

70 años de la Sociedad Uruguaya de Reumatología

Simposio Internacional

XXVIII CONGRESO URUGUAYO DE REUMATOLOGÍA

3 al 5 de diciembre de 2009

SALÓN DE ACTOS - LABORATORIO TECNOLÓGICO DEL URUGUAY
MONTEVIDEO - URUGUAY



Organiza



Auspicia



Programa



CONDROXAMIN FORTE





	Jueves 3 de diciembre	Viernes 4 de diciembre	Sábado 5 de diciembre
08:00 - 09:00	Acreditaciones e Inscripciones	08:00 - 08:30 Acreditaciones e Inscripciones	08:00 - 08:30 Acreditaciones e Inscripciones
09:00 - 09:40	Conferencia Luis Espinoza Artritis reactiva	08:30 - 09:10 Conferencia Juan Angulo Artritis Reumatoide: ¿un solo paraguas para una tormenta de Citoquinas?	08:30 - 09:10 Conferencia Luis Espinoza Manifestaciones articulares del HIV
09:40 - 10:20	Conferencia Antonio Ximenes Espondiloartritis: nuevos conceptos	09:10 - 10:40 Espacio Científico Nacional Coordinadora: Graciela González Pulmón reumatoideo y drogas remisivas	09:10 - 10:40 Espacio Científico Nacional Coordinadora: Alicia Ramagli Patología de pie Biológicos en Espondiloartropatías Incapacidad laboral en Espondiloartropatías Medicina legal y reumatología
10:20 - 10:50	Café - Gador Visita de Posters 1	10:40 - 11:10 Café - Gador Visita de Posters 2	10:40 - 11:10 Café - Gador Visita de Posters 3
10:50 - 11:30	Conferencia Juan Angulo Artritis Reumatoide y pobreza. Remisión: ¿una ilusión?	11:10 - 11:50 Conferencia Francisco Radrigán Educación en Osteoartritis	11:10 - 11:50 Conferencia Antonio Ximenes Fibromialgia: un síndrome de hiperactivación simpática
11:30 - 12:30	Simposio Roche Hacia una nueva generación de tratamientos para las enfermedades autoinmunes reumáticas Guillermo Tate - Eduardo Mysler	12:00 - 12:50 Simposio Abbott Adalimumab: 10 años de seguridad y eficacia comprobada en AR Rubén Burgos Vargas	11:50 - 12:50 Simposio Pfizer Fibromialgia, el dolor incomprendido. Su diagnóstico y tratamiento Oswaldo Messina
12:30 - 13:30	Almuerzo - Roche	12:50 - 13:50 Almuerzo - Abbott	12:50 - 13:50 Almuerzo - Pfizer
13:30 - 14:10	Conferencia Julio Mazzoleni Experiencia paraguaya con biológicos	13:50 - 14:30 Conferencia Juan Angulo La década de los Coxibs: ¿festejamos o lamentamos?	13:50 - 14:30 Conferencia Antonio Ximenes Esclerosis Sistémica e HPA: abordaje diagnóstico y terapéutico
14:10 - 14:50	Conferencia Horacio Venarotti Esclerodermia, nuevos enfoques terapéuticos	14:30 - 16:00 Espacio Científico Nacional Coordinadora: Renée Souto BIOBADAURUGUAY Artrosis Trapezometacarpiana PANLAR - EOA	14:30 - 15:10 Conferencia Julio Mazzoleni Up Date de medicina alternativa y reumatología
14:50 - 15:30	Conferencia Eduardo Ferreira Borba Neto Dislipemia y Aterosclerosis en el LES		15:10 Acto de Clausura
15:30 - 16:00	Café - Gador		
16:00 - 16:40	Conferencia Francisco Radrigán Tratamiento de la Osteoartritis	16:00 - 16:30 Café - Gador	
16:40 - 17:20	Conferencia Luis Espinoza Artritis Psoriásica	16:30 - 18:30 Espacio Científico Nacional Coordinadora: Vilma Chijani Reumatología y ojo Bifosfonatos 2009 Vitamina D en mayores de 50 años Osteoporosis en adolescentes (video) Canal lumbar estrecho LES y embarazo	
17:20 - 18:00	Conferencia Rubén Burgos Vargas Espondiloartropatías juveniles: aspectos clínicos y terapéuticos		
18:00 - 18:40	Conferencia Mirtha Moyano Síndrome de Sjögren, un desafío para el reumatólogo		
18:45 - 19:30	Acto de Apertura		
19:30	Cocktail de Bienvenida		



CARTA DE BIENVENIDA AL SIMPOSIO INTERNACIONAL “70 AÑOS SOCIEDAD URUGUAYA DE REUMATOLOGÍA”

Es para nosotros un honor darles la bienvenida a este Simposio Internacional, con el que celebramos los 70 años de nuestra Sociedad.

Recordar la historia de la Sociedad Uruguaya de Reumatología es hablar en primer lugar del Profesor Fernando Herrera Ramos, quien, con su brillante capacidad como médico, investigador y docente, difundió y jerarquizó la Reumatología en nuestro país. Así fue como el 7 de diciembre de 1939, propulsó una reunión con otros prestigiosos médicos como los Dres. Delgado Correa, Sciuto, Barbato, Macció, dando origen a la “Liga Uruguaya contra el Reumatismo”. Fue una de las primeras sociedades científicas del país y la segunda reumatológica de América del Sur, después de la Sociedad Argentina a la que desde un principio estuvo muy unida, compartiendo múltiples actividades científicas.

Los objetivos que constan en el acta fundacional: “...propulsar las investigaciones sobre las enfermedades reumáticas, organizar la forma de combatirlas y efectuar su profilaxis, encarándola en su doble faz científica y social, por todos los medios a su alcance” siguen teniendo plena vigencia.

Como presidente actual de la Comisión Directiva de esta Sociedad siento la enorme responsabilidad de continuar con criterio innovador estos objetivos que se plantearon hace 70 años y de honrar con esta actividad a todos los que me precedieron en esta función.

En esta oportunidad decidimos realizar un Simposio Internacional, al que hemos invitado a prestigiosos colegas extranjeros que nos aportarán su vasta e interesante experiencia en las enfermedades reumáticas.

Siguiendo los principios básicos de su fundación la Sociedad Uruguaya de Reumatología ha apoyado la creación y funcionamiento de grupos de estudio con la idea de que es a través de ellos y de sus proyectos de investigación que se logra mejorar el nivel de conocimiento, en beneficio de la calidad asistencial de los pacientes. Cada uno de ellos estará presente exponiendo su trabajo.

Desde su inicio esta Sociedad ha estado firmemente ligada a la docencia y desde que se creó la Cátedra de Reumatología de la Facultad de Medicina hemos aunado esfuerzos en la organización de actividades científicas, siendo este Simposio una nueva muestra de ello.

También tendrá su clásico espacio de intercambio el grupo de pacientes con Artritis Reumatoidea (CLAMAR).

Estimados colegas, tenemos la esperanza de que éstas sean unas jornadas fructíferas en cuanto a la adquisición de conocimientos y que sirvan además para compartir momentos agradables de confraternización.

Un agradecimiento particular a todos los que intervinieron en la organización y a los que participarán con exposiciones científicas, que son los que en definitiva darán lucimiento a este Simposio.

A todos muchas gracias por acompañarnos y enriquecer con su presencia este momento tan especial para nuestra Sociedad.

DRA. MARGARITA CALEGARI
Presidente de SUR



Indice

Carta de Bienvenida	1
Autoridades	3
Invitados Extranjeros	3
Auspiciantes	3
Actividad Protocolar	3
Actividad Social	3
Actividad Científica - Jueves 3 de diciembre	4
Actividad Científica - Viernes 4 de diciembre.....	6
Actividad Científica - Sábado 5 de diciembre.....	8
Trabajos Científicos	9
Información General	15



COMISIÓN DIRECTIVA S.U.R.

Dra. Margarita Calegari
Presidente

Dra. Raquel Teijeiro
Presidente Electo

Dra. Luján Torre
Vicepresidente

Dr. Daniel Palleiro
Secretario

Dra. Emilia Spangenberg
Tesorera

Dr. César Rossi
Prosecretario

Dra. Andrea Vargas
Dr. Carlos Méndez
Vocales

Dra. Bernardita De Camilli
Dra. Ivonne Acevedo
Dra. Inés Corbacho
Dra. Ana Andrade
Dra. Dinora Alvarez
Dr. Julio Balbi
Dr. Juan José Acosta
Suplentes

COMISIÓN CIENTÍFICA S.U.R.

Dra. Graciela González

Dr. Harry Havranek

Dra. Mirtha Moyano

Dra. Renée Souto

INVITADOS EXTRANJEROS

Dr. Juan Angulo (Perú)

Dr. Rubén Burgos Vargas (México)

Dr. Luis Catoggio (Argentina)

Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto (Brasil)

Dr. Luis Espinoza (EE.UU.)

Dr. Ernesto Gutfraind (Argentina)

Dr. Julio Mazzoleni (Paraguay)

Dr. Osvaldo Messina (Argentina)

Dr. Eduardo Mysler (Argentina)

Dr. Francisco Radrigán (Chile)

Dr. Guillermo Tate (Argentina)

Dr. Horacio Venarotti (Argentina)

Dr. Antonio Ximenes (Brasil)

AUSPICIANTES

Academia Nacional de Medicina

Cátedra de Reumatología de
la Facultad de Medicina

Escuela de Graduados de la
Facultad de Medicina

Facultad de Medicina –
Universidad de la República

Federación Médica del Interior

Instituto Nacional de Reumatología

Intendencia Municipal de Montevideo

Ministerio de Salud Pública

Sindicato Médico del Uruguay

Sociedad de Medicina Interna del Uruguay

Sociedad de Ortopedia y
Traumatología del Uruguay

Sociedad Uruguaya de Pediatría

ACTIVIDAD PROTOCOLAR

Ceremonia de apertura:

Jueves 3 de diciembre – 18:45 h

Salón de actos – Laboratorio
Tecnológico del Uruguay

ACTIVIDAD SOCIAL

Cocktail de bienvenida:

Jueves 3 de diciembre – 19:30 h

Foyer del Salón de actos – Laboratorio
Tecnológico del Uruguay

Actividad Científica

Jueves 3 de diciembre

- 08:00 – 09:00 **Acreditaciones e inscripciones**
- 09:00 – 09:40 **Conferencia**
Artritis Reactiva
Dr. Luis Espinoza (Estados Unidos)
Presidente: *Dra. Margarita Calegari*
Secretaria: *Dra. Raquel Teijeiro*
- 09:40 – 10:20 **Conferencia**
Espondiloartritis: nuevos conceptos
Dr. Antonio Ximenes (Brasil)
Presidente: *Dra. Margarita Calegari*
Secretaria: *Dra. Raquel Teijeiro*
- 10:20 – 10:50 **Descanso – Café cortesía Laboratorio Gador**
Visita de Posters 1
Moderadores: *Dr. Harry Havranek - Dra. Luján Torre*
- 10:50 – 11:30 **Conferencia**
Artritis Reumatoide y pobreza. Remisión: ¿una ilusión?
Dr. Juan Angulo (Perú)
Presidente: *Dra. Margarita Calegari*
Secretaria: *Dra. Raquel Teijeiro*
- 11:30 – 12:30 **Simposio Satélite auspiciado por Laboratorio Roche**
Hacia una nueva generación de tratamientos para las enfermedades autoinmunes reumáticas
Dr. Guillermo Tate (Argentina) – Dr. Eduardo Mysler (Argentina)
- 12:30 – 13:30 **Almuerzo – Cortesía Laboratorio Roche**
- 13:30 – 14:10 **Conferencia**
Experiencia paraguaya con biológicos
Dr. Julio Mazzoleni (Paraguay)
Presidente: *Dra. Luján Torre*
Secretaria: *Dra. Ana Andrade*
- 14:10 – 14:50 **Conferencia**
Esclerodermia: nuevos enfoques terapéuticos
Dr. Horacio Venarotti (Argentina)
Presidente: *Dra. Luján Torre*
Secretaria: *Dra. Ana Andrade*
- 14:50 – 15:30 **Conferencia**
Dislipemia y aterosclerosis en el Lupus Eritematoso Sistémico
Dr. Eduardo Ferreira Borba Neto (Brasil)
Presidente: *Dra. Luján Torre*
Secretaria: *Dra. Ana Andrade*
- 15:30 – 16:00 **Descanso – Café cortesía Laboratorio Gador**

Actividad Científica

Jueves 3 de diciembre

- 16:00 – 16:40 **Conferencia**
Tratamiento de la Osteoartritis
Dr. Francisco Radrigán (Chile)
Presidente: *Dr. Daniel Palleiro*
Secretaria: *Dra. Inés Corbacho*
- 16:40 – 17:20 **Conferencia**
Artritis Psoriásica
Dr. Luis Espinoza (Estados Unidos)
Presidente: *Dr. Daniel Palleiro*
Secretaria: *Dra. Inés Corbacho*
- 17:20 – 18:00 **Conferencia**
Espondiloartropatías juveniles: aspectos clínicos y terapéuticos
Dr. Rubén Burgos Vargas (México)
Presidente: *Dr. Daniel Palleiro*
Secretaria: *Dra. Inés Corbacho*
- 18:00 – 18:40 **Conferencia**
Síndrome de Sjögren, un desafío para el reumatólogo
Dra. Mirtha Moyano
Presidente: *Dr. Harry Havranek*
Secretaria: *Dra. Margarita Calegari*
- 18:45 – 19:30 **Acto de apertura**
- 19:30 **Cocktail de bienvenida**

14:00 - 17:00 **Espacio Grupo CLAMAR**
Sala Azul (LATU)

Actividad Científica

Viernes 4 de diciembre

- 08:30 – 09:10 **Conferencia**
Artritis Reumatoide: ¿un solo paraguas para una tormenta de Citoquinas?
Dr. Juan Angulo (Perú)
Presidente: *Dra. Graciela González*
Secretaria: *Dra. Dalía Sosa*
- 09:10 – 10:40 **Espacio Científico Nacional**
Pulmón reumatoideo y drogas remitivas
Coordinadora: *Dra. Graciela González*
Secretaria: *Dra. Dalía Sosa*
Panelistas: *Dr. Daniel Palleiro*
Dra. Renée Souto
Dr. Eduardo Quintana
Dra. Fernanda Viera
- 10:40 – 11:10 **Descanso – Café cortesía Laboratorio Gador**
Visita de Posters 2
Moderadoras: *Dra. Mirtha Moyano - Dra. Mercedes Naviliat*
- 11:10 – 11:50 **Conferencia**
Educación en Osteoartritis
Dr. Francisco Radrigán (Chile)
Presidente: *Dra. Renée Souto*
Secretario: *Dr. César Rossi*
- 12:00 – 12:50 **Simposio Satélite auspiciado por Laboratorio Abbott**
Adalimumab: 10 años de seguridad y eficacia comprobada en Artritis Reumatoidea
Dr. Rubén Burgos Vargas (México)
- 12:50 – 13:50 **Almuerzo – Cortesía Laboratorio Abbott**
- 13:50 – 14:30 **Conferencia**
La década de los Coxibs: ¿festejamos o lamentamos?
Dr. Juan Angulo (Perú)
Presidente: *Dr. Miguel Albanese*
Secretaria: *Dra. Mariela Bouchard*
- 14:30 – 16:00 **Espacio Científico Nacional**
Coordinadora: *Dra. Renée Souto*
Secretaria: *Dra. Adriana Solari*
» **BIOBADAURUGUAY. Nuestro compromiso**
Dr. Miguel Albanese – Dra. Paloma De Abreu
» **Buscando eficacia en el tratamiento de la Artrosis Trapezometacarpiana**
Dra. Adriana Cabal
» **Registro Panamericano de Artritis de Reciente Comienzo (PANLAR – EOA)**
Dra. Alicia Ramagli
- 16:00 – 16:30 **Descanso – Café cortesía Laboratorio Gador**

Actividad Científica

Viernes 4 de diciembre

16:30 – 18:30

Espacio Científico Nacional

Coordinadora: *Dra. Vilma Chijani*

Secretario: *Dr. Juan José Acosta*

- » Reumatología y ojo
Dra. Bernardita De Camilli – Dra. Gabriela De Feo
- » Bifosfonatos 2009
Dra. Vilma Chijani
- » Niveles de Vitamina D en mayores de 50 años. Estudio preliminar
Dr. Jaime Hernández
- » Presentación de video “Proyecto de prevención de osteoporosis en adolescentes”
Dra. Vilma Chijani
- » Canal lumbar estrecho: ¿estrechez de canal o de conocimientos?
Dr. César Rossi
- » LES y embarazo
Dra. Andrea Vargas – Dr. Luis Catoggio (Argentina)

Actividad Científica

Sábado 5 de diciembre

- 08:30 – 09:10 **Conferencia**
Manifestaciones articulares del HIV
Dr. Luis Espinoza (Estados Unidos)
Presidente: *Dra. Alicia Ramagli*
Secretaria: *Dra. Bernardita De Camilli*
- 09:10 – 10:40 **Espacio Científico Nacional**
Coordinadora: *Dra. Alicia Ramagli*
Secretaria: *Dra. Bernardita De Camilli*
- » Patología de pie
Dra. Ivonne Acevedo – Dra. Nuri Schinca
 - » Experiencia uruguaya con biológicos en Espondiloartropatías
Dra. Inés Corbacho
 - » Incapacidad laboral en Espondiloartropatías
Dr. Daniel Palleiro
 - » Medicina legal y reumatología: de la teoría a la práctica
Dra. Ana Andrade – Dr. Domingo Mederos
- 10:40 – 11:10 **Descanso – Café cortesía Laboratorio Gador**
Visita de Posters 3
Moderadoras: *Dra. Graciela González - Dra. Renée Souto*
- 11:10 – 11:50 **Conferencia**
Fibromialgia: un síndrome de hiperactivación simpática
Dr. Antonio Ximenes (Brasil)
Presidente: *Dr. Carlos Méndez*
Secretaria: *Dra. Dinora Alvarez*
- 11:50 – 12:50 **Simposio Satélite auspiciado por Laboratorio Pfizer**
Fibromialgia, el dolor incomprensido. Su diagnóstico y tratamiento
Dr. Osvaldo Messina (Argentina)
- 12:50 – 13:50 **Almuerzo – Cortesía Laboratorio Pfizer**
- 13:50 – 14:30 **Conferencia**
Esclerosis Sistémica e hipertensión pulmonar arterial: abordaje diagnóstico y terapéutico
Dr. Antonio Ximenes (Brasil)
Presidente: *Dra. Mercedes Naviliat*
Secretaria: *Dra. Ivonne Acevedo*
- 14:30 – 15:10 **Conferencia**
Up Date de medicina alternativa y reumatología
Dr. Julio Mazzoleni (Paraguay)
Presidente: *Dra. Emilia Spangenberg*
Secretaria: *Dra. Ivonne Acevedo*
- 15:10 **Palabras de Cierre**
Dr. Daniel Palleiro

Trabajos Científicos

Visita de Posters 1

Jueves 3 de diciembre - 10:20 – 10:50

Moderadores: Dr. Harry Havranek – Dra. Luján Torre

- 1** IMPACTO DE LOS FACTORES DE ESTRÉS PSICOSOCIALES EN LA GENERACIÓN DE LA FIBROMIALGIA Y SU INTERRELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD
Uboldi C, Cabrera B.
Centro Asistencial de la Agrupación Médica de Pando (CAAMEPA)
- 2** NEFROPATÍA ASOCIADA A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN PACIENTES CON LES: PREVALENCIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICO FUNCIONAL RENAL
Silvariño R, Pons-Estel G, Espinosa G, Arrizabalaga P, Sant F, Solé M, Alonso J, Cervera R
- 3** ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS SISTÉMICAS Y TRASTORNOS DEPRESIVOS
Arias S, Fonsalía V, Lujambio A, Bartesaghi V, Astegiante N, García L
Policlínica de Colagenopatías Hospital Maciel
- 4** DISMINUCIÓN DE LDL COLESTEROL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRATADOS CON HIDROXICLOROQUINA.
Cairoli E, Rebella M, Garra V, Danese N, Lapiedra J, Firpo M, Bruzzone M.
Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Clínica Médica "C" y "B", Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UDELAR.
- 5** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE HOMBRES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.
Cairoli E, Rebella M, Danese N, Lapiedra J, Firpo M, Garra V, Bruzzone M, Alonso J.
Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Clínica Médica "C" y "B", Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UDELAR.
- 6** MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. A propósito de 6 casos.
Vargas A., Bouchard M., Goñi M., Silveira A.
Hospital Pasteur

Visita de Posters 2

Viernes 4 de diciembre - 10:40 – 11:10

Moderadoras: Dra. Mirtha Moyano – Dra. Mercedes Naviliat

- 7** CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA, HOY POCO FRECUENTE
Maciel G, Consani S, Fernández A, Servioli L
Clínica Médica "1", UDELAR. Policlínica de enfermedades autoinmunes. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay
- 8** RESULTADO PRELIMINAR DE LA DETERMINACIÓN DE MICROALBUMINURIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA
Sosa D, Bouchard M, Solari A, Souto R, Suárez R
Cátedra de Reumatología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay
- 9** LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Presentación de casos clínicos
Caggiani M, Jurado R, Guariglia R.
- 10** CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEVERIDAD Y POBRE PRONÓSTICO VISUAL DE UVEITIS ASOCIADA A ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)
Giupponi J¹, Cameto J¹, Sánchez Y¹, Couto C², Schlaen A², Tártara A³, Gamio S³, Espada G¹.
¹Sección de Reumatología y ²Oftalmología, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" (HNRG)
³Servicio de Oftalmología Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires, Argentina.
- 11** TRATAMIENTO CON MICOFENOLATO MOFETIL (MMF) EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL REFRACTARIO.
Cameto J, Espada G, Elias Costa C, Fayad A, Vallejo G
Hospital de Niños "Dr Ricardo Gutiérrez"
Secciones Reumatología¹ y Nefrología². Buenos Aires.
- 12** EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA
Corbacho I, Daputo J.
Instituto Nacional de Reumatología

Visita de Posters 3

Sábado 5 de diciembre - 10:40 – 11:10

Moderadoras: Dra. Graciela González – Dra. Renée Souto

- 14** ORTESIS EN EL PACIENTE REUMATOLÓGICO. SERVICIO DE FISIATRIA – I.N.R.U.
Dra. De Pizzol, Gabriela, Lic Fst Caceres, Lia**, Lic Fst Briano, Cecilia**, Lic Fst Musto, Teresa**, Lic Fst. Ochoa, Monica***
* Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Jefe del Depto de Fisiatria del Instituto Nacional de Reumatología, M.S.P. - Uruguay
** licenciadas en fisioterapia, Instituto Nacional de Reumatología, M.S.P. - Uruguay
- 15** EXPERIENCIA CON BIOLÓGICOS EN ESPONDILOARTROPATÍAS
Palleiro D, Spangenberg E, Corbacho I
Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES), Sociedad Uruguaya de Reumatología (SUR). Instituto Nacional de Reumatología (INRU), Ministerio de Salud Pública (MSP). Cátedra de Reumatología. Universidad de la República
- 16** INCAPACIDAD LABORAL EN ESPONDILOARTRITIS ANQUILOSANTE
Palleiro D, Mederos D, Spangenberg E
Grupo Uruguayo de Espondilopatías (GUES). Sociedad Uruguaya de Reumatología. Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay (INRU)
Cátedras de Reumatología y de Medicina Legal. Universidad de la República.
- 17** ANTICUERPOS ANTI NITROTIOISINA EN ARTRITIS REUMATOIDEA
Keushkerian, M. ¹; Sosa, D. ²; Celano, L. ¹; Suárez, R. ³; Naviliat, M. ²; y Thomson, L. ¹
¹Instituto de Química Biológica de la Facultad de Ciencias,
² Cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad de la República,
³ Instituto Nacional de Reumatología, ASSE.
- 18** ESPONDILOARTRITIS ANQUILOSANTE Y BAREMOLOGÍA
Mederos D, Palleiro D, Spangenberg E
Grupo Uruguayo de Espondilopatías (GUES). Sociedad Uruguaya de Reumatología. Instituto Nacional de Reumatología (INRU). Cátedra de Reumatología. Cátedra de Medicina Legal. Universidad de la República.

Resúmenes de trabajos científicos

"IMPACTO DE LOS FACTORES DE ESTRÉS PSICOSOCIALES EN LA GENERACIÓN DE LA FIBROMIALGIA Y SU INTERRELACIÓN CON RASGOS DE PERSONALIDAD"

Uboldi C, Cabrera B.

Centro Asistencial de la Agrupación Médica de Pando (CAAMEPA)

Introducción: La Fibromialgia es una enfermedad reumática, expresada por dolor crónico difuso, trastornos del sueño, fatiga, rigidez, etc. Se ve en el 2 a 4% de la población, 90% son mujeres. Se han encontrado alteraciones en varios neurotransmisores, disfunciones en ejes neuroendócrinos y alteraciones en la modulación del dolor. Para unos, estos hallazgos son causa y para nosotros consecuencia de la enfermedad, de acuerdo a nuestro modelo etiopatogénico, basado en más de 450 pacientes vistos.

Objetivos: analizar la presencia de factores de estrés y su posible relación con el desarrollo de la enfermedad, relacionar esos eventos negativos en la niñez y adolescencia con la enfermedad actual y con determinados rasgos de su personalidad, pesquisar la presencia de recursos personales, redes sociales y los patrones de comportamiento.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio transversal descriptivo-analítico de una muestra de 40 historias seleccionadas al azar, sólo de mujeres de la institución CAAMEPA.

Resultados: la edad promedio fue de 51.37 años, 70% casadas, con primaria completa 28.57%, con ocupaciones de bajo nivel económico. Se encontraron como máximo 19 estresores psicosociales y un mínimo de 8, con una media de 12.75. Los rasgos de personalidad son: autoexigencia, asunción de responsabilidades, baja autoestima, perfeccionistas, tendencia a la preocupación, hiperactividad, incapacidad para el disfrute, sobreimplicancia, etc.

Conclusiones: Además de la genética, se necesitan la vulnerabilidad psicológica, la personalidad peculiar y los estresores psicosociales para generar la fibromialgia. Las alteraciones neuroendócrinas son consecuencia y no causa de la enfermedad.

NEFROPATÍA ASOCIADA A SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN PACIENTES CON LES: PREVALENCIA, MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICO FUNCIONAL RENAL

Silvariño R^{1,2}, Pons-Estel G¹, Espinosa G¹, Arrizabalaga

P¹, Sant F¹, Solé M¹, Alonso J¹, Cervera R¹

¹Departamento de Enfermedades Autoinmunes, Nefrología y Anatomía Patológica, Hospital Clínic, Barcelona, España y ²Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Clínica Médica C, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

Introducción: los anticuerpos antifosfolípido (AAF) se han asociado con lesión renal de pequeño vaso e isquemia renal crónica. La histopatología renal asociada al síndrome antifosfolípido (SAF) incluye microangiopatía trombótica (TMA), hiperplasia fibrosa íntima (FIH), oclusión fibrosa arterial (FAO), atrofia cortical focal (FCA) y tiroidización tubular (TT). Aunque se ha sugerido el término "nefropatía asociada a SAF" (N-SAF), la afectación renal no se ha incluido dentro de los criterios de clasificación del mismo.

Objetivos: determinar prevalencia, manifestaciones clínicas y pronóstico funcional renal de los pacientes con nefritis lúpica y nefropatía asociada a SAF.

Métodos: fueron incluidos pacientes con LES (criterios ACR) que requirieron biopsia renal por presentar nefropatía. Toda la histología fue analizada por el mismo patólogo.

Resultados: 79 biopsias fueron incluidas (70 mujeres [88,6%]), edad media al momento de la biopsia de 33,3 ± 16,6 años (14-66) y seguimiento de 73 ± 51 meses (1-215). 9 (11,4%) biopsias cumplieron con criterios de N-SAF. Las lesiones histológicas halladas fueron: 3 (3,8%) casos de TMA, 4 (5%) de FIH, y 3 (3,8%) FCA. Pacientes con LES y N-SAF tenían una mayor duración del LES al momento de la biopsia (p = 0,02), mayor tasa de cronicidad (p = 0,01), mayor prevalencia de fibrosis intersticial (p = 0,04), atrofia tubular (p = 0,02) y nefroangioesclerosis (p = 0,03) en comparación con el grupo sin N-SAF. La presencia de AAF se asocia a la N-SAF (p 0,009). La asociación de anticoagulante lúpico y anticardiolipina positivos (no su positividad aislada) se relacionó con el desarrollo de N-SAF (p < 0,001). No hubo asociación entre N-SAF e hipertensión, síndrome nefrótico, hematuria, proteinuria o elevación de creatinina. No hubo diferencia en respuesta renal completa, parcial y no respuesta entre grupos. Pacientes con TMA mostraron mayor prevalencia de SAF (p < 0,001), trombosis arterial extrarrenal (p 0,02) y trombosis venosa (p = 0,02) en la evolución.

Conclusión: la prevalencia de N-SAF fue de 11,4%. No hubo asociación entre N-SAF y manifestaciones clínicas o de laboratorio, excepto mayor riesgo de desarrollo de SAF y trombosis arterial y venosa. El pronóstico funcional renal a largo plazo en los pacientes con LES, fue similar con o sin N-SAF asociada.

ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS SISTÉMICAS Y TRASTORNOS DEPRESIVOS

Arias S, Fonsalía V, Lujambio A, Bartesaghi V, Astegianta N, García L

Policlínica de Colagenopatías Hospital Maciel

Introducción -La incidencia de trastornos depresivos acompañando a patologías médicas es elevada y tienen importancia pronostica para el curso de las mismas. Síntomas cardinales de las enfermedades inmunomediadas (EAS) como el dolor crónico y la fatiga pueden actuar como desencadenantes de depresión.

Objetivos-Determinar la frecuencia de depresión en pacientes portadores de conectivopatías. Determinar la frecuencia del dolor, fatiga, trastornos del sueño en pacientes con EAS y su relación con la depresión.

Pacientes y Métodos-Se realizó un estudio prospectivo descriptivo en el que se incluyeron a todos los pacientes portadores de conectivopatías asistidos en el período del estudio. Se aplicó cuestionario de depresión CES-D, cuestionario de fatiga (FSS), e Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh. Se evaluó el dolor en escala analógica visual graduada.

Resultados-Se evaluaron 58 pacientes portadores de EAS. El 90 % se trató de mujeres con edades entre 16 y 76 años (46,19 +/-12,6 años). Según el cuestionario CES-D 74% de los pacientes se encuentran deprimidos. El dolor se halló en 84% (n= 49), de los cuales 41 se hallaban deprimidos (83,7%). Hay una relación estadísticamente significativa entre los dos hechos (Fisher p=0,00057). Entre los pacientes deprimidos 93% eran malos dormidores, 66% entre los no deprimidos (p=0,002). La depresión se asoció en forma significativa a la fatiga 74% para deprimidos, y 26% para los no deprimidos (p=0,001). 24 pacientes (41%) tuvieron consulta con psiquiatra, 15 recibe tratamiento. Todos los pacientes tratados persisten deprimidos.

Discusión-Encontramos una incidencia de depresión muy alta en las EAS (74%), es la comorbilidad más frecuente. La misma se encuentra significativamente ligada al dolor, la fatiga y los trastornos del sueño. El dolor genera depresión y ésta dolor. Ambos provocan trastornos del sueño y fatiga. La vinculación entre los mismos es compleja. Deterioran la calidad de vida y aumentan la morbi-mortalidad. Pocos pacientes fueron referidos a psiquiatra. 25% recibe tratamiento antidepressivo. El mismo fue ineficaz en todos los pacientes. Una combinación de factores dificulta el reconocimiento, evaluación y tratamiento de la depresión en la consulta sin embargo su sorprendente frecuencia lo torna imprescindible.

DISMINUCIÓN DE LDL COLESTEROL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRATADOS CON HIDROXICLOROQUINA.

Cairóli E, Rebella M, Garra V, Danese N, Lapiedra J, Firpo M, Bruzzone M.

Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Clínica Médica "C" y "B", Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UDELAR.

Introducción. El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica asociada al desarrollo de aterosclerosis precoz, subclínica y acelerada.

Objetivos. Evaluar el efecto de la hidroxicloroquina (HCQ) en el perfil lipídico de pacientes con LES.

Materiales y métodos. Realizamos un estudio prospectivo de pacientes con LES que consultaron de manera consecutiva en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital de Clínicas. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de LES que cumplieran al menos 4 de los criterios establecidos por el ACR. Criterios de exclusión: pacientes con LES en actividad (SLEDAI > 5), diabetes o dislipemia conocida en tratamiento farmacológico. Se registraron características clínicas y perfil lipídico sérico de colesterol total (CT), triglicéridos (TG), lipoproteína de baja y alta densidad (LDL y HDL). Se consideró en tratamiento con HCQ aquellos pacientes que la recibieron durante los últimos 90 días. La dosis de prednisona registrada fue la dosis/día recibida en el último mes. La muestra se analizó en dos grupos, en función del uso o no HCQ como parte del tratamiento. Para la comparación de grupos se utilizó el test de Mann-Whitney, para los análisis de asociación se usó chi cuadrado y test de Fisher. Se consideró significativos valores de p < 0,05.

Resultados. Fueron incluidos 72 pacientes (70 mujeres), no encontrando diferencias significativas en edad, etnia y duración del LES entre ambos grupos. 37 pacientes no utilizaban HCQ y 35 pacientes si la recibían HCQ (en dosis media de 277 ± 103 mg/día) durante una media de 31 meses. Los valores de CT y LDL fueron significativamente menores en el grupo tratado, con descensos de 13% y 14,2% respectivamente. La dosis de prednisona no presentó diferencias entre ambos grupos (p 0,155). La disminución de CT y LDL se asoció positivamente a la toma de HCQ (p 0,048 y 0,040 respectivamente). Realizamos un subanálisis dentro de los que usaron HCQ, encontrando 24 casos donde comparamos los valores antes y después del tratamiento. La duración media del tratamiento fue de 7 meses, encontrando una disminución del 13,7% en los niveles de LDL (p 0,029). Aunque los niveles de CT y TG fueron menores y los de HDL mayores, estas diferencias no fueron significativas.

Conclusiones. La utilización de HCQ permitió disminuir la dosis media de prednisona así como reducir el CT y LDL, contribuyendo a la disminución del riesgo vascular.

Resúmenes de trabajos científicos

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE HOMBRES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.

Cairóli E, Rebella M, Danese N, Lapiedra J, Firpo M, Garra V, Bruzzone M, Alonso J.
Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Clínica Médica "C" y "B", Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UDELAR.

Introducción. El lupus eritematoso sistémico (LES) afecta predominantemente a mujeres, siendo menos conocidas las manifestaciones prevalentes en hombres.

Objetivos. Analizar las características clínicas de pacientes hombres con LES.

Materiales y métodos. Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes con LES asistidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital de Clínicas. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de LES que cumplieran al menos 4 de los criterios establecidos por el ACR. Comparamos los resultados de pacientes hombres con las características clínicas de 55 mujeres (relación 1/7). Para la comparación de grupos utilizamos test de Mann-Whitney. Se consideró significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados. Analizamos 8 pacientes hombres, 5 caucásicos y 3 mestizos, con una media de seguimiento de 31 meses. La edad al diagnóstico fue de 32 ± 13 años y al momento de la revisión de $37,8 \pm 14$ años. El tiempo de evolución del LES fue $6,6 \pm 3,9$ años. El debut del LES fue cutáneo-mucoso en 3, seroso en 3, renal en 1 y vascular trombotico (arterial cerebral) en otro. La afección renal se constató en dos pacientes, uno al debut (tipo V) y otro en la evolución (tipo IV). Todos fueron ANA+, con anti-DNA+ en 75%, anti-Smith+ y anti-RNP+ en el 50%. La media de consumo (mg/día) de prednisona fue de 44 ± 22 meses y de hidroxiquina de 14 ± 12 meses. Al comparar con datos de mujeres con LES no encontramos diferencias significativas en la etnia, edad actual, al diagnóstico y tiempo de evolución del LES. El inicio clínico con serositis fue de 5,5% en mujeres y de 37% en hombres. Los síntomas secos fueron encontrados en el 34,5% de las mujeres, estando ausentes en hombres. No hallamos diferencias en el resto de las manifestaciones clínicas así como en la analítica inmunológica. La dislipemia y la diabetes se encontraron en el 4,5% y 7% respectivamente en mujeres y estando ausentes en hombres. La HTA fue de 32,7% en mujeres y 62,5% en hombres ($p < 0,174$). No encontramos diferencias en el IMC. El tabaquismo estuvo presente en 18% de las mujeres y en 75% de los hombres ($p < 0,009$).

Conclusiones. En los hombres la afección serosa prevaleció al inicio, estando ausentes los síntomas secos en la evolución. La HTA y el tabaquismo fueron de mayor magnitud en hombres, debiendo insistir en el beneficio de su adecuado control y abandono del tóxico respectivamente.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET.

A propósito de 6 casos.

Vargas A., Bouchard M., Goñi M., Silveira A., Dufrechou
Hospital Pasteur

Introducción: La Enfermedad de Behçet (EB) es una enfermedad autoinmune, multisistémica, de etiología desconocida, crónica y recurrente, con probable predisposición genética. Esta fue descrita por H. Behçet en 1937 como una triada dada por: úlceras orales recurrentes, úlceras genitales recurrentes y uveítis. Las manifestaciones neurológicas se presentan en alrededor del 20% de los pacientes.

Objetivos: Analizar características clínicas y paraclínicas de pacientes con EB, formas de inicio de la enfermedad y compromisos sistémicos. Determinar la frecuencia y los patrones clínicos del compromiso neurológico en la EB en nuestra serie de pacientes. Evaluar la demora en establecer el diagnóstico.

Pacientes y Metodología: Se analizaron historias clínicas de pacientes con EB que se atendieron en la policlínica de Colagenopatías del Hospital Pasteur, entre enero de 2005 y setiembre de 2009. Se realizó una revisión retrospectiva. En nuestra serie, se incluyeron pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos definidos en 1990 por el Grupo de Estudio Internacional de estudio para la EB

Resultados: la serie fue de 6 pacientes 5 mujeres (83,3%) y 1 hombre (16,7%) con edades entre 30 a los 68 años en el momento del diagnóstico. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico tuvo una media de 2,33 años. La forma clínica de presentación fue: úlceras orales dolorosas recurrentes y úlceras genitales en 100% de los pacientes, 1 paciente debutó con oligoartritis de rodillas y cefaleas (16,7%), y en otro, las úlceras urogenitales se acompañaron de un Pseudoaneurisma del Tronco Braquiocefálico (16,7%). De estos 6 pacientes, 4 (66,7%) desarrollaron síntomas neurológicos, S. cerebeloso, piramidal, convulsiones, síndrome frontal; S. neuropsiquiátrico, o S. Sensorial visual; el 100% fueron mujeres.

La VES, PCR y complemento fueron normales en 100% de los casos; patología fue positiva en 4 casos, 1 negativa y en otro no se realizó, 2 pacientes tuvieron ANA positivos con ANCA negativos. A los 4 pacientes con afectación neurológica se les realizó Resonancia Magnética (RM) de cráneo con secuencias ponderadas en T1, sin y con contraste, T2, FLAIR y Difusión que fueron patológicas.

Conclusiones: No hay patrón de inicio típico, excepto la presencia de úlceras orales o genitales que estuvieron en 100% de los casos. La prueba patológica no es patog-nomónica de EB. A nivel de la RM de cráneo no hay una imagen típica de NB. Los resultados fueron similares a los de otras regiones con predominancia en el sexo femenino.

CRISIS RENAL ESCLERODÉRMICA, HOY POCO FRECUENTE

Maciel G, Consani S, Fernández A, Servioli L.
Clínica Médica "1", UDELAR. Policlínica de enfermedades autoinmunes. Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay

INTRODUCCIÓN. La crisis renal esclerodérmica (CRE) es una complicación poco frecuente de la esclerosis sistémica (ES). La aparición de nuevos fármacos permitieron que, desde hace años, dejara de ser su principal causa de muerte. Es mucho más frecuente en portadores de esclerosis sistémica difusa. Se caracteriza por aparición súbita de hipertensión en fase acelerada y puede cursar con insuficiencia renal rápidamente progresiva.

CASO CLÍNICO. 26 años, sexo femenino, portadora de esclerosis sistémica difusa de 3 años de evolución con extenso compromiso de piel, microstomía, esclerodactilia, telangiectasias, Raynaud, esofagitis con incompetencia del esfínter esofágico inferior miopatía proximal e hipotiroidismo. Anticuerpos anticentrómero y anti scl 70 negativos. El día del ingreso instala bruscamente cefalea intensa, visión borrosa y vómitos. Diuresis conservada. Del examen se destaca presión arterial (PA) de 200/120 mm de Hg. En la evolución instala crisis tónico-clónicas que requieren soporte ventilatorio. Instala cifras de 1,82 mg/dl de creatinemia. Se plantea crisis renal esclerodérmica, destacándose hipertensión arterial, insuficiencia renal e hipertensión endocraneana. Hemograma y examen de orina normales. EEG: sufrimiento difuso moderado cortico-subcortical. Se comienza tratamiento antihipertensivo con 3 drogas incluyendo enalapril. Buena evolución, normaliza cifras de PA, función renal y ceden los síntomas neurológicos.

DISCUSIÓN. Se trata de una paciente joven, portadora de esclerosis sistémica difusa con compromiso multiparenquimatoso que luego de 3 años de diagnosticada, instala un cuadro clínico de aparición brusca, grave y potencialmente mortal cuyo diagnóstico fue de CRE. Se instauró un tratamiento antihipertensivo con 3 fármacos incluyendo enalapril, con lo cual revirtieron los síntomas. Actualmente, en tratamiento con amlodipina y enalapril la paciente presenta PA y función renal normales.

CONCLUSIONES. A pesar de que actualmente la CRE es una complicación poco frecuente de la esclerosis sistémica, aún puede presentarse y generar un cuadro clínico potencialmente mortal, por lo que en estos pacientes se debe controlar de cerca la PA, recordar que si presenta cifras elevadas, puede ser el inicio de una CRE y comenzar su tratamiento precozmente con uno o más fármacos, siempre incluyendo el enalapril.

RESULTADO PRELIMINAR DE LA DETERMINACION DE MICROALBUMINURIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Sosa D, Bouchard M, Solari A, Souto R, Suárez R
Cátedra de Reumatología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay.
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay.

Introducción

Los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR) están expuestos a sufrir daño renal por la propia enfermedad y las drogas utilizadas en su tratamiento. La microalbuminuria ha demostrado ser un índice precoz en la detección de dicho compromiso.

Objetivo

Determinar la presencia de microalbuminuria en una población de pacientes portadores de AR asistidos en el INRU y realizar un análisis comparativo con pacientes portadores de artrosis periférica.

Materiales y métodos

Se tomó un grupo de 30 pacientes, 27 de sexo femenino y 3 de sexo masculino, de 24 a 75 años de edad con una media de 54 años portadores de artritis reumatoidea con una evolución de 1 a 19 años. Se les realizó detección de microalbuminuria en 2 oportunidades.

Los datos obtenidos se compararon con otro grupo de pacientes portadores de artrosis periférica a quienes se realizó una determinación de microalbuminuria.

Resultados y conclusiones

Se detectó microalbuminuria en 13,3% de los pacientes portadores de AR lo que corresponde a 4 casos. En un 10% que corresponde a 3 casos fue intermitente valorándose en la evolución. La función renal era normal en todos ellos. En los 4 pacientes la clinimetría al momento de la determinación de microalbuminuria mostraba valores de actividad elevados utilizando el SDAI. Estos datos son preliminares y corresponden a un corte en un trabajo que se proyecta a largo plazo por lo que los resultados y el análisis de los mismos está limitado por el bajo número de pacientes en la muestra.

Resúmenes de trabajos científicos

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Presentación de casos clínicos

Caggiani M, Jurado R, Guariglia R.

Policlínica de Enfermedades Colagenovasculares. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune multisistémica con gran variabilidad en su presentación y evolución. Un 20% de los casos se diagnostican antes de los 20 años. Para el diagnóstico se requieren al menos 4 de los 11 criterios para la clasificación del LES de la ACR que estén presentes en forma seriada o simultánea durante cualquier intervalo de observación. **Objetivo:** Describir algunas características clínicas, de laboratorio y evolutivas de 27 casos de LES controlados en la Policlínica de Enfermedades Colagenovasculares del CHPR en el período del 1º de octubre de 2003 al 31 de julio de 2009.

Material y método: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal con fichas pre codificadas durante el período, de 27 casos de LES.

Resultados: La edad al momento del diagnóstico tuvo una mediana de 13 años (rango 3 años 7 meses y 15 años). 24 fueron niñas. Cuatro casos tuvieron antecedentes familiares de LES y 2 de AR. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico tuvo una mediana de 3 meses (rango 10 días a 35 meses). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la fiebre y síntomas constitucionales: 85 %, manifestaciones hematológicas 78%, renales 52%, artritis 66%, cutáneas 62%, vasculitis 37%, neurológicas 40% y respiratorias 26%. En 12 casos (44%) se realizó biopsia renal siendo todas patológicas: 50% glomerulonefritis tipo IIIa y 16,7% tipo IV. Los ANA fueron positivos en un 93% y los antiDNA en el 63%, hipocomplementemia en 74% y anticuerpos antifosfolípidicos en 48%. El seguimiento de los pacientes tuvo una mediana de 29 meses (rango 1 - 68 meses). La evolución fue con empujes y remisiones siendo favorable en el 89%. Las complicaciones infecciosas se vieron en un 27% y el Síndrome Antifosfolípido en un 18%. Las complicaciones secundarias al tratamiento corticoideo fueron Síndrome de Cushing: 96%, hipertensión arterial 11% y osteoporosis 11%. Todos los pacientes fueron tratados con corticoides. Se utilizaron otros inmunosupresores: Azatioprina (63%), Ciclofosfamida (33%) y Micofenolato (30%). Recibieron Hidroxicloroquina el 63%. La respuesta al tratamiento fue buena. De los 27 pacientes, 6 (22%) pasaron a policlínica de adultos en remisión con tratamiento; 3 pacientes se perdieron, 2 estaban en remisión y 1 en actividad. Dos pacientes (7,4%) fallecieron; 1 al mes del debut por plaquetopenia persistente e irreducible y el otro a los 4 años y 5 meses por empuje multisistémico no controlado. Actualmente están en control 16 pacientes (59%). De estos 9 (56%) están en remisión con tratamiento y 7 (44%) presentan elementos de actividad.

Conclusiones: El LES en la edad pediátrica se presenta frecuentemente con grave compromiso multisistémico requiriendo la administración crónica de asociación de inmunosupresores. La evolución fue favorable en el 89 % y la mortalidad a 5 años fue del 7,4 %.

TRATAMIENTO CON MICOFENOLATO MOFETIL (MMF) EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL REFRACTARIO.

Camelo J, Espada G, Elias Costa C, Fayad A, Vallejo G

Hospital de Niños "Dr Ricardo Gutiérrez". Secciones Reumatología¹ y Nefrología². Buenos Aires.

En la década pasada el Micofenolato Mofetil (MMF) ha demostrado ser una terapia eficaz y segura en el tratamiento del LES en adultos, principalmente en la nefritis lúpica. Recientemente ha sido sugerido como un nuevo tratamiento posible para el LES de inicio juvenil. Sin embargo, reportes respecto de eficacia y seguridad de MMF en la edad pediátrica son aún escasos. **Objetivo:** Describir y analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con MMF en una serie de pacientes con LES de inicio juvenil. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo. Revisión de HC de pacientes LES juvenil (ACR 97), con enfermedad activa y refractaria a drogas inmunosupresoras convencionales, motivo por el cual recibieron Micofenolato Mofetil (MMF), a una dosis media de inicio de 16/mg /Kg/día. Se analizaron variables clínicas, serológicas, de actividad y daño de la enf. (según SLEDAI y SLICC, respectivamente) al momento basal (inicio tratamiento) y a la última consulta. Ningún pte presentaba compromiso multiorgánico al momento del inicio de MMF. Se determinaron además eventos adversos. **Análisis estadístico:** Descriptivo, test de Wilcoxon (SPSS 13.0) **Resultados:** Se evaluaron 12 ptes. con LES juvenil, 9 mujeres (75%), con una mediana de edad al Dx. de 10 años (r 5 a 15 años). El tpo X de evolución del LES, al tto con MMF fue de 32 meses (r 4 a 69 meses) y la mediana del tiempo de seguimiento post tto fue de 18 meses (rango: 6 a 52 m). Las indicaciones para recibir MMF fueron: fracaso al tto de nefritis en 5 ptes; inducción de tto nefritis: 1 pte; mantenimiento de tto de nefritis: 4 ptes; compromiso pulmonar en 1 pte y compromiso del SNC en 1 pte. Al inicio del tto., los pacientes presentaban altos índices de actividad, como se valora según score X SLEDAI de 13, número de hospitalizaciones (X=10) y la dosis diaria X requerida de corticoides (20 mg/día). El tto. Inmunosupresor previo al inicio de MMF fue: CFM (n=11), Aza (n=5) y CyA (n=2). La tolerancia de la medicación fue buena, no observándose EA. Ningún pte suspendió la medicación por EA ó intolerancia, siendo suspendida en 5 pacientes por falta de respuesta. No se observó en los ptes tratados con MMF una mejoría significativa en los parámetros serológicos ni clínicos de actividad de la enfermedad como tampoco en los de daño; si se mostró efectiva, (aunque no en rango significativo) en la reducción de la dosis de esteroides requerida para control de la enfermedad y en el número de internaciones aún en los ptes con nefritis en los cuales se realizó una indicación temprana de MMF (< 26m).

Conclusiones: En nuestra serie de niños con LES 10 ptes ingresaron a tto por compromiso renal (GNF IV-V), 1 por compromiso pulmonar y 1 por compromiso del SNC. En su mayoría (58,3%) respondieron parcialmente al tratamiento, sin una mejoría significativa en los parámetros clínicos ni serológicos de actividad; si se mostró efectivo aunque en rango no significativo en la reducción de los requerimientos de esteroides y número de internaciones. La droga fue bien tolerada. Y su perfil de seguridad satisfactorio.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEVERIDAD Y POBRE PRONÓSTICO VISUAL DE UVEITIS ASOCIADA A ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ)

Giupponi J, Camelo JI, Sánchez Y, Couto C, Schlaen A, Tártara A, Gamio S, Espada G.
¹Sección de Reumatología y ²Oftalmología, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" (HNRG) ³Servicio de Oftalmología Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires, Argentina.

La uveítis crónica (UC) es una seria complicación de la AIJ, que puede ocasionar ceguera. Su prevalencia varía en diferentes series entre el 10-34%, habitualmente compromete cámara anterior y es asintomática. Se ha descrito compromiso severo de la agudeza visual (AV) en el 38 % de los pts. **Objetivos:** 1) describir las características clínicas, curso y severidad de la uveítis en una cohorte de pts con AIJ 2) determinar predictores asociados a pobre pronóstico visual. **Material y métodos:** Se revisaron HC de pts con uveítis- AIJ (ILAR'01) seguidos en la Sección de Reumatología HNRG (90-'07) asistidos en Servicio de Oftalmología HNRG y Hospital Clínicas. Se realizó un protocolo ad hoc para evaluar comportamiento clínico y severidad de la uveítis. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio al inicio y a la última consulta. El curso clínico de la uveítis fue definido según recomendaciones del Grupo Internacional de estudio de uveítis (Bloch-Michel'87), como: 1) episodio único, 2) episodios recurrentes - crónicos (duración > 4m) o - remitentes (< 4m). Se definió como uveítis de curso severo- (uveítis severa): 2 o más episodios/año (duración >1m a pesar del tto tópico) con complicaciones o necesidad de tto inmunosupresor (Zulian'02) Evaluamos pronóstico a través de AV final (AVF) alcanzada, definiendo como pobre pronóstico a la AVF de ≤ 0.4 dec. Análisis estadístico: descriptivo, χ^2 , T- test, análisis de regresión (SPSS 13.0). **Resultados:** Evaluamos 57pts que desarrollaron uveítis (90 ojos afectados), 27 (50%) presentaron compromiso bilateral inicial, 48 (84) fueron mujeres. La edad x al dx de uveítis fue de 6.5 a (RIQ 3 a10) con un intervalo de tpo x entre el dx de AIJ y uveítis de 23.7 m. En 13 pts (22.8%) la uveítis fue la primera manifestación de la enfermedad. El subtipo de AIJ más frecuente fue oligoartritis persistente en 47 pts (82.4%). Se observó la presencia de títulos positivos para AAN en 40 pts (80%). La uveítis fue anterior en 41pts (80.4%), posterior en 3 y se observó panuveítis en 4. En relación al curso, presentaron único episodio 15 pts (27%), episodios recurrentes crónicos 17 pts (31%) y recurrentes remitentes 23 pts (42%). Observamos uveítis severa en 27 pts (48%) y pobre AV final en 16 pts (29.7%) y 19/90 ojos (21%). Se observó asociación entre el curso crónico recurrente, el desarrollo de uveítis severa y pobre AV final (p. .018 y .015 respectivamente) Al evaluar pronóstico de la uveítis a través de AV alcanzada observamos un pobre pronóstico ocular asociado a mala AV al inicio (p.001) y a severidad de la uveítis (p.001) Mediante análisis de regresión, observamos que la pobre AV inicial fue el único predictor de pobre pronóstico visual (p.006, .495). **Conclusiones:** En nuestra serie, la forma más frecuente de uveítis fue la anterior, de curso recurrente remitente, asociada a AIJ oligo persistente. El 50% de los pts (n: 27) presentó uveítis severa comprometiendo 46 ojos. El curso crónico recurrente y la mala AV inicial se asociaron significativamente a pobre AVF. El único predictor observado como asociado a pobre pronóstico visual fue una mala AV inicial al dx de la uveítis.

EVALUACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Corbacho I, Dapuetto J.

Instituto Nacional de Reumatología

Objetivos. Evaluar el impacto sobre la capacidad funcional, la situación laboral y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con artritis reumatoidea (AR).

Método. Se trata de un estudio descriptivo transversal de una muestra de 53 pacientes de un centro reumatológico público de Montevideo. Se evaluó dolor, repercusión funcional, CVRS y nivel de actividad mediante los instrumentos EVA-D (escala visual análoga de dolor), EVA-G (escala visual análoga de afectación del estado general), HAQ (Health Assessment Questionnaire), SF-12 (Medical Outcomes Study Short Form 12), DAS 28 (Disease Activity Score). El análisis estadístico consistió en coeficientes de regresión lineal, test de t y ANOVA para estudiar la asociación entre las variables independientes y la CVRS. Mediante el ICC se estudió la correspondencia entre los reportes de los pacientes y del médico sobre la capacidad funcional.

Resultados. Edad media 51,9 años (SD=12); 88,7 % mujeres (n=47). La duración media de la enfermedad fue de 9,8 años (rango 1-31 a, SD= 7,2). El 90,6% (n=48) pertenecía a la clase social media-baja y baja según la escala de Graffar. El 66% (n=35) estaba desempleado. Se constató altos niveles de actividad de la enfermedad: 73,5% de actividad moderada a severa (n=39), dolor severo en el 60% (n=32) y repercusión sobre el estado general (mediana EVA-G = 40, rango 0-100 mm). Más del 70% tenían niveles de HAQ con afectación moderada o severa. La media del PCS del SF-12 fue de 31,5 puntos (rango 15,2- 59,5; SD=10,1) mientras que el MCS fue de 37,9 puntos (rango: 15,7 - 66,4; SD = 14,6). La evolución mayor de un año y el nivel de actividad fueron factores determinantes de las mediciones de CVRS.

Conclusiones. Se muestra la elevada carga de la AR para los pacientes debido al dolor, afectación del estado general, capacidad funcional, situación laboral y CVRS física y emocional. Se resalta la importancia de un diagnóstico precoz, seguimiento estrecho y tratamiento agresivo a fin de disminuir el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida de estos pacientes

Resúmenes de trabajos científicos

ORTESIS EN EL PACIENTE REUMATOLÓGICO

SERVICIO DE FISIATRÍA – I.N.R.U.

Dra. De Pizzol, Gabriela, Lic Fst Caceres, Lia**, Lic Fst Briano, Cecilia**, Lic Fst Musto, Teresa**, Lic Fst. Ochoa, Monica***

* Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Jefe del Depto de Fisiatría del Instituto Nacional de Reumatología, M.S.P. - Uruguay

** licenciadas en fisioterapia, Instituto Nacional de Reumatología, M.S.P. - Uruguay

Introducción: las ortesis son un recurso útil en el tratamiento de los pacientes con patología reumatoide, para lograr mejorar dolor, funcionalidad y prevenir deformidades

Definición: Son dispositivos que aplicados externamente sobre cualquier región anatómica de la extremidad superior con el fin de mantener, mejorar o restaurar la función alterada de la citada extremidad o de alguno de sus segmentos.

Material y métodos: en el I.N.R.U. se están confeccionando férulas estáticas en pacientes con artritis reumatoide, rizartriosis, y otras patologías como las tendinitis y actitudes viciosas por diferentes etiologías. El material empleado es yeso o termoplástico de baja temperatura. En el 2009 se han confeccionado 24 férulas para estabilización de TMC, 10 para tendinitis de puno, 31 férulas de posición para uso nocturno, 4 anillas y 6 otros tipos.

Se valoraron pacientes con test de Dreisser al momento de confeccionar la férula y al mes de usarla.

Se lograron obtener datos de inicio y control en 10 pacientes, con Delta promedio de mejoría de 4,7

Conclusiones: si bien estamos presentando un trabajo aun en curso, el uso de ortesis parece ser efectiva en lograr una mejoría funcional en el paciente con patología reumatoide de miembros superiores cuando otras medidas terapéuticas no han sido suficientes.

EXPERIENCIA CON BIOLÓGICOS EN ESPONDILOARTROPATÍAS

Palleiro D, Spangenberg E, Corbacho I

Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES), Sociedad Uruguaya de Reumatología (SUR), Instituto Nacional de Reumatología (INRU), Ministerio de Salud Pública (MSP). Cátedra de Reumatología. Universidad de la República.

Introducción: En Uruguay el uso de medicación biológica en espondilopatías (EA) está pautado por Guías Terapéuticas y Protocolo de Terapias Biológicas del GUES, refrendados por SUR, Cátedra de Reumatología e INRU. El único biológico validado disponible es Adalimumab, un anticuerpo monoclonal humano anti -TNF .

Objetivos: Presentar la experiencia uruguaya con Adalimumab en pacientes GUES.

Material y métodos: Pacientes GUES con EA que aplicaban para biológicos, con consentimiento informado y aprobación del Comité de Auditoría (INRU), recibieron Adalimumab (40 mg s/c cada 14 días) entre noviembre 2008 y julio 2009. Se consignaron índices de actividad (BASDAI) , función (BASFI), metrología (BASMI), calidad de vida (ASQoL), dolor global y nocturno en escala visual análoga (EVA); valoración global del paciente (VGP) y médico (VGM); entesitis (MASES); VES y PCR; e índices de mejoría (BASDAI 50, ASAS 40) y remisión (ASAS).

Resultados: Se incluyeron 10 EA: 1 asociada a psoriasis, 1 juvenil y 8 anquilosantes. El 80% fueron varones HLA B27 +; con edad de inicio promedio 24.2 años, retraso diagnóstico 5 años y tiempo de evolución de la enfermedad 10.8 años.

mes	BASDAI	BASFI	BASMI	ASQoL	Dolor global	Dolor N
0	7.0	7.8	3	12.3	8.1	7.8
3	4.2	4.9	2	5.1	4.6	4.1
6	3.4	3.8	2	2	2.8	2.6
9	3.4	3.6	2	1	2	1.3

mes	VGP	VGM	VES (mm)	PCR (mg/l)	BASDAI 50	ASAS 40	ASAS Remisión
0	8.1	7.7	24	20.3	--	--	--
3	4.4	3.3	12	2.7	22%	33%	11%
6	3.9	2.4	14	6.8	20%	60%	20%
9	2.8	2.7	11	3.1	33%	67%	33%

El 60% tuvo PPD \geq 5 mm y quimioprofilaxis. No hubo eventos adversos serios.

Conclusiones: Adalimumab mejoró los índices de actividad, función, calidad de vida y metrología. Todos los pacientes optimizaron el sueño. Un tercio alcanzó BASDAI 50 y dos tercios ASAS 40 a los 9 meses. Se destaca la alta prevalencia de PPD positivo. Es necesario ampliar el estudio para confirmar los resultados y cuantificar la remisión.

INCAPACIDAD LABORAL EN ESPONDILOARTRITIS ANQUILOSANTE

Palleiro D, Mederos D, Spangenberg E

Grupo Uruguayo de Espondiloartropatías (GUES), Sociedad Uruguaya de Reumatología, Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay (INRU).

Cátedras de Reumatología y de Medicina Legal. Universidad de la República.

Introducción: La espondiloartritis anquilosante (EAA) afecta a pacientes jóvenes, laboral y profesionalmente activos. La incapacidad laboral (IL) es de frecuencia variable, con un impacto individual y social aún no bien determinado.

Objetivos: Establecer la prevalencia de pacientes con IL pertenecientes al GUES. Describir las características de esta población.

Material y métodos: Se efectuó un corte transversal de la base de datos GUES en octubre 2009, seleccionándose las EAA (criterios de Nueva York modificados). Se obtuvieron variables demográficas, ocupacionales y características de la enfermedad. Los pacientes fueron clasificados con IL acorde al criterio del Banco de Previsión Social (BPS). Se preservó la confidencialidad de los datos obtenidos.

Resultados: De un total de 169 pacientes GUES, 116 correspondieron a EAA, constatándose IL en 16 (13.8 %). Los tipos de IL se distribuyeron en: 8 permanentes, 5 transitorias y 3 desconocidas. Todos fueron hombres, predominando las clases media-baja y baja (según escala de Graffar), con esfuerzo laboral moderado (64%). Promedialmente la edad de inicio fue 24,7 años (10 - 49), duración de la enfermedad 18,7 (8-34) y retraso diagnóstico 7.9. El 25% tuvo inicio juvenil. Prevalió el tipo mixto (94%), con entesitis en 62.5 %. Cuatro casos tuvieron uveítis. Los índices promedio fueron: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index- BASFI 6,9 (2,2 - 9,6); Bath AS Disease Activity Index -BASDAI 5,0 (1,5 -7,7); Bath AS Metrology Index-BASMI 7,1 (5-10); expansión torácica 3,1 cm (1,5-5); Bath AS Global score -BASG últimos 6 meses 7,1 (2-10); AS Quality of Life-ASQoL 11 (4-16) y valoración global por el médico 5,6 (1- 8). Todos presentaron sacroileitis clínico-radiológica (75% grado IV, 25% grado III); 87% de los casos coxitis, prótesis de cadera 25% y 50% afectación de hombros. La velocidad de eritrosedimentación promedio fue de 50 mm (rango:10-120 mm).

Conclusiones: La prevalencia de la IL en EAA fue inferior a los datos internacionales (25%), predominando en hombres de clase social media-baja a baja, con edad de inicio joven, elevado retraso diagnóstico, y compromiso mixto con entesitis. Tanto la clínica como la radiología demostraron un severo deterioro.

Se plantea un subdiagnóstico de IL, requiriéndose estudios prospectivos para lograr una identificación de los factores de riesgo predictivos de la misma.

Se destaca la necesidad de actuar en forma interdisciplinaria para reconocer aspectos que influyen en la valoración del daño corporal, y establecer medidas preventivas.

ANTICUERPOS ANTI NITROTIROSINA EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Keushkerian, M. 1; Sosa, D. 2; Celano, L. 1; Suárez, R. 3; Naviliat, M. 2; y Thomson, L. 1

¹Instituto de Química Biológica de la Facultad de Ciencias, ²Cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad de la República, ³Instituto Nacional de Reumatología, ASSE.

La artritis reumatoide es una patología sistémica, crónica, de naturaleza inflamatoria, en la que se encuentran involucradas especies oxidantes y nitrantes, capaces de producir modificaciones en la estructura de las proteínas. Nuestro objetivo es demostrar y caracterizar la capacidad de neo-epitopos proteicos nitrados, previamente descritos en la sinovitis artrítica, de desencadenar una respuesta autoinmune, y en particular de generar autoanticuerpos. Estudiamos además el isotipo de los anticuerpos anti-nitrotirosina y la capacidad oxidante total del plasma. Con este fin se obtuvieron muestras de suero de 38 pacientes portadores de artritis reumatoide (del Instituto Nacional de Reumatología).

El título de anticuerpos anti-nitrotirosina en el plasma de los pacientes, estudiado por ELISA, fue significativamente superior (0.52, n=38) al encontrado en controles sanos (0.34, n=15) (p<0.001). No encontramos correlación entre el título de anticuerpos anti-nitrotirosina y la presencia de factor reumatoide, la velocidad de eritro-sedimentación ni de los niveles de la proteína C reactiva. Con el fin de determinar el isotipo de las inmunoglobulinas reactivas contra nitrotirosina se utilizó una columna de afinidad. Con las fracciones obtenidas se realizó una electroforesis empleando SDS-PAGE al 10 %. El gel fue luego revelado mediante tinción con nitrato de plata, obteniéndose en la primera fracción unida a la columna dos bandas bien definidas correspondientes al peso molecular de las cadenas pesadas de IgG e IgM (51 y 72 kDa, respectivamente). Otro gel sembrado de la misma manera fue utilizado para el ensayo de inmunotransferencia, mediante el cual se evidenció la presencia de IgG e IgM en las bandas aisladas. Para determinar la capacidad antioxidante de las muestras de plasma se realizaron ensayos de FRAP (Ferric Reducing Antioxidant Power Assay).

Resúmenes de trabajos científicos

ESPONDILARTRITIS ANQUILOSANTE Y BAREMOLOGÍA

Mederos D, Palleiro D, Spangenberg E

Grupo Uruguayo de Espondilopatías (GUES). Sociedad Uruguaya de Reumatología.

Instituto Nacional de Reumatología (INRU). Cátedra de Reumatología.

Cátedra de Medicina Legal. Universidad de la República.

Introducción: La espondiloartritis anquilosante (EAA) es una enfermedad crónica que produce importantes alteraciones funcionales y de la capacidad laboral. El *baremo* del Banco de Previsión Social (BPS) es el único válido en nuestro país para determinar las incapacidades laborales (IL).

Objetivos: Detectar las variables de los protocolos GUES que permitan establecer el grado de discapacidad de los pacientes con EAA. Analizar los factores complementarios (FC) que se agregan al porcentaje de incapacidad.

Material y métodos: Se utilizaron los datos extraídos de un estudio simultáneo sobre IL en EAA del GUES, excluyéndose aquellos que recibían una renta por IL permanente (ILP). Se efectuó un análisis de los protocolos de IL transitoria (ILT), extrayéndose las variables correspondientes a los FC (edad, nivel cultural, tipo de tarea, valoración social y posibilidad de inserción laboral). Se estudiaron los índices clínicos.

Resultados: De un total de 16 casos de EAA con IL, 5 tuvieron ILT. La edad promedio fue 36,2 años (29-52), predominando la clase baja (80%) según escala de Gaffar. Cuatro eran menores de 41 años, no correspondiendo FC por edad; sin embargo los FC por tareas y reinserción laboral oscilaron entre 23 y 24 puntos. Los índices clinimétricos fueron elevados en todos los casos: función - BASFI 7,4; actividad - BASDAI 4,3; limitación de la motilidad - BASMI 8; valoración general - BASG últimos 6 meses 6,8; calidad de vida - ASQol 10,4. Se recabaron separadamente BASFI ítem 6 (bipedestación); BASDAI 1 (fatiga), 5 y 6 (rigidez); ASQol 8 (fatiga) y 14 (dolor) que demostraron valores concordantes con los globales. Todos los casos presentaron afectación axial y periférica, y fueron intervenidos quirúrgicamente (3 prótesis bilaterales de cadera y 2 de realineación del raquis). La IL por afectación exclusiva del raquis, osciló entre 45 y 66% según baremo del BPS.

Conclusiones: Se destaca la alta puntuación por FC en los pacientes portadores de EAA con IL transitoria, debido a factores socio-económicos y culturales. Si bien los datos de los protocolos GUES permitieron un cálculo aproximado, para completar la valoración de IL se requiere la limitación axial y periférica expresada en grados. Se destaca la imposibilidad de correlacionar las alteraciones imagenológicas, dado que el baremo del BPS no contempla las afectaciones reumatológicas inflamatorias del raquis. Sería de interés la conducción de estudios prospectivos interdisciplinarios.



INFORMACIÓN GENERAL

Tarjeta de identificación

La tarjeta de identificación, la cual le acredita como participante del congreso, debe ser presentada para ingresar a la sala de actividad académica. Su uso es obligatorio.

Teléfonos celulares

El uso de teléfonos celulares está prohibido dentro de la sala de conferencias. Por favor silencie su teléfono al entrar a la misma.

Diplomas

Los diplomas se entregarán el último día del Simposio (Sábado 3 de diciembre) a partir de las 09:00 h.

ARANCELES DE INSCRIPCIÓN

Categoría	Costo
Socios SUR – SOTU al día	\$1000
No socios	\$1500
Médicos con menos de 2 años de recibido, Estudiantes de pre-grado, Enfermería	\$900
Técnicos	\$700



PATROCINADORES

Abbott
Antía Moll
Bayer
Brandt
Celsius
Clínica White

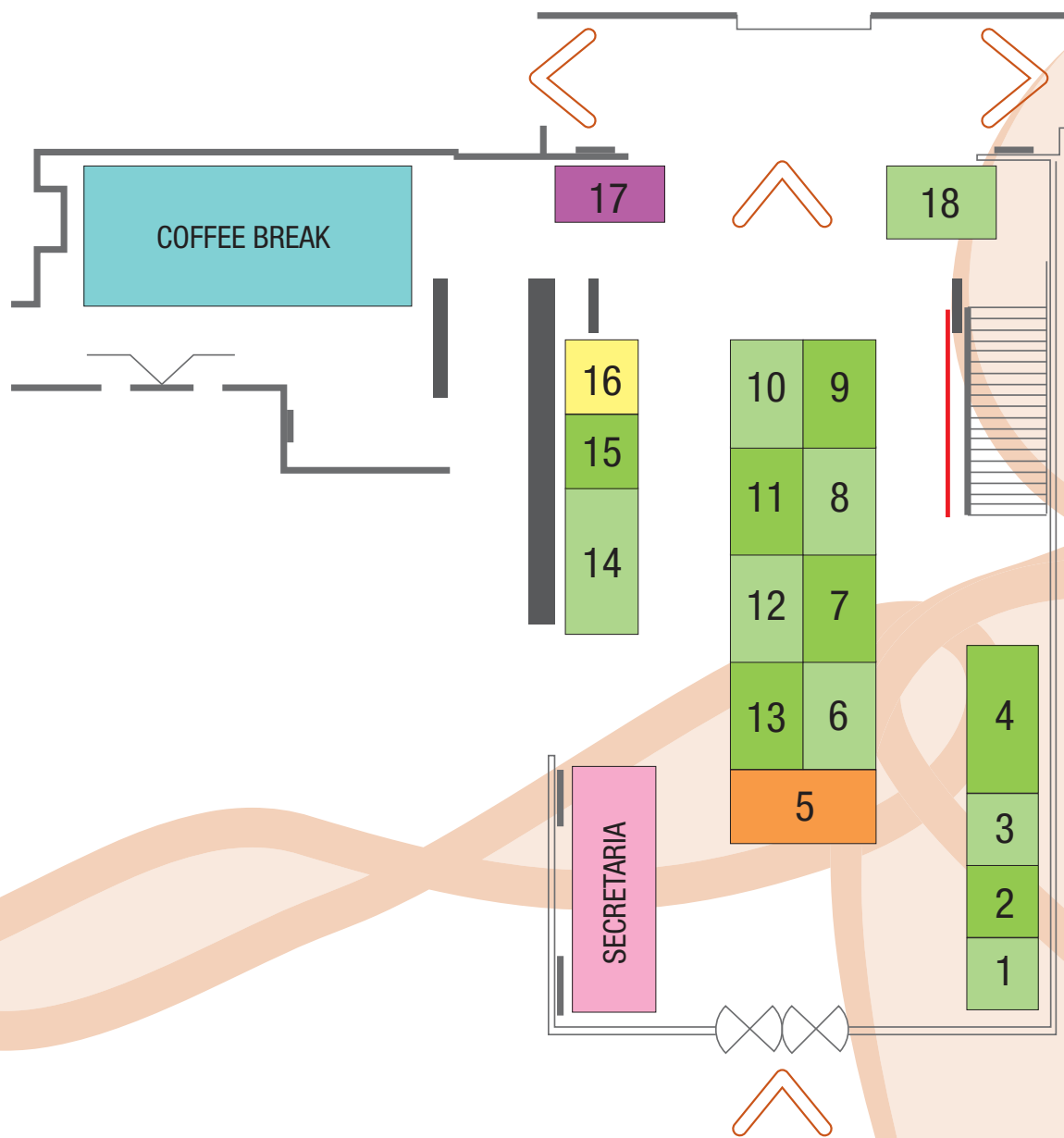
Conaprole
Gador
Gramón Bagó
Gautier
Ion
Ivax

Nolver
Pfizer
Roche
Roemmers
Servimedic
Spefar
Urufarma



Exposición Comercial

SALA DE CONFERENCIAS



Nº STAND	EMPRESA
1	SPEFAR
2	NOLVER
3	BAYER
4	ABBOTT
5	ROCHE
6	ABBOTT

Nº STAND	EMPRESA
7	ROEMMERS
8	URUFARMA
9	SERVIMEDIC
10	GADOR
11	GAUTIER
12	PFIZER

Nº STAND	EMPRESA
13	CONAPROLE
14	GRAMON BAGO
15	BRANDT
16	IVAX
17	CELSIUS
18	ION

— Banners: Antia Moll

70 años de la Sociedad Uruguaya de Reumatología

Simposio Internacional

XXVIII CONGRESO URUGUAYO DE REUMATOLOGÍA

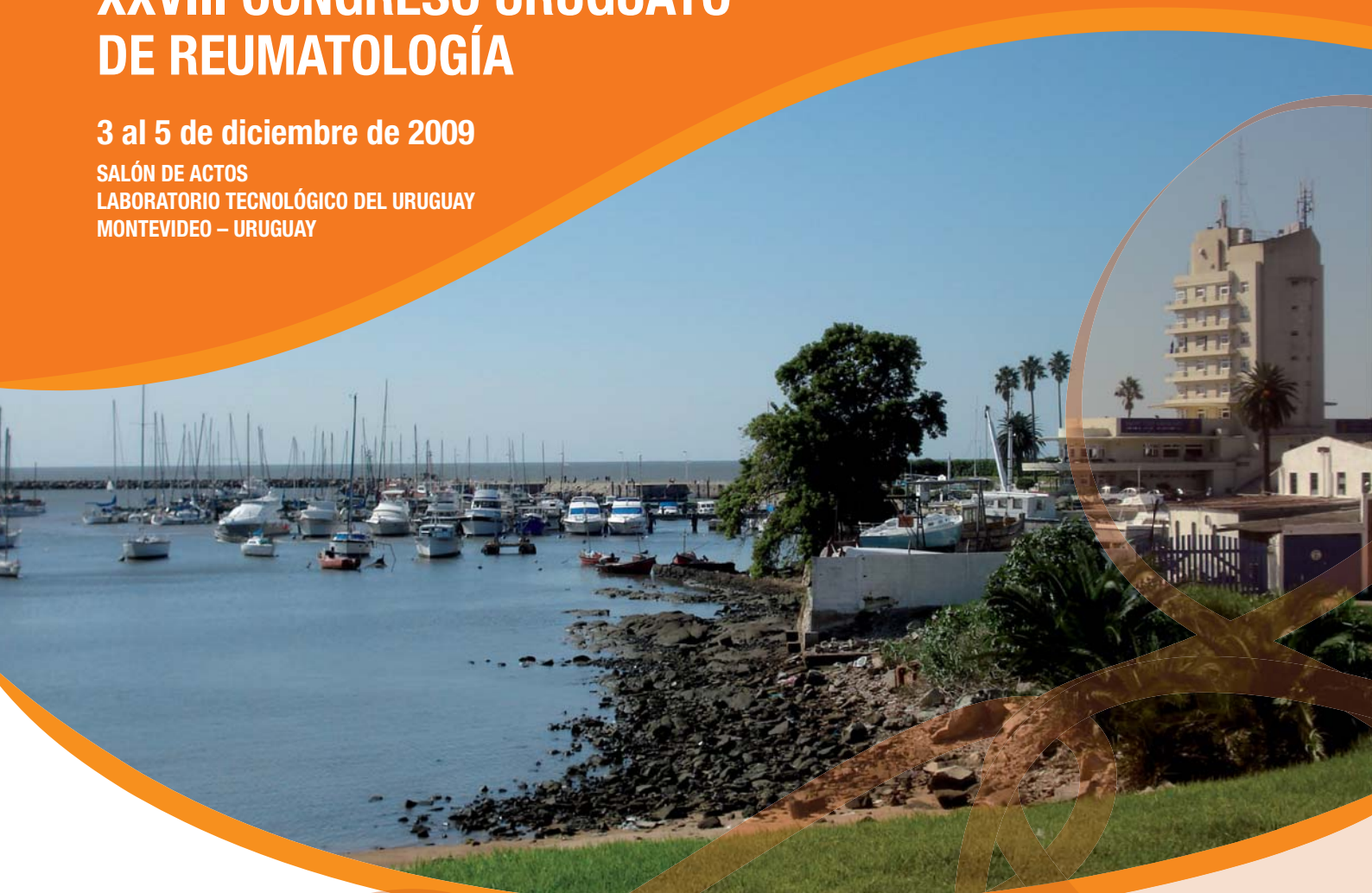
3 al 5 de diciembre de 2009

SALÓN DE ACTOS
LABORATORIO TECNOLÓGICO DEL URUGUAY
MONTEVIDEO – URUGUAY

Organiza



Auspicia



SECRETARÍA



Atenea Eventos srl
Juan Carlos Gómez 1476 of. 401
CP. 11000 – Montevideo – Uruguay
Telefax: ++598 2 916 3315
E-mail: ateneaeventos@atenea.com.uy
Web: www.atenea.com.uy

SEDE DEL CONGRESO

Salón de actos
Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU)
Av. Italia 6201
Montevideo – Uruguay
Tel: ++598 2 601 3724



CONDROXAMIN FORTE

