Varios autores apuntan para el hecho de que pacientes sometidos a la cirugía para enfermedad clínicamente localizada (por ejemplo cT3) pueden tener una ventaja en lo que se refiere al tiempo de supervivencia específico. Ya en 2001, en el segundo Simposio Internacional de Uro-Oncología, en Curitiba, apuntaba el Profesor Horst Zincke, al referirse a los buenos resultados de la cirugía: "¿Existe otro tratamiento mejor?".

Algunas consideraciones adicionales:

1. la radioterapia adyuvante aumenta la tasa de control libre de recidiva,
2. radioterapia precoz para pacientes con recidiva de PSA ofrece una segunda oportunidad de control tu-

- moral,
3. hormonoterapia neoadyuvante no está indicada,
4. tratamiento hormonal adyuvante necesita ser discutido con el paciente,
5. lo mejor concepto además no está comprobado (no hay estudios randomizados).

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁTICO, HORMONA REFRACTARIA

Uno de los principales objetivos de la Uro-Oncología es atender de la mejor forma posible a los nuestros pacientes. Si, para esto deseamos nosotros mismos realizar el tratamiento con drogas citotóxicas, es una cuestión de entrenamiento previo, expertise y consciencia propia. Si el urólogo

(neurocirujano, radiólogo, cardiólogo).

Vale resaltar aquí la indicación de quimioterapia (Docetaxel 75mg/m² cada 21 días), que es básicamente enfermedad hormona refractaria, especialmente en paciente sintomático. Debemos, sin embargo, tener el cuidado de indicar, de forma diferenciada y por veces más precoz, el empleo de citotóxicos para pacientes más viejos, con más comorbilidades. Otro hecho importante es que los estudios clásicos emplearon, de modo mínimo y en el inicio del tratamiento, habitualmente 3 ciclos. En nuestra práctica verificamos que el primer ciclo, no solamente por el estrese físico, pero también psicológico, es un poco peor tolerado. Los ciclos siguientes parecen ser más bien tolerados. Debemos recordar todavía dos puntos:

"EL TRATAMIENTO BUENO COMIENZA CON UN DIAGNÓSTICO PRECOZ": DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD EN SU FASE INICIAL, SI POSIBLE ASINTOMÁTICA, EN QUE LA AFECCIÓN PRESENTA LAS MEJORES POSIBILIDADES DE CURA

go no desea prescribir el tratamiento adecuado para una determinada situación clínica, entonces se recomienda que se encamine precozmente el paciente dentro de un sistema multidisciplinario, para abreviar las consecuencias desfavorables de una demora en el inicio de esta forma de terapia.

Debemos, en verdad, siempre contar con equipo multidisciplinario. Esto es mucho importante. Podremos tener necesidad de superposición o cambio de tratamiento y, así, necesitar discutir lo mejor camino con nuestros colegas: radioterapia y/o quimioterapia, necesitar de la infectología (soporte para tratamiento por ejemplo de fiebre de origen desconocida), necesitar de discusión con otros profesionales

intermitencia y adaptación de la dosis (reducción), los cuales son posibles mecanismos de compensación.

En pacientes con enfermedad metastásica hormona refractaria, candidatos a la terapia citotóxica, el empleo de Docetaxel a cada 3 semanas demostró un beneficio significativo en la supervivencia. Potenciales beneficios y efectos colaterales de la quimioterapia deben ser discutidos con cada paciente, de modo individual. El ácido zoledrónico debe ser ofrecido a pacientes con metástasis en el esqueleto, en el sentido de evitar complicaciones óseas. La quimioterapia ha permitido, sin dudas, un aumento de la calidad de vida de nuestros pacientes. ■

Treatment of Prostate Cancer

Marcelo L. Bendhack

EARLY DIAGNOSIS

“Good treatment starts with early diagnosis”: the diagnosis of the disease at its onset, if possible when it is still asymptomatic, when the affection presents the best possibilities to be cured.

Man as patient has acquired, in the last few years, a lot of interest in Public Health. In Brazil, and, especially in Paraná, this has been no different. Due to the several related aspects, but, especially to Cancer of the Prostate, we were invited to officially participate as authors (reviewers) of the project “Man’s Health” in our state.

It was in this social and political context, allied to technical and scientific knowledge, due to the fact that there was lack of informations about what prostate is, how it is, as well as because of the observation that women have of several resources (campaign on breast cancer and its world logo), we decided to present a symbol of prostate cancer and make it available in Latin America, territory of UROLA and, why not, to all those interested, anywhere in the world. This objective required an in-depth study with the participation of some intellectualls and designers, on which symbol could it be:

1. that did not displease men and women,
2. that were typically male,
3. with the format of the prostate,
4. that people could present (wear a T-shirt) without any uncomfortable feeling,
5. that could be related to sports or clothing, without being particular to it,
6. and that were, on the whole, elegant.

So, after careful analysis of several designs, we decided to choose the tie

(page 7). The tie knot is similar to the prostate (specimen of the radical surgery). Man’s education is the main factor that we can influence with the objective of improving his health. This symbol has the objective of contributing to that.

In addition to the factor of man’s education, we are also organizing, among others, an intelligent system to capture information and establish multicenter cooperative studies on prostate cancer.

A TRIP THROUGHOUT LATIN AMERICA: NEW TECHNIQUES FOR LOCALIZED DISEASE

We have recently checked the introduction of two new techniques for the treatment of localized disease: the use of robotics in medicine and the introduction of a method based on high-intensity focused ultrasound of the prostate (HIFU).

The former will be the reason of a presentation (scientific revision and critical analysis) by Prof. Manfred Wirth, Head of the Department of Urology of the University of Dresden, Germany, President of the German Society of Urology and Member of the Executive Committee of the European Association of Urology (EAU), at the 6th International Symposium of Ur-Oncology promoted by UROLA, in Mexico.

It is noteworthy mentioning, on robotics, that during the last congress of the German Association of Urology (DGU) in Stuttgart (September, 2008), that a question was presented to the urologists (present in some thousands) at the audience: “If you had a localized prostate carcinoma and had to opt for one of the several treatments (open surgery, laparoscopic, laparoscopic with ro-

bot, brachytherapy and/or external radiotherapy), which one of these would you choose?” The answer was that more than 50% of the urologists attending elected for themselves the open surgery. It is noted, in spite of the availability of robotics, a tendency for the maintenance of the classic form, in the open, even in European countries (Northern hemisphere). It remains to be found what the revision of the literature presents: does this have one direct relationship with market pressure (introduction of new technology) or are there real benefits to our patients? We await the presentation of the renowned, esteemed friend Manfred.

On the HIFU we have to comment that this is a renowned and approved therapy in the American continent in the following countries: Canada, Mexico, Dominican Republic and Argentina. The treatment center in Argentina was established in Buenos Aires. Brazilian patients have gone to Argentina and Mexico to undergo the treatment. My first patient treated with this technology, in Europe, has been followed for nine years and has had an undetectable PSA. We believe, not only based on case reports, but especially on already published scientific data, that it is one therapy for localized disease with potential of cure. An adequate selection of the patients (physical characteristics of the prostate and prognostic cancer factors) and the way to apply the treatment (higher or lower aggressiveness) are the landmarks that we must respect in order to obtain good results. We believe that this technology will soon be available in many other countries in Latin America.

Still with this regard (HIFU), we will have, at the Monterrey’s symposium, a presentation on new tech-

niques and their applications. We are also waiting for the presentation, on January 16, 2009, at the time of the 6th Meeting of the European Society of Oncological Urology, in Istanbul, of the subject "Focal Therapy will be the future treatment modality".

TREATMENT OF THE HIGH-RISK LOCALIZED DISEASE

During the excellent Urology Argentine meeting this year, in Mendoza, we presented data on the treatment of the high-risk localized disease (D'Amico, 1998: PSA > 20ng/ml or > cT2c or Gleason Score > 7). The conclusion that the surgery associated or not to adjuvant treatments, when necessary, immediate or preferably at the time of the detection of relapse (in a premature way), constitutes excellent therapeutic option. The exclusive (isolated) surgery presents good results for these patients.

There are no data in the literature that allow to exclude this therapeutic form (surgery) from the arsenal against the high-risk localized disease. Once more, it is imperative to interpret prognostic characteristics of the disease and patient's co-morbidities.

Several authors point to the fact that patients undergoing surgery for locally advanced disease (for instance, cT3) may have an advantage as it refers to specific cancer survival rate. Back in 2001, during the 2nd International Symposium on Uro-Oncology, in Curitiba, Professor Horst Zincke pointed out, when referring to the good results of the surgery: "Is there any better treatment?"

A few additional considerations:

1. The adjuvant radiotherapy increases the recurrence-free survival rate,
2. Early radiotherapy for patients

with PSA relapse offers a second chance for tumor control,

3. neoadjuvant hormonotherapy is not recommended,
4. adjuvant hormonal treatment needs to be discussed with the patient,
5. the best concept is not yet approved (there are no randomized studies).

TREATMENT OF METASTATIC HORMONE REFRACTORY PROSTATE CANCER

The major objective of Uro-Oncology is to attend our patients as best as possible. If, to do that, we wish ourselves to perform the treatment with cytotoxic drugs, this is a matter of previous training, expertise and own

with other professionals (neurosurgeon, radiologist, cardiologist).

It is noteworthy pointing out here the indication of chemotherapy (Docetaxel 75 mg/m² each 21 days), which is basically refractory hormone disease, particularly in symptomatic patients. We must, however, be careful to indicate, in a differentiated way, and at times, earlier, the employment of cytotoxics for older patients, with more co-morbidities. Another important fact is that classic studies have employed, minimally and at the beginning of the treatment, usually 3 cycles. In our practice, we noticed that the first cycle, not only for the physical stress, but also psychological stress, is not so well tolerated. The subsequent cycles seem to be better

"GOOD TREATMENT STARTS WITH EARLY DIAGNOSIS": THE DIAGNOSIS OF THE DISEASE AT ITS ONSET, IF POSSIBLE WHEN IT IS STILL ASYMPTOMATIC, WHEN THE AFFECTION PRESENTS THE BEST POSSIBILITIES TO BE CURED

conscience. If the urologist does not wish to prescribe the adequate treatment for a certain clinical situation, then, it is recommended that the patient is referred as soon as possible to a multidisciplinary system so as to abbreviate the unfavorable consequences of a delay in the beginning of such therapy form.

We must, in fact, always count on a multidisciplinary team. This is very important. We may have the need to overlap or change treatment and thus, require discussing the best route with our colleagues: radiotherapy and/or chemotherapy, need infectology (support for treatment of, e.g., fever of unknown origin), need discussion

tolerated. We must also remember two points: intermittence and dose adaptation (reduction), which are possible compensation mechanisms.

In patients with hormone refractory metastatic disease, candidates to cytotoxic therapy, the employment of Docetaxel at every 3 weeks has shown a significant survival benefit. Chemotherapy potential benefits and side effects must be individually discussed with each patient. Zoledronic acid must be offered to patients with osseous metastases, so as to prevent bone complications. Chemotherapy has doubtless allowed an increase in the quality of life of our patients. ■



6th International Symposium on Uro-oncology

2nd International Congress on Uro-oncology

Monterrey - Mexico 2008
November 27 - 30th

CONVEX
Convention and Exhibition Center

Promoted by:



Support:



International HIFU
HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND

Programa (Posibilidad de modificaciones)

27 DE NOVIEMBRE DE 2008 – JUEVES

TIME	FISIOTERAPIA I EL EMBARAZO Y EL POSTPARTO	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
14:00	Welcome	5	A Aragon HC Ceballos M Bendhack Maura Seleme
14:05	Reeducación Perineal durante el Embarazo.	25	José Miguel Amostegui
14:30	Reeducación Perineal en el Postparto.	30	Bary Berghmans
15:00	Reeducación de las Disfunciones Sexuales luego del Parto.	30	Loïc Dabbadie
15:30	Las Técnicas Hipopresivas en Uroginecología.	30	Adriane Bertotto
16:00	Intervalo	30	
16:30	Las Técnicas Hipopresivas en Uroginecología - Práctica.	30	Maura Seleme
17:00	Mesa Redonda: ¿Cuál es el interés de la Reeducación Perineal durante y después del Embarazo?	30	Maura Seleme - Presidente José Miguel Amostegui Bary Berghmans Loïc Dabbadie
17:30	Presentación de Películas sobre Ejercicios Perineales durante y después del Embarazo.	30	Maura Seleme José Miguel Amostegui
18:00	Fin		

28 DE NOVIEMBRE DE 2008 – VIERNES

TIME	URO-ONCO I	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
	Presidente: Anel Aragon (MX)		
8:30	(K) Conferencia estado del arte Cirugía conservadora de cáncer del riñón: ¿Cuándo y cómo?	20	A. Souza Jr.
8:50	(K) Nuevas técnicas ablativas para CCR localizado: ¿qué le podemos indicar a nuestros pacientes?	20	M. A. Jimenez Rios



9:10	(K) Conferencia SAU: Tratamiento de recidiva (local) de cáncer de riñón.	20	M. Costa
9:30	(K) ¿Cuáles son los límites de la laparoscopia para la cirugía renal? (K) ¿Existe un experimento randomizado prospectivo confiable comparando el enfoque abierto con el laparoscópico?	20	H. Manzanilla Garcia
9:50	(UO) Uro-oncología en la niñez.	15	A. Souza Jr.
10:05	(K) Los mejores abordajes para el tumor de riñón con trombosis de vena cava.	15	CC Fonseca
10:20	Presentación de casos y discusión.	30	Cases by: S. Metrebian Panelists: A. Souza Jr., H Manzanilla Garcia, MA Jimenez Rios, R Ackermann
10:50	Intervalo	30	
Presidente: Miguel A. Jimenez Rios (MX) - Moderador: Claudio Telöken (BR)			
11:20	(T) Linfadenectomía retroperitoneal: indicaciones y técnica.	20	C. Telöken
11:40	(UO) Seguimiento de pacientes con cáncer de testículos, riñón y vejiga.	20	R. Ackermann
12:00	(Pe) Nuevos aspectos del tratamiento del cáncer peniano.	20	R. Decia
12:20	(T, Pe) Presentación y discusión de casos.	20	Cases by: Cláudio Telöken Panelists: MJ Rios, R Decia, R Ackermann
13:00	Fin		

TIME	FISIOTERAPIA II	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
14:00	Diagnóstico del Cáncer de Próstata.	20	Ubirajara Ferreira
14:20	Actualidades en el Tratamiento del Cáncer de Próstata.	20	Marcelo Bendhack
14:40	La importancia del Equipo Multidisciplinario en el Tratamiento de las Disfunciones del Piso Pélvico.	20	Loic Dabbadie
15:00	Examen de la Incontinencia Urinaria post prostatectomía Radical.	20	Maura Seleme
15:20	La Incontinencia Urinaria Masculina Post prostatectomía Radical.	40	Bary Berghmans
16:00	Las Disfunciones Sexuales Post prostatectomía Radical.	20	Loic Dabbadie



16:30	Intervalo		
16:40	La Incontinencia Fecal Post cirugía de cáncer de recto.	20	<i>Bary Berghmans</i>
17:00	Los Problemas del Piso Pélvico luego de la Histerectomía por Cáncer de Útero.	20	<i>Loic Dabbadie</i>
17:20	Discusión	40	
19:00	Ceremonia de apertura seguida de recepción (cóctel). CONVEX Convention and Exhibition Center		

29 DE NOVIEMBRE DE 2008 – SÁBADO

TIME	URO-ONCO II	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
	Presidente: xx (BR) - Moderador: S. Metrebian (ARG)		
8:30	(B) Conceptos que se deben considerar en la patogénesis del cáncer de vejiga.	15	<i>M. Droller</i>
8:45	(B) Cistoscopia guiada por fluorescencia y resección: técnica y resultados. ¿Debemos indicarlo ahora?	15	<i>M. Bendhack</i>
9:00	(B) El uso de marcadores y citología en el cáncer de vejiga.	20	<i>M. Droller</i>
9:20	(B) El rol de la linfadenectomía. ¿Extensiva? ¿Si la respuesta es afirmativa, hasta dónde?	20	<i>C.C. Fonseca</i>
9:40	(UO) Conferencia estado del arte: Tratamiento médico de los tumores	20	<i>R. Ackermann</i>
10:00	(B) Presentación y discusión de casos.	30	<i>Cases by S Metrebian Panelists: CC Fonseca, M Droller, E Wiermann, R Ackermann</i>
10:30	Intervalo	30	

TIME	URO-ONCO Y FISIOTERAPIA RIÑÓN (AVANZADO) Y PRÓSTATA I	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
	Presidente: H. Chávez Ceballos (MX) - Moderador: M. Seleme (BR)		
11:00	(K) Estado del arte: Avances en el tratamiento del carcinoma celular renal avanzado.	20	<i>M. Wirth</i>
11:20	(P) La importancia de los equipos multidisciplinarios en el tratamiento de las complicaciones de la prostatectomía radical.	10	<i>L. Dabbadie</i>

11:30	(P) Tratamiento de la incontinencia urinaria después de la prostatectomía radical.	10	<i>B. Berghmans</i>
11:40	(P) Tratamiento de complicaciones sexuales post prostatectomía.	10	<i>L. Dabbadie</i>
11:50	(P) Conferencia estado del arte: Prostatectomía radical asistida por robot – ¿es este el futuro?	20	<i>M. Wirth</i>
12:10	(P) ¿Las opciones de tratamiento mínimamente invasivos están más allá de la fase de estudio?	20	<i>M. Bendhack</i>
12:30	(P) Discusión	30	<i>HC Ceballos Panelists: B Berghmans, M Droller, M. Bendhack, M Wirth</i>
13:00	Fin		

30 DE NOVIEMBRE DE 2008 - DOMINGO

TIME	URO-ONCO III - DIAGNÓSTICO Y TERAPIA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
Presidente: <i>M. Wirth</i> (GER) - Moderador: <i>D. Calvo</i> (MX)			
8:30	(P) Temas y escollos relativos a la selección (screening) del cáncer de próstata.	20	<i>M. Droller</i>
8.50	(P) Vigilancia activa y espera atenta: ¿qué son y cuándo deberían indicarse? Manejo de tumores incidentales.	20	<i>G. Lopez Secchi</i>
9:10	(UO) ¿Cómo clasificar el riesgo de las malignidades uro-oncológicas? El riesgo de avance.	25	<i>R. Ackermann</i>
9.35	(P) Tratamiento adyuvante post tratamiento curativo: ¿solamente para alto riesgo?	25	<i>A. Mendoza Valdez</i>
10:00	Intervalo	30	
10:30	(P) Perspectiva del paciente: ¿Es posible aceptar directrices sobre el tratamiento para enfermedad localizada? ¿Cuál sería mi opción personal de tratamiento?	20	<i>S. Metrebian</i>
10:50	(P) Manejo del cáncer de próstata de alto riesgo.	20	<i>M. Bendhack</i>
11:10	(P) Nuevas perspectivas en el tratamiento de cáncer de próstata metastásico.	30	<i>M. Wirth</i>
11:40	(P) Discusión	20	<i>A. Aragon, M. Bendhack</i>
12:00	Fin del Encuentro		

ABBREVIATIONS

(A) = Adrenal cancer
 (B) = Bladder cancer
 CAU = American Confederation of Urology
 FAU = Argentinien Federation of Urology
 (K) = Kidney cancer
 (P) = Prostate cancer
 (Pe) = Penis cancer

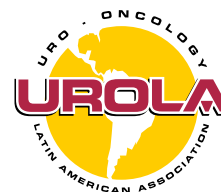
SAU = Argentinien Society of Urology
 SBU = Brazilian Society of Urology
 SMU = Mexican Society of Urology
 SUO = Uruguayan Society of Urology
 (T) = Testicular cancer
 (UO) = Uro-oncology (all tumors included)



**6th International Symposium
on Uro-oncology**
**2nd International Congress on
Uro-oncology**
Monterrey - Mexico 2008
November 27 - 30th

CONVEX
Convention and Exhibition Center

Promoted by:



Support:



International HIFU
HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND

Program (Modifications may be necessary)

NOVEMBER 27th, 2008 – THURSDAY

TIME	PHYSIOTHERAPY I PREGNANCY AND POST PREGNANCY	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
14:00	Welcome	5	<i>A Aragon HC Ceballos M Bendhack Maura Seleme</i>
14:05	Perineal Reeducation during pregnancy.	25	<i>José Miguel Amostegui</i>
14:30	Postnatal Perineal Reeducation.	30	<i>Bary Berghmans</i>
15:00	Postnatal Reeducation of sexual dysfunctions.	30	<i>Loïc Dabbadie</i>
15:30	Hypopressive techniques in Uro-oncology.	30	<i>Adriane Bertotto</i>
16:00	Break	30	
16:30	Hypopressive techniques in Uro-oncology - Practice.	30	<i>Maura Seleme</i>
17:00	Round Table: ¿Is there any interest in perineal reeducation during pregnancy and the postnatal period?	30	<i>Maura Seleme - Presidente José Miguel Amostegui Bary Berghmans Loïc Dabbadie</i>
17:30	Film presentation on perineal exercises during pregnancy and the postnatal period.	30	<i>Maura Seleme José Miguel Amostegui</i>
18:00	End		

NOVEMBER 28th, 2008 – FRIDAY

TIME	URO-ONCO I	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
	President: <i>Anel Aragon (MX)</i>		
8:30	(K) State-of-the-art lecture Nephron-sparing surgery: when and how?	20	<i>A. Souza Jr.</i>
8:50	(K) New ablative techniques for localized RCC: what can we indicate for our patients?	20	<i>M. A. Jimenez Rios</i>



9:10	(K) SAU lecture: Treatment of (local) recurrence of kidney cancer.	20	<i>M. Costa</i>
9:30	(K) What are the limits of laparoscopy for renal surgery? (K) Is there a reliable prospective randomized trial comparing open and lap. approach?	20	<i>H. Manzanilla Garcia</i>
9:50	(UO) Uro-Oncology in the childhood.	15	<i>A. Souza Jr.</i>
10:05	(K) The best approaches for kidney tumor with cava thrombus?	15	<i>CC Fonseca</i>
10:20	Cases presentation and discussion.	30	<i>Cases by: S. Metrebian Panelists: A. Souza Jr., H Manzanilla Garcia, MA Jimenez Rios, R Ackermann</i>
10:50	Break	30	
	President: <i>Miguel A. Jimenez Rios (MX)</i> - Moderation: <i>Claudio Telöken (BR)</i>		
11:20	(T) Retroperitoneal lymphadenectomy: indications and technique.	20	<i>C. Telöken</i>
11:40	(UO) Follow-up for patients with Testis, Kidney and Bladder Cancer.	20	<i>R. Ackermann</i>
12:00	(Pe) New aspects of the treatment of penile cancer.	20	<i>R. Decia</i>
12:20	(T, Pe) Cases presentation and discussion.	20	<i>Cases by: Cláudio Telöken Panelists: MJ Rios, R Decia, R Ackermann</i>
13:00	End		

TIME	PHYSIOTHERAPY II	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
14:00	Prostate cancer diagnosis.	20	<i>Ubirajara Ferreira</i>
14:20	State of the art prostate cancer treatment.	20	<i>Marcelo Bendhack</i>
14:40	Multidisciplinary team: its importance in the treatment of pelvic floor dysfunction.	20	<i>Loic Dabbadie</i>
15:00	Urinary incontinence exam after post radical prostatectomy.	20	<i>Maura Seleme</i>
15:20	Male urinary incontinence after post radical prostatectomy.	40	<i>Bary Berghmans</i>
16:00	Post radical prostatectomy sexual dysfunctions.	20	<i>Loic Dabbadie</i>
16:30	Break		



16:40	Postsurgical fecal Incontinence after Rectal cancer.	20	<i>Bary Berghmans</i>
17:00	Pelvic floor problems after hysterectomy of uterine cancer.	20	<i>Loic Dabbadie</i>
17:20	Discussion	40	
19:00	Opening ceremony followed by reception (cocktail). CONVEX Convention and Exhibition Center		

NOVEMBER 29th, 2008 – SATURDAY

TIME	URO-ONCO II	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
	President: xx (BR) - Moderation: <i>S. Metrebian</i> (ARG)		
8:30	(B) Concepts to consider in the pathogenesis of bladder cancer.	15	<i>M. Droller</i>
8:45	(B) Fluorescence guided cystoscopy and resection: technique and results. Should we indicate it now?	15	<i>M. Bendhack</i>
9:00	(B) The use of markers and cytology in bladder cancer.	20	<i>M. Droller</i>
9:20	(B) The role of lymphadenectomy. Extended? If yes, how far?	20	<i>C.C. Fonseca</i>
9:40	(UO) State-of-the-art lecture: Medical treatment of tumors.	20	<i>R. Ackermann</i>
10:00	(B) Cases presentation and discussion.	30	<i>Cases by S Metrebian Panelists: CC Fonseca, M Droller, E Wiermann, R Ackermann</i>
10:30	Break	30	

TIME	URO-ONCO AND PHYSIOTHERAPY KIDNEY (ADVANCED) AND PROSTATE I	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
	Presidente: <i>H. Chávez Ceballos</i> (MX) - Moderador: <i>M. Seleme</i> (BR)		
11:00	(K) State of the art: Advances in the treatment of advanced renal cell carcinoma.	20	<i>M. Wirth</i>
11:20	(P) The importance of multidisciplinary teams in the treatment of complications of radical prostatectomy.	10	<i>L. Dabbadie</i>
11:30	(P) Treatment of urinary incontinence after radical prostatectomy.	10	<i>B. Berghmans</i>

11:40	(P) Treatment of sexual complications after radical prostatectomy.	10	<i>L. Dabbadie</i>
11:50	(P) State-of-the-art lecture: Robot-assisted radical prostatectomy – is it the future?	20	<i>M. Wirth</i>
12:10	(P) Are minimally invasive treatment options beyond the study phase?	20	<i>M. Bendhack</i>
12:30	(P) Discussion	30	<i>HC Ceballos Panelists: B Berghmans, M Droller, M. Bendhack, M Wirth</i>
13:00	End		

NOVEMBER 30th, 2008 – SUNDAY

TIME	URO-ONCO III - DIAGNOSIS AND THERAPY OF PROSTATE CANCER	DURATION WITH DISCUSSION	SPEAKERS
	President: <i>M. Wirth</i> (GER) - Moderation: <i>D. Calvo</i> (MX)		
8:30	(P) Issues and pitfalls in considering screening for prostate cancer.	20	<i>M. Droller</i>
8.50	(P) Active surveillance and watchful waiting: what are they and when should be indicated? Management of incidental tumors.	20	<i>G. Lopez Secchi</i>
9:10	(UO) How to classify the risk of uro-oncologic malignancies? The risk of progression.	25	<i>R. Ackermann</i>
9.35	(P) Adjuvant treatment after curative treatment: only for high risk?	25	<i>A. Mendoza Valdez</i>
10:00	Break	30	
10:30	(P) Patient's perspective: Is it possible to accept guidelines on treatment for localized disease? How would be my personal treatment choice?	20	<i>S. Metrebian</i>
10:50	(P) Management of high risk prostate cancer.	20	<i>M. Bendhack</i>
11:10	(P) New perspectives in the treatment of metastatic prostate cancer.	30	<i>M. Wirth</i>
11:40	(P) Discussion	20	<i>A. Aragon, M. Bendhack</i>
12:00	End of the Meeting		

ABBREVIATIONS

(A) = Adrenal cancer
 (B) = Bladder cancer
 CAU = American Confederation of Urology
 FAU = Argentinien Federation of Urology
 (K) = Kidney cancer
 (P) = Prostate cancer
 (Pe) = Penis cancer

SAU = Argentinien Society of Urology
 SBU = Brazilian Society of Urology
 SMU = Mexican Society of Urology
 SUO = Uruguayan Society of Urology
 (T) = Testicular cancer
 (UO) = Uro-oncology (all tumors included)

É muito bom poder
passar mais tempo com
meu neto. Obrigado.



Evolução no tratamento do câncer de próstata.^{1,2}

Associado a prednisona, Taxotere® proporciona maior sobrevida com ganhos de qualidade de vida para pacientes com doença androgênio-independente, quando comparado à terapia com mitoxantrona.¹

- *Significativos ganhos de sobrevida¹*
- *43% mais respostas do PSA¹*
- *59% de melhora no controle da dor¹*

"Este é o primeiro estudo de fase III que demonstrou um benefício significativo em termos de sobrevida no HRPC." Eisenberger MA, et al. 2004²

Referências bibliográficas: 1) Tannock IF, et al. Docetaxel plus prednisone or mitoxantrone plus prednisone for advanced prostate cancer. N Engl J Med 2004 Oct;351(15):1502-12. 2) Eisenberger MA, et al. A multicenter phase III comparison of docetaxel (D) + prednisone (P) and mitoxantrone (MTZ) + P in patients with hormone-refractory prostate cancer (HRPC). Proc Annu Meet Am Soc Clin Oncol 2004;23:2. Abs. 4.

A bula resumida do produto encontra-se nesta publicação.



ONCOLOGIA
Unidade de Negócios

Compromisso além da sua prescrição.

TAXOTERE®
(docetaxel triidratado)
Porque viver é preciso.
no câncer de próstata


sanofi aventis
O essencial é a saúde