Bienvenida

Montevideo, 6 de diciembre de 2006

Bienvenidos al **XXVI Congreso Uruguayo de Reumatología.**

Este Congreso es organizado por la Sociedad Uruguaya de Reumatología cada dos años, con el fin de poner al día distintos temas de la Reumatología, avanzar en el conocimiento y en la búsqueda de soluciones para los problemas que generan éstas enfermedades y a la vez expandir y difundir la especialidad.

El **Curso precongreso sobre "Reumatología Pediátrica"** está a cargo de la Dra. Graciela Espada (Argentina). Esta actividad de EMP está acreditada por la Escuela de Graduados con 10 créditos.

En el **Congreso** se abordan temas de interés y con nuevo enfoque diagnóstico-terapéutico. Temas como: Artritis Reumatoidea Temprana; Artrosis; Gota; Canal Carpiano; Tabaquismo y enfermedades reumáticas,etc.
Es nuestra intención abordar los temas con una visión integradora e interdisciplinaria. Contamos con destacados conferencistas nacionales y extranjeros en las variadas disciplinas en torno a la reumatología.
En los módulos de dilemas y preocupaciones en la práctica reumatológica participan reconocidos panelistas de especialidades afines para revisar temas como: vacunación en el paciente reumático, AINES, corticoides y calcio versus salud cardiovascular y salud renal.; sinovectomía radioisotópica versus quirúrgica; de manera dinámica en un mano a mano con el reumatólogo nos aclararán si son mitos a desechar o realidades a considerar con las diferentes terapéuticas usadas en reumatología.

En el marco del congreso se realizará también las **Jornadas SOTU - SUR** con resolución de problemas terapéuticos en base a casos clínicos reales.

Simultáneamente en sala paralela se llevarán a cabo:
"1ª Jornada de Enfermería sobre Aparato Locomotor" orientada a conocer las características del enfermo crónico reumático, sus cuidados y signos de alerta y un módulo destinado a ergonomía aplicada al personal de salud.

"Jornada de Fisioterapia Reumatológica: Enfoque Clínico Terapéutico de las Lumbalgias Crónicas" Orientada a familiarizar a los fisioterapeutas en un manejo diferencial de las lumbalgias crónicas, abordando sus diferentes tipos fisiopatológicos y los criterios racionales para la aplicación de diferente metodología terapeútica.

"7º Encuentro de Grupos de Ayuda Mutua de Pacientes con Artritis Reumatoidea (CLAMAR)" Encuentro que reúne a los grupos CLAMAR de todo el país.

"1ª Jornada para la Comunidad "Prevención en Salud Osteoarticular". Es una instancia de información a la comunidad sobre algunas enfermedades del aparato locomotor, fundamentalmente como prevenirlas, pero también cuándo consultar al reumatólogo y como cuidarse una vez instaladas para mantener una buena funcionalidad y calidad de vida.

Es también un espacio propicio para confraternizar con los colegas.
Confiamos que la selección temática y exposiciones colmen sus expectativas.
En nombre del Comité Organizador y del mío propio extendemos un cordial abrazo de bienvenida y agradecemos su participación activa de la cual depende el éxito del Congreso.

Dra. Alicia Ramagli
Presidente

Índice

»	Bienvenida	1
»	Autoridades	3
»	Invitados Extranjeros	3
»	Auspiciantes:	4
»	Actividad Científica	5
»	Actividades Paralelas	
	Jornada de Fisioterapia Reumatológica:	11
	Enfoque Clínico Terapéutico de las Lumbalgias Crónicas	11
	1ª Jornada de Enfermería Sobre Aparato Locomotor	11
	7º Encuentro de los Grupos de Ayuda Mutua de Pacientes con Artritis Reumatoidea (CLAMAR)	12
	1ª Jornada para la Comunidad "Prevención en Salud Ostearticular"	12
	Sesión de Posters	13
»	Publicaciones	15
»	Información General	21
»	Patrocinadores	22

Autoridades

Presidente de Honor del Congreso

Prof. Dra. Mirtha Moyano

Comisión Directiva S.U.R.

Dra. Alicia Ramagli
Presidente

Dr. Miguel Albanese
Presidente Electo

Dra. Margarita Calegari
Vicepresidente

Dra. Raquel Teijeiro
Secretaria

Dra. Walkiria Cota
Tesorera

Dra. María del Luján Torre
Prosecretaria

Dr. Juan J. Acosta
Primer Vocal

Dr. Daniel Palleiro
Segundo Vocal

Comisión Científica S.U.R.

Prof. Dr. Vladimiro Batista (†)
Prof. Dra. Mirtha Moyano
Prof. Agda. Dra. Graciela González
Prof. Adj. Dra. Renée Souto

Invitados Extranjeros

Dr. Juan Angulo
(Perú)

Dr. Fernando de Souza Cavalcanti
(Brasil)

Dra. Graciela Espada
(Argentina)

Dr. Miguel Gutiérrez
(Chile)

Dra. Marcia Melo Martins
(Paraguay)

Dr. Bernardo Pons – Estel
(Argentina)

Auspiciantes:

- Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Educación y Cultura
- Facultad de Medicina - Universidad de la República
- Academia Nacional de Medicina
- Instituto de Reumatología
- Cátedra de Reumatología de la Facultad de Medicina
- Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología - PANLAR
- Sindicato Médico del Uruguay
- Federación Médica del Interior
- Escuela de Graduados
- Sociedad Uruguaya de Pediatría
- Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Uruguay
- Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Actividad Científica

Miércoles 6 de Diciembre

Sala New York

Curso Precongreso "Reumatología Pediátrica"
Educación Médica Permanente

Coordinadora: *Dra. Graciela Espada (Argentina)*

08:00 a 08:15 **Entrega de material**

08:15 a 08:30 **Presentación**
Dra. Alicia Ramagli

08:30 a 08:50 **Evaluación previa al inicio del curso**

09:00 a 09:15 **Introducción**
Dra. Graciela Espada (Argentina)

09:15 a 09:50 **Historia clínica en Reumatología Pediátrica**
Dra. Graciela Espada (Argentina)

09:50 a 10.20 **Utilidad del laboratorio en reumatología en la práctica pediátrica: ¿cuándo y qué estudios solicitar?**
Dr. Ramón Suárez – Dra. María Victoria González

10:20 a 10:45 Café

10:45 a 12:30 **Síndromes reumatológicos pediátricos: síndrome de monoartritis, síndrome de poliartritis, síndrome febril prolongado**
Dra. Graciela Espada (Argentina)

12:30 a 14:00 Descanso

14:00 a 14:20 **El niño que cojea**
Dr. Mario Schimchak

14:20 a 15:00 **Dolor músculo-esquelético de origen no inflamatorio**
Dra. Graciela Espada (Argentina)

15:00 a 16:30 **Talleres**

16:30 a 17:00 Café

17:00 a 18:00 **Plenario de talleres**
Coordinadores: Dra. Emilia Spangenberg – Dra. Rosario Jurado
Dr. Daniel Palleiro – Dra. Raquel Guariglia

18:00 a 18:30 **Evaluación final**

18:30 a 19:00 **Conclusiones. Síntesis del trabajo de la jornada**
Dra. Graciela Espada (Argentina) – Dra. Emilia Spangenberg

Programa Científico XXVI Congreso Uruguayo de Reumatología

Jueves 7 de Diciembre

Sala New York

08:30 a 10:30 **MÓDULO**

Artritis Reumatoidea Temprana
Coordinadora: Dra. Mirtha Moyano

Expositores: Importancia del tema
Dra. Mirtha Moyano

Diagnóstico precoz
Dra. Graciela González

Diagnósticos diferenciales
Dra. Luján Torre

Osteoporosis en Artritis Reumatoidea precoz
Dra. Margarita Calegari

10:30 a 11:00 Café

11:00 a 11:30 **CONFERENCIA**

Valor de la imagenología en diagnóstico de la artritis reumatoidea temprana
Dr. Daniel Pereyra
Presidente: Dr. Miguel Albanese
Secretaria: Dra. Laura Labruna

11:30 a 12:00 **CONFERENCIA**

Actualización en Síndrome Antifosfolípido
Dr. Miguel Gutiérrez (Chile)
Presidente: Dra. Luján Torre
Secretario: Dr. Miguel Tambler

12:00 a 14:00 Descanso

14:00 a 15:30 **MÓDULO**

Paraclínica en Artritis Reumatoidea Temprana
Coordinadora: Dra. Graciela González

Expositores: Producción de autoanticuerpos en Artritis Reumatoidea precoz
Dr. Ramón Suárez

Marcadores pronósticos
Dr. Daniel Palleiro

Valor de la ecografía en Artritis Reumatoidea Temprana
Dra. Andrea Vargas - Dr. Gerardo Puglia

Enfoque del reumatólogo
Dra. Inés Corbacho

15:30 a 16:30 **SESIÓN DE POSTERS (Sala Londres)**

16:30 a 17:00 Café

17:00 a 18:00 **ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN ART**

Fisiatría
Dra. Gabriela de Pizzol

Directivas terapéuticas
Dra. Mercedes Naviliat

18:00 a 18:30 **CONFERENCIA**

Actualización de los tratamientos biológicos
Dr. Fernando de Souza Cavalcanti (Brasil)
Presidente: Dra. Margarita Calegari
Secretaria: Dra. Walkiria Cota

18:30 a 19:00 **CONFERENCIA**

Bisfosfonatos: Historias alrededor de las caderas
Dr. Juan Angulo (Perú)
Presidente: Dra. Alicia Ramagli
Secretaria: Dra. Raquel Teijeiro

19.00 **HOMENAJE al Prof. Dr. Vladimiro Batista Navarrón**

19.30 **CEREMONIA INAUGURAL**

Viernes 8 de Diciembre

Sala New York

07:00 a 08:15 **DESAYUNO DE TRABAJO: GUES – CLINIMETRÍA**
Dra. Elaisa Gómez
Dr. Gabriel Maciel
Dra. Emilia Spangenberg

Importante: Inscripciones abiertas hasta el miércoles 6 al mediodía (Cupo máximo 20 personas)

08:00 a 13:30 **4TA. JORNADA CONJUNTA CON LA SOCIEDAD DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA DEL URUGUAY**

08:30 a 10:30 **MODULO SUR - SOTU**

Resolución de problemas en base a casos clínicos
Coordinadora: *Dra. Alicia Ramagli*
Expositores: *Dr. Daniel Palleiro*
Dra. Alicia Ramagli
Dra. Raquel Teijeiro
Dra. Luján Torre

10:30 a 11:00 Café

11:00 a 11:30 **SESIÓN DE POSTERS (Sala Londres)**

11:30 a 13:30 **MODULO SOTU - SUR**

Nuevos enfoques en el tratamiento quirúrgico para resolver problemas osteoarticulares en base a casos clínicos
Coordinador: *Dr. Juan Pedro Del Campo*
Expositores: *Dr. Fernando Nin*
Dr. Oscar Carreras
Dr. Luis Francescoli
Dr. Fernando Motta
Dr. Luis López

13:30 a 14:30 Descanso

14:30 a 16:30 **MÓDULO**

Preocupaciones corrientes en la práctica reumatológica
Coordinadora: Dra. Reneé Souto
Expositores: Tabaquismo y enfermedades reumáticas
Dr. Miguel Albanese
Vacunación en el paciente reumático
Dra. Mariela Mansilla
Nuevas consideraciones en el tratamiento de la gota
Dra. Walkiria Cota
Artrosis: un desafío terapéutico
Dra. Reneé Souto
Tratamiento del túnel carpiano endoscópico
Dr. Javier Seoane

16:30 a 17:00 Café

17.00 a 18:30 **MESA DE TEMAS LIBRES**

Moderadoras: Dra. Elaisa Gómez – Dra. Ivonne Acevedo

TL 5 - EL CUESTIONARIO DE LANSS Y EL DOLOR NEUROPÁTICO
Méndez C, Naviliat M, De Pizzol G
Instituto Nacional de Reumatología - Cátedra de Reumatología, UDELAR.

TL 6 - DISCECTOMÍA LUMBAR ENDOSCÓPICA
Dr. Erlatz G., Dr. Nin Novoa F., Dr. Massaferro J.A.
Equipo de columna de la C.S.M. del B.S.E.

TL 15 - ARTROPLASTIA DE RODILLA POSTOSTEOTOMIA. Revisión casuística 1986 - 2001
Dr. Vázquez G , Dr. Acevedo Tobler D , Dr. Motta F
Banco de prótesis – Departamento Rodilla. Setiembre 2004

TL 22 - DISFUNCIÓN DEL TENDÓN TIBIAL POSTERIOR
Dantaz A, Acevedo I, Ramagli A
Policlínica del Pie del Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay, Ministerio de Salud Pública..

18:30 a 19:00 **Recomendaciones Terapéuticas en las Espondiloartropatías**
Dra. Inés Corbacho (GUES)

19:00 a 19:30 **CONFERENCIA**

Educación del paciente reumático
Dr. Fernando de Souza Cavalcanti (Brasil)
Presidente: Dr. Juan José Acosta
Secretaria: Dra. Martha Frascheri

Sábado 9 de Diciembre

Sala Tokio

07:00 a 08:15 **DESAYUNO DE TRABAJO**

Importancia de la clinimetría en el manejo de artritis reumatoidea
Dr. Bernardo Pons – Estel (Argentina)

Importante: Inscripciones abiertas hasta el jueves 7 al mediodía (Cupo máximo 30 personas)

Sala New York

08:30 a 11:00 **MÓDULO**

Dilemas en la práctica reumatológica
Coordinadora: Dra. Graciela Barreto

Expositores:
Suplemento de calcio vs salud cardiovascular
Dra. Raquel Teijeiro - Dr. Gustavo Pereda

AINE – Corticoides vs salud cardiovascular
Dr. Miguel Albanese - Dr. Gustavo Pereda

Suplemento de calcio vs. salud renal
Dra. Alicia Petraglia

Sinoviortesis radioisotópica vs. Sinovectomía quirúrgica
Dr. Javier Gaudiano - Dr. Juan Pedro Del Campo

Uso de FAMES en el paciente oncológico
Dr. Daniel Palleiro - Dra. Sandra Cataldi

11:00 a 11:30 Café

11:30 a 12:00 **CONFERENCIA**

Estudio Epidemiológico Latinoamericano sobre Artritis Reumatoidea (GLADAR)
Dr. Bernardo Pons-Estel (Argentina)
Presidente: Dr. Jaime Hernández
Secretario: Dr. Luis Bairo

12:00 a 12:30 **CONFERENCIA**

Drogas antirreumáticas en el embarazo y la lactancia: experiencias y consejos prácticos
Dra. Marcia Melo (Paraguay)
Presidente: Dr. Daniel Palleiro
Secretaria: Dra. Maria del Pilar Gayo

12:30 a 13:00 **CONCLUSIONES CLAMAR**

13:00 a 13:30 **CLAUSURA CONGRESO**

Actividades Paralelas

Jornada de Fisioterapia Reumatológica: Enfoque Clínico Terapéutico de las Lumbalgias Crónicas

Coordinador: Dr. Cesar Rossi

Jueves 7 de Diciembre – Sala Tokio

08:30 a 09.15 **Aspectos diagnósticos diferenciales en el manejo clínico de las lumbalgias crónicas**
Dr. César Rossi

09:15 a 10:30 **Enfoque Fisioterapéutico diversificado en el manejo de las lumbalgias mecánicas crónicas**
Lic. Ft. Andrés Panasiuk

10:30 a 10:45 Café

10:45 a 11:30 **Inestabilidad clínica en la génesis de las lumbalgias crónicas**
Dr. Alberto Bernat

11:30 a 12:45 **Manejo Kinésico Rehabilitador de la inestabilidad clínica lumbar**
Lic. Ft. Raúl Torres

1ª Jornada de Enfermería Sobre Aparato Locomotor

Coordinador: Dr. Carlos Méndez

Jueves 7 de Diciembre – Sala Tokio

14:00 a 16:00 **ROL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE REUMÁTICO**
Coordinador: Dr. Carlos Méndez

Expositores:
Conociendo las enfermedades reumáticas
Dra. Bernardita de Camilli

Conociendo el perfil psicológico del paciente
Lic. Otilia Forteza / Lic. Martha Mazzetti

Importancia de la valoración de enfermería en el paciente reumático
Dr. Carlos Méndez

Ortésis
Dra. Gabriela Stadler

Debate

16:00 a 16:30 Café

16:30 a 18.30 **ERGONOMÍA APLICADA AL PERSONAL DE SALUD**
Coordinador: Dr. Fernando Tomasina

Expositores: *Dr. Fernando Tomasina, Dr. Nurit Stolovas*
Dra. Elizabeth Chaves, Lic. Enf. Elizabeth Bozzo

Talleres

7º Encuentro de los Grupos de Ayuda Mutua de Pacientes con Artritis Reumatoidea (CLAMAR)

Coordinador: Dr. Juan José Acosta

Sabado 9 de Diciembre – Sala Tokio

08:30 a 10:00 **Actividad**

10:00 a 10:30 Café

10:30 a 12:00 **Actividad**

12:00 a 12:30 **CONCLUSIONES EN SALA NEW YORK**

1ª Jornada para la Comunidad "Prevención en Salud Osteoarticular"

Sábado 9 de Diciembre – Sala New York

14:00 a 16:00 **¿Qué es el reuma?**
Dra. Alicia Ramagli

¿Qué es la Artrosis?
Dr. Miguel Albanese

¿Qué es la Artritis?
Dra. Raquel Teijeiro

¿Qué es la Gota?
Dra. Andrea Vargas

Cuidados del pie
Dra. Andrea Dantaz / Dra. Alicia Ramagli

Cuidados de la mano
Dra. Luján Torre

16:00 a 16:30 Café

16:30 a 18:30 **Cuidados de la columna**
Dr. Alberto Bernat

Osteoporosis

- Proyecto
  Dr. Jaime Hernández
- Prevención
  Dra. Vilma Chijani
- Protectores de cadera
  Dr. Juan José Acosta

Sesión de Posters

Jueves 7 De Diciembre – Sala Londres

15:30 a 16:30

Moderadoras: *Dra. Margarita Calegari*
Dra. Luján Torre

POSTER 1 - QUIMIOPROFILAXIS ANTITUBERCULOSA EN PORTADORES DE CONECTIVOPATÍAS
Dras. Arias S; Chapper C; Casavieja C; Fonsalía V.
Clínica Médica "3" Facultad de Medicina Policlínica de Colagenopatías H. Maciel

POSTER 2 - SÍNDROME DE SJÖGREN: FRECUENCIA EN LA POLICLÍNICA DE COLAGENOPATÍAS
Dras. Fonsalía V; Arias S; Chapper C; Casavieja G.
Clínica Médica "3" H. Maciel Policlínica de Colagenopatías

POSTER 3 - UTILIDAD DE UNA CONSULTA EN REUMATOLOGÍA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.
Acosta J.J., Acosta A.
Servicio de Emergencia Médico Isabelino. Paso de los Toros. Uruguay

POSTER 4 - ASISTENCIA CON ACUPUNTURA EN EL INRU
Bermúdez Coquard Y.
Pacientes con diagnóstico de Fibromialgia

POSTER 7 - TROMBOANGEITIS OBLITERANTE Y TRATAMIENTO CON SILDENAFIL. A propósito de un caso clínico
Dras: Vargas. A; Acosta A.
Cátedra de Reumatología. Facultad de Medicina.

POSTER 8 - PREVALENCIA DE ENDOCARDITIS DE LIBMAN SACKS EN LA POLICLÍNICA DE COLAGENOPATÍAS DEL HOSPITAL PASTEUR
Dra. Vargas A.; Dra. Bouchard M. ; Dra. Torre L.
Cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina. Montevideo – Uruguay.

POSTER 10 - VALORACIÓN DE LA EFICACIA CLÍNICA Y PARACLÍNICA DEL PAMIDRONATO EN 9 PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS
Palleiro D, Maciel G, Dolinsky D, De Camilli B, Varela M
GUES. Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay

POSTER 11 - REPORTE DE CASO: REMISIÓN DE UVEITIS BILATERAL EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE CON PAMIDRONATO INTRAVENOSO
De Feo G, Palleiro D, Maciel G., Dolinsky D

POSTER 12 - OSTEOCONDROMATOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA: REPORTE DE UN CASO.
Dantaz A
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay, Ministerio de Salud Pública.

POSTER 13 - ARTRITIS PSORIASICA: CARACTERISTICAS CLINICAS Y RADIOLOGICAS
Corbacho I, Ramagli A
Instituto Nacional de Reumatología

POSTER 14 - ARTROPATÍA PSORIÁSICA VINCULADA A VIH. A propósito de un caso clínico.
Dantaz A, Palleiro D, Spangenberg E
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay

POSTER 16 - HIPERTENSION PULMONAR SINTOMATICA: PREVALENCIA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNITARIAS SISTEMICAS.
Rebella M[1], Silvariño R[1], Baz M[1], Gutierrez M[1], Méndez E[1], Cairoli E[1,2]
1) Clínica Médica "C", Prof. Dra. A. Belloso, 2) Depto. Básico de Medicina. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

POSTER 17 - RETRASO DIAGNÓSTICO EN ARTRITIS REUMATOIDEA
Palleiro D.
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay

Sesión de Posters

Viernes 8 de Diciembre – Sala Londres

11:00 A 11:30

Moderadores: *Dr. Harry Havranek*
Dra. Mercedes Naviliat

POSTER 9 - RAYO LASER (ND-YAG) EFECTO EN EL DISCO INTERVERTEBRAL. Experiencia de la técnica en columnas de suinos y bovinos
Dr. Nin Novoa F., Dr. Massaferro J., Dr. Erlatz G.
Banco de Prótesis

POSTER 18 - EVOLUCION DEL BASFI Y DOLOR EN PACIENTES DEL GUES
De Pizzol G, Varela M
Grupo Uruguayo ESpondiloartropatías (GUES)

POSTER 19 - ESTABILIZACIÓN DINÁMICA POSTERIOR DE COLUMNA LUMBAR. Device for Intervertebral Assisted Motion (DIAM)
Dr. Massaferro J., Dr. Nin Novoa F., Dr. Erlatz.G.

POSTER 20 - DERMATOMIOSITIS JUVENIL
Caggiani, M.; Jurado, R.; Pandolfo, S.; Bellinzona, G.
Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) Montevideo Uruguay.

POSTER 21 - MANIFESTACIONES EXTRARTICULARES INUSUALES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. A propósito de un caso clínico.
Spangenberg E, Garra V
Instituto Nacional de Reumatología, Cátedra de Reumatología. Cátedra de Dermatología, Prof. G. de Anda. Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo. Uruguay.

POSTER 23 - ESPONDILODISCITIS BRUCELOSICA CSM - BSE
Dr. Nin Novoa F., Dr. Erlatz G., Dr. Massaferro J., Dra. Rizzi C.

POSTER 24 - ¿TIENE APLICACIÓN CLÍNICA LA DETERMINACIÓN DE MICROALBUMINURIA EN EL PORTADOR DE ARTRITIS REUMATOIDEA?
Suárez R., Gayo P.,Gonzalez G., Durán F., López S., Torrens A., Malan N. Andrade A.

1 QUIMIOPROFILAXIS ANTITUBERCULOSA EN PORTADORES DE CONECTIVOPATÍAS

Dras Arias S; Chapper C; Casavieja C; Fonsalía V.

Clínica Médica "3" Facultad de Medicina Policlínica de Colagenopatías H. Maciel

Introducción: El control de la Tuberculosis (TBC) se basan en tratar a los enfermos y en la quimioprofilaxis (QP) en grupos de riesgo, como los pa-cientes que reciben tratamiento prolongado con corticosteroides o inmunosupresores entre otras. En otros medios se realiza en base al resultado del PPD. En nuestro medio no se condiciona al mismo en este grupo.

Objetivos: Determinar en una policlínica de conectivopatías la indicación de QP según Normas de la CHLA-EP y por la interpretación del PPD. Determinar el riesgo-beneficio de la QP.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizando PPD a los pacientes pertenecientes a la policlínica en un período de 3 meses.

Resultados: Se asisten 240 pacientes con conectivopatías, con edades entre 19 y 80 años (media 48). 156 toman corticoides y/o inmunosupresores. Se obtuvieron los resultados de 46 PPD: 8 fueron (+) y 36 (-). Los que tomaban inmunosupresores fueron 28: 5 (+) y 23 (-). Estos 23 tenían edades entre 15 y 75 años (media 48); y toman un promedio de 8 fármacos. Los 5 con PPD (+) que toman inmunosupresores tiene similares edades y número de fármacos que toman.

Conclusiones: Según Normas Nacionales deberíamos realizar QP a 156 pacientes. Según las internacionales por el PPD a 26, haciendo una proyección de los resultados. Ambos grupos con similar edad y número de fármacos por paciente. En este grupo etario el riesgo de una hepatitis tóxica por QP es 1,2 %. Por tanto no parece fácil seguir las Pautas Nacionales, ni las internacionales; pero en estas tendríamos la confianza de tratar una infección latente. Las causas de esta dificultad: la polifarmacia, el grupo etario en quienes el riesgo de hepatotoxicidad es mayor y la indicación de QP discutible. La lucha mundial contra la TBC es un objetivo de todo el cuerpo médico, sin embargo las conductas instituidas no pueden estar por encima del beneficio individualizado que le brinden a cada paciente. Esta indicación debe ser considerada en cada caso. Creemos que la indicación de quimioprofilaxis genérica en este grupo pautada por la CHLA-EP debe ser revalorada.

2 SÍNDROME DE SJÖGREN: FRECUENCIA EN LA POLICLÍNICA DE COLAGENOPATÍAS

Dras Fonsalía V; Arias S; Chapper C; Casavieja G.

Clínica Médica "3" H. Maciel Policlínica de Colagenopatías

Introducción: El Síndrome de Sjögren (SS) tiene una alta frecuencia dentro de las conectivopatías: representaría la segunda patología luego de la Artritis Reumatoide, habiendo un alto índice de subdiagnóstico.

Objetivos: Determinar la frecuencia de SS primario y secundario en una policlínica de colagenopatías.

Pacientes y Métodos: Se analizaron las historias clínicas de los pacientes atendidos en la policlínica del H. Maciel. Se determinó la frecuencia de las distintas conectivopatías y la frecuencia de sintomatología orientadora a SS aunque no se reunieran los criterios diagnósticos.

Resultados: Se analizaron un total de 332 historias: 240 pacientes con conectivopatías definidas. La frecuencia de las patologías fue: 92 pacientes con LES (38,3%), 55 con AR (23%), 5 SS primario (2,0%), 17 con Esclerodermia (7,0%), 12 con EMTC (5,4%), 5 DM/PM (2,0%), 17 con SAF (7%), 16 con Vasculitis (6,66%), 13 con Artritis sero-negativas (5,4%), 8 con otras patologías (3,32%). Hubieron 11 casos de SS secundario (4,6%). El total de pacientes con de SS primario y secundario fue de 16 (6,66%). 43 (18%) con conectivopatía definida presentaban síntomas secos, no reuniendo los criterios del Consenso Europeo-Americano para el diagnóstico de SS.

Discusión y Conclusiones: La conectivopatía que más asistimos es el LES (38%), luego la AR (23%). La frecuencia de SS primario y secundario fue de 6,6%, muy por debajo de lo referido en la bibliografía, lo que nos hace plantear una alto índice de subdiagnóstico. Los pacientes con síntomas secos fueron 18% dentro de esta particular población de pacientes, lo que genera una alta sospecha diagnóstica, por lo que pensamos la probable frecuencia del SS sea del orden del 24,6%. Esto se acerca más a la casuística internacional. De todas formas más estudios son necesarios para confirmar esta hipótesis. La incidencia de una conectivopatía viene determinada por factores genéticos y ambientales y su extrapolación de otros medios puede no ser la adecuada. Los síntomas secos no son específicos de la enfermedad.

Como causas de subdiagnóstico encontramos la dificultad en el acceso a los test sugeridos en el Consenso Europeo-Americano y a que su importancia ha sido minimizado, lo que lleva a instaurar tratamientos sintomáticos.

3 UTILIDAD DE UNA CONSULTA EN REUMATOLOGÍA EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

Acosta J:J:, <Acosta A.

Servicio de Emergencia Médico Isabelino. Paso de los Toros. Uruguay

Introducción

Hemos notado en nuestra unidad un aumento progresivo de las consultas por patología osteoarticular médica, en parte debido al sector de usuarios de Salud Pública y Sanidad Militar, afiliados a nuestro sistema que carecen de dicho servicio. Se crea con el objetivo de atender a estos pacientes una consulta semanal atendida por un reumatólogo.

Objetivos

Estudiar las características de la población atendida en un servicio de las características de una unidad de emergencia de atención prehospitalaria y compararlos con las cifras de patología que asisten a servicios terciarios y sacar conclusiones respecto a la existencia de atención reumatológica en dichas unidades.

Material y métodos

Nuestra área sanitaria posee 13367 habitantes: 6849 mujeres y 6518 hombres. En nuestro servicio se cuenta con 4200 usuarios. Se creo una consulta semanal para atender aquellos requerimientos de los pacientes vistos en urgencias y que no fueran candidatos a ingresar como internados.

Resultados

Se atendieron 307 pacientes en el período estudiado (enero a noviembre).

Los diagnósticos fueron:30 artropatías inflamatorias (10%). 152 procesos mecánicos (50%). 29 síndromes dolorosos regionales (9.63%). 20 procesos de partes blandas (6.66%). 10 síndromes fibromiálgicos (3.33%). 30 procesos de patología ósea metabólica (10%). 19 casos de gota (6.29%). 13 sin patología reumatológica (4.07%).

Conclusiones

Debemos concluir que las cifras porcentuales son diferentes a las de una consulta programada. Este tipo de consulta permite disminuir el número de pacientes ingresados y organiza mejor el trabajo en la unidad. Ofrece la posibilidad de una inmediata consulta por estas patologías, especialmente en sectores no cubiertos por la especialidad permitiendo planificar y organizar el trabajo cotidiano.

4 ASISTENCIA CON ACUPUNTURA EN EL INRU. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

Autor: *Bermúdez Coquard Y.*

Institución: Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay (INRU).

INTRODUCCIÓN: luego de 25 años de experiencia pública y privada en Acupuntura, 10 años en el Hospital Maciel (aprendizaje, docencia y asistencia), 10 años en el Hospital de Clínicas (asistencia), soy invitado al INRU para realizar trabajo de asistencia con Acupuntura en pacientes con diagnóstico de Fibromialgia. En estudios internacionales se jerarquiza trabajar en forma interdisciplinaria en esta patología, para lograr una mejor efectividad en el tratamiento.

Objetivo: Mostrar la importancia de la asistencia de la Fibromialgia con Acupuntura, para poder considerar su inclusión como tratamiento válido.

Material y métodos:

- Se utilizó protocolo para pacientes con Fibromialgia (adaptado para tratamiento con Acupuntura).
- Los pacientes fueron derivados por Médico Reumatólogo o Fisiatra del INRU.
- Los pacientes mantuvieron los controles con los médicos correspondientes, Fisiatra o Reumatólogo.
- Se utilizó medición de dolor con escala análogo visual (1 a 10).
- Se utilizaron puntos de Acupuntura, unos constantes y otros propios de cada paciente. Se usaron agujas de acero insertadas durante 30 a 50 minutos.

Resultados: se atendieron 25 pacientes de sexo femenino, con un promedio de 10 sesiones por paciente (1 a 22), con frecuencia semanal, con respuesta analgésica variada, con 12 pacientes que se constató una disminución de 2 a 5 puntos de disminución en la escala de valoración analógica (EVA), testeando al inicio y al final del tratamiento. Estas pacientes fueron interrogadas 1 mes después.

Conclusiones:

- Hubo respuesta analgésica luego del inicio de las sesiones.
- En algunos casos se redujo el número de analgésicos y pudieron aumentar o reintegrarse a actividades hogareñas o laborales.
- No hubieron reacciones adversas, locales ni generales.

5 EL CUESTIONARIO DE LANSS Y EL DOLOR NEUROPÁTICO

Méndez C, Naviliat M, De Pizzol G
Instituto Nacional de Reumatología - Cátedra de Reumatología,UDELAR.

INTRODUCCIÓN. El dolor en la Fibromialgia reúne características de Dolor Neuropático. La escala de dolor de LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) demostró ser una herramienta útil al momento de caracterizar al dolor como Neuropático o Nociceptivo.

OBJETIVO. Aplicar el cuestionario de LANSS a nuestra población de pacientes portadoras de Fibromialgia (FM), Artritis Reumatoidea (AR), Gonartrosis (G) y Lumbalgia Mecánica (L), de modo de observar el comportamiento de esta herramienta en la caracterización del tipo de dolor en las mencionadas patologías con mecanismos etiopatogénicos diferentes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se seleccionó una muestra de 55 pacientes, 36 portadoras de FM, 7 portadoras de AR, 8 portadoras de G y 4 L, según criterios diagnósticos de ACR. Todas mujeres con edades comprendidas entre 27 y 69 años. Se les aplicó el Cuestionario de LANSS. Se compararon los resultados utilizando tests no paramétricos y se definió como valor significativo para $p \leq 0{,}01$.

RESULTADOS. Las pacientes con FM mostraron un índice de LANSS significativamente mayor que los pacientes con AR, G y L (media$\pm$SD=17,2$\pm$5,4; 10$\pm$6; 4,6$\pm$6; 5,7$\pm$2,8 respectivamente) con $p \leq 0{,}01$.

CONCLUSIONES. Estos resultados estarían confirmando un componente neuropático en a génesis del dolor en la FM, diferenciándolo así de las otras patologías en las cuales predominarían otros procesos fisiopatológicos.

6 DISCECTOMÍA LUMBAR ENDOSCÓPICA

Autores: Dr. Erlatz G., Dr. Nin Novoa F., Dr. Massaferro J.A.
Equipo de columna de la C.S.M. del B.S.E.

Introducción: Se trata de una nueva técnica para tratar las hernias discales lumbares que tienen indicación quirúrgica, se caracteriza por ser un tratamiento mínimamente invasivo a través de un endoscopio desarrollado a tal fin.
Este procedimiento si bien se está aplicando recientemente en nuestro medio, ya es aplicado hace más de 10 años en otros países con buenos resultados, y es consecuente con la tendencia mundial de resolver los procedimientos quirúrgicos con métodos cada vez menos invasivos, y por lo tanto menor morvilidad.
Objetivos: Mostrar la técnica y nuestra experiencia con la misma.
Material y Métodos: Se operaron 12 pacientes de la CSM del BSE con edad promedio de 39 años (min. 32 y max.53 años), todos de sexo masculino.
Fueron: L4-L5: 4 y L5-S1: 8 -7 a izq. y 5 a der. Seguimiento promedio 8 meses, (mín. 5 y máx. 13) Todos se operaron con la asistencia de Rx. Tv.
La indicación quirúrgica es igual discectomía convencional. según el protocolo de éste centro. La posición en la mesa de cirugía fue en decúbito ventral y en posición de plegaria mahometana, con abdomen libre.
La Técnica utilizada es la descrita por Jean Destandau.
El abordaje es de aproximadamente 2 cm.
La ventaja de la técnica de Destandau respecto a otras es que la camisa no queda fija y permite cierta movilidad que en muchas ocasiones es de gran utilidad.
Resultados: Se constató y resecó la H.D. 100% de los casos.
Resultados: según Escala de Mac Nab Modificada
Muy buenos:7 Buenos:2 Regulares:2 Malos:1
Complicaciones: -Apertura del saco: 1 –Sangrado: 1 –Infecc.:0 -Les. Neur.: 0
Recidivas: 1 caso (contra-lateral)
Reintegro laboral: 10 sem. promedio (min. 5 y máx. 14) depende la actividad.
Conclusiones: Creemos que es una herramienta interesante a tener en cuenta dentro del arsenal terapéutico, ya que nos permite tratar una patología con menos morbilidad en forma segura y eficaz, así como recuperación y reintegro laboral en tiempos menores.
Es nuestra intención que en el futuro, con mayor casuística así como sorteada la curva de aprendizaje habitual, podamos obtener resultados similares a los publicados internacionalmente.

7 TROMBOANGEITIS OBLITERANTE Y TRATAMIENTO CON SILDENAFIL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Dras: Vargas. A; Acosta A.
Cátedra de Reumatología. Facultad de Medicina.

Se presenta el caso de una paciente de 39 años con antecedentes personales de fumadora intensa 2 cajillas de cigarrillos por día.
Instala 3 meses antes del ingreso un síndrome de Raynaud de pie derecho doloroso, y concomitantemente lesión necrótica del de 1er dedo.
Por frecuencia se plantea: vasculitis secundaria a una colagenopatía o a un síndrme antifosfolipídico, con este fin se orientaron los estudios, siendo toda la paraclínica negativa.
Descartados estos, planteamos una tromboangeitis obliterante o enfermedad de Buerger, ya que presenta criterios clínicos mayores y menores necesarios para el diagnóstico. Si bien la misma se presenta mas frecuentemente en el sexo masculino, dado el aumento del habito tabáquico en mujeres, estamos obligados a plantearlo.
Se inicio tratamiento con medidas higiénicas, pentoxifilina i/v , calcio antagonistas v/o con mala evolución, por lo que se decide realizar tratamiento con sildenafil v/o, a dosis de 100mg día con buena evolución de la lesión y del fenómeno de Raynaud.
Conclusiones:

- Habitualmente nos enfrentamos a una dificultad diagnóstica y terapéutica en estos pacientes.
- Los algoritmos diagnósticos son un arma fundamental a seguir.
- La respuesta al Sildenafil fue rápida y con regresión total de los síntomas.
- Según la bibliografía analizada, si bien los estudios son a pequeña escala el tratamiento de las vasculitis con Sildenafil es promisorio.

8 PREVALENCIA DE ENDOCARDITIS DE LIBMAN SACKS EN LA POLICLÍNICA DE COLAGENOPATÍAS DEL HOSPITAL PASTEUR.

Dra. Vargas A.; Dra. Bouchard M. ; Dra. Torre L.
Cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina. Montevideo – Uruguay.

La endocarditis de Libman Sacks (ELS) es una endocarditis verrucosa, no bacteriana, que asienta en el endocardio valvular de los pacientes portadores de Lupu Eritematoso Sistémico se asocia a Ac antifosfolípidos positivos(AcAFL +).
Los objetivos de este trabajo son: analizar la prevalencia en una policlínica de colagenopatías de un hospital general y realizar una revisión bibliográfica del tema.
Metodología: realizamos un estudio retrospectivo de historias clínicas de 30 pacientes portadores de LES. 2 hombres, 28 mujeres de 15 a los 65 años y con una media de mas de 5 años de evolución de la enfermedad.
En ésta población se diagnosticó ELS en 5 pacientes. En 4 de ellos se encontraron Anticuerpos antifosfolípidos positivos.
En cuanto a la distribución por sexo: 4 de sexo femenino y 1 de sexo masculino.
Las válvulas comprometidas fueron: mitral en 4 pacientes y aórtica en 1 paciente.
Todos evolucionaron a la insuficiencia valvular, y dos de ellos requirieron reemplazo valvular con buena evolución posterior.
Comentarios :

- La Endocarsitis de Libman Sacks predominó en nuestra población en la válvula mitral.
- Se encontró una asociación con el síndrome antifosfolípido.
- Predominó en el sexo femenino.
- Se planteó diagnostico diferencial con Endocarditis Infecciosa.
- El tratamiento de la enfermedad valvular depende de la magnitud de la insuficiencia y puede ser de sanción quirúrgica en edades tempranas.
- El diagnóstico definitivo es la anatomía patológica de las lesiones valvulares.

9 RAYO LASER (ND-YAG) EFECTO EN EL DISCO INTERVERTEBRAL. EXPERIENCIA DE LA TÉCNICA EN COLUMNAS DE SUINOS Y BOVINOS BANCO DE PRÓTESIS

Autores: Dr. Nin Novoa F., Dr. Massaferro J., Dr. Erlatz G.

Introducción: Las técnicas Minimamente Invasivas, ocupan un lugar cada vez más importante en la cirugía, especialmente en la ortopédica y traumatológica.
El Rayo Láser se ha utilizado hace más de 15 años en el tratamiento de las Hernias de Disco, tanto lumbar como cervical con un éxito de casi un 90%.
El Rayo Láser se basa en la producción de un Rayo de Luz de alta energía, por estimulación lumínica de un material (sólido, gaseoso, etc.), en nuestro caso el Nd Yag, provoca vaporización,↓ la Presión Intradiscal y cavitación del disco
Objetivo: El objetivo del trabajo fue evaluar el efecto del Rayo Láser en sus diferentes potencias medidas en Joules, combinando diferentes intensidades en Wats, con períodos variables en su aplicación., en discos de Bovinos y Suinos.
De esta forma se podría objetivar el efecto del Rayo Láser en el disco intervertebral cuando se aplica en el tratamiento de la patología discal.
Material y Métodos: Tuvimos en cuenta múltiples variables esta experiencia:
Se utilizó un aparato emisor de Láser Nd:YAG .
Se utilizaron distintos grosores de fibra óptica (200-um, y de 400-um.).
La aplicación fue hecha en los modos multipulso o monopulso.
Se variaron las cargas predeterminadas en Joules.
Variamos la relación de tiempo y potencia del aparato para una misma carga .
Finalmente se hizo una disección de los discos tratados con Láser evaluando el resultado obtenido, correlacionándolo con las distintas combinaciones de las variables antes mencionadas. También se compararon estos resultados con los de la literatura internacional consultada.
Resultados y Conclusiones:
Coincidiendo con la literatura internacional, nuestra experiencia evidencia que para cavitar y vaporizar un disco intervertebral se logran con una Potencia que no supere los 1500 Joules, con una intensidad de 15 Wats, en forma monopulso, utilizando un grosor de fibra óptica de 200 um..
Esta experiencia la trasladamos a la clínica determinando el método a utilizar en los pacientes a tratar con este procedimiento. (ver fotos).

10 VALORACIÓN DE LA EFICACIA CLÍNICA Y PARACLÍNICA DEL PAMIDRONATO EN 9 PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

Palleiro D, Maciel G, Dolinsky D, De Camilli B, Varela M
GUES. Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay

Objetivos: evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con Pamidronato intravenoso (i/v) en pacientes portadores de espondiloartropatía.
Material y métodos: se incluyeron 9 pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía según los criterios de Amor que presentaban dolor según EVA mayor o igual a 4 y/o BASDAI mayor o igual a 4 a pesar de haber recibido 2 o más AINES a dosis plenas al menos 3 meses y recibieran o no algún DMARD distinto a los agentes biológicos..Se administraron 90 mg de Pamidronato i/v durante al menos 3 meses. Antes de cada dosis se evaluó dolor según EVA, BASDAI, BASFI, BASMI, conteo de articulaciones tumefactas, índice de Mases para entesitis, VES, hemograma y metabolismo fosfocálcico. Se monitorearon efectos adversos como síndrome de influenza like, leucopenia y trastornos del metabolismo fosfocálcico. Se realizó el test de rango y signos de Wilcoxon.
Resultados: De los 9 pacientes incluidos 7 eran hombres. Las edades oscilaban entre 25 y 62 años,4 eran portadores de espondilitis anquilosante, 2 de espondiloartropatía juvenil, 2 de psoriásica y uno de indiferenciada. El tiempo de evolución de la enfermedad variaba entre 2 y 30 años. Todos los pacientes recibían DMARDS. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de dolor pre y post intervención farmacológica luego de 3 dosis de Pamidronato. No ocurre lo mismo con el BASDAI.4 de los 9 pacientes presentaron síndrome influenza like entre 12 y 36 horas luego de recibir el fármaco con regresión total en no mas de 24 horas. No se reportó ningún otro efecto adverso.
Conclusiones: **el Pamidronato se mostró eficaz en la mejoría del dolor, no así del BASDAI. Creemos que el margen de seguridad en el manejo del fármaco es hasta ahora bueno ya que solo se presentaron efectos secundarios menores. Lo pequeño de la muestra no permite extraer conclusiones definitivas. En el futuro evaluaremos los resultados con mayor tiempo de administración del fármaco y con una mayor muestra de pacientes.**

11 REPORTE DE CASO: REMISIÓN DE UVEITIS BILATERAL EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE CON PAMIDRONATO INTRAVENOSO

De Feo G, Palleiro D, Maciel G., Dolinsky D
GUES Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay

Presentamos el caso de un paciente de 37 años de edad con diagnóstico de espondilitis anquilosante desde hace 9,HLA B27+,con actividad permanente y tratamiento con AINE y Metrotexate hasta 25 mg semanales desde 2003.Actualmente presenta dolor por EVA de 4,BASDAI 4,3 y BASFI 5,2 y BASMI 4.sacroileitis grado 4 bilateral y BASRI de columna cervical y lumbar de 2.La uveitis es una complicación conocida de esta enfermedad.Este paciente presenta uveitis anterior, bilateral, mas severa en ojo izquierdo desde mayo de 2001.Se comienza tratamiento con Atropina y corticoides tópicos.En la evolución presenta varios empujes de uveitis anterior bilateral y un episodio de vitritis en su ojo derecho por lo que se comienza tratamiento con Prednisona vía oral(v/o),40 mg/día sin remisión. Nunca se eliminó la actividad inflamatoria ocular presentando siempre células en cámara anterior(signo de "Tyndall").Se mantuvo con Prednisona,20 mg v/o persistiendo con un mínimo "Tyndall" con incremento del mismo al reducir las dosis. En diciembre de 2003 se comienza tratamiento con Pamidronato intravenoso(i/v), 90 mg al mes durante 6 meses.persistiendo con Prednisona v/o .Luego de la tercera dosis de Pamidronato se negativiza el "Tyndall" en ambos ojos. 4 meses después de la suspensión de este fármaco se presenta un"Tyndall"leve a moderado bilateral por lo que se reinicia el Pamidronato mensual a iguales dosis con remisión total de la uveitis al mes siguiente que se mantiene hasta el presente. No hubo variación significativa de BASMI,BASDAI y BASFI aunque si del dolor siguiendo la tendencia del resto de nuestros pacientes. Continúa con Prednisona v/o. Como complicación de la uveitis y la ingesta de corticoides presenta cataratas bilaterales que redujeron significativamente su agudeza visual.1 año luego de remitir la uveitis se operó la catarata del ojo izquierdo mejorando la agudeza visual a 10/10.En este paciente con EA y UA se objetivó una remisión de la actividad inflamatoria ocular con Pamidronato i/v que reaparece luego de suspendido y vuelve a remitir a reinstalar el fármaco. Hasta donde sabemos este es el primer caso reportado. Pensamos que esta respuesta es debida al efecto antiinflamatorio e inmunomodulador del Pamidronato.

12 OSTEOCONDROMATOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA: REPORTE DE UN CASO.

Dantaz A
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay, Ministerio de Salud Pública.

Introducción: La osteocondromatosis múltiple congénita es un trastorno hereditario (autonómico dominante) poco frecuente. Se caracteriza por el crecimiento anómalo de osteocondromas benignos, sobre todo en metáfisis de huesos largos, por lo que tienen topografía periarticular. Detienen su crecimiento con el cierre epifisario.
Caso clínico: Paciente de 15 años que presenta desde la niñez tumoraciones en brazos, manos y muslos. Estas, han provocado deformación de la zona y han tenido un crecimiento lentamente progresivo. No ha presentado dolor, excepto frente a traumatismos en las zonas antes mencionadas. Al examen, se comprueba a nivel del tercio superior de ambos brazos y a nivel del borde interno de la región metacarpofalángica, tumoraciones de límites netos, de 5 por 3 centímetros, polilobuladas, duras, que no deslizan sobre planos de cubierta, indoloras. Examen articular normal.
La radiografía de hombros muestra tumoración lobulada y pediculada; a nivel de rodillas se evidencia una exostosis en el cóndilo interno.
Comentarios: La osteocondromatosis es una enfermedad benigna que requiere controles clínicos y radiológicos periódicos debido a las deformaciones y compresiones y a la posibilidad de malignización en la edad adulta.
El tratamiento suele ser conservador a través de analgésicos, ortesis y cuando se plantea cirugía se realiza a los 15 a 16 años, momento en que se produce el cierre epifisario

13 ARTRITIS PSORIASICA: CARACTERISTICAS CLINICAS Y RADIOLOGICAS

Corbacho I, Ramagli A
Instituto Nacional de Reumatología

Introducción:
En Uruguay no hay datos epidemiológicos sobre las espondiloartropatías y en especial sobre artritis psoriásicas. El presente estudio plantea la realización de un estudio transversal en una población de pacientes protocolizados.
Objetivos: Describir las características clínicas de un grupo de pacientes con artritis psoriásica, establecer la frecuencia de sacroileitis y su severidad y determinar la severidad del compromiso radiológico periférico.
Pacientes y métodos: Se incluyeron 20 pacientes con artritis psoriásica de acuerdo a los criterios diagnósticos de Vasey y Espinoza. Se aplicó un protocolo clínico. Se solicitó HLA-B27. Se realizaron RX de manos, pies, sacroilíaca, columna lumbar y cervical aplicándose la estadificación de Steinbrocker modificada para artritis psoriásica para RX de manos y pies, criterios de Nueva York para RX de sacroilíaca y BASRI para columna .
Resultados: S e observó un predominio de sexo femenino. La edad promedio fue de 34 años con una media de inicio de la artritis de 27,5 años. Se constató un neto predominio de la forma de inicio poliarticular. El 25% eran HLA-B 27 +. El 70,5 % presentaban onicopatía y el 41 % habían presentado dactilitis en algún momento de su evolución. En la mitad de los pacientes se constató entesopatías. Con respecto a la evaluación radiológica se encontró que 11 pacientes (55%) tenían una sacroileitis radiológica, 7 de los cuales de grado severo (III-IV). 4 de estos pacientes asociaban un compromiso también severo de columna cervical y/o lumbar (BASRI 2-4). En cuanto al análisis radiológico de articulaciones periféricas se encontró que el 64% tenía un estadio de Steinbrocker modificado entre 0 y 80 en radiografías de manos y pies. No se encontró correlación entre severidad del compromiso axial y periférico.
Conclusiones: Nuestros resultados coinciden con los datos reportados previamente por otros autores con excepción de la sacroileitis que es más elevada en este estudio. Este trabajo ha servido de base para un nuevo estudio que se está llevando a cabo, cuyo resultado permitirá conocer datos epidemiológicos sobre artritis psoriásica en nuestro país.

14 ARTROPATÍA PSORIÁSICA VINCULADA A VIH. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Dantaz A, Palleiro D, Spangenberg E
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay

Hombre de 40 años, sin antecedentes familiares a destacar, VIH-positivo desde 1998, sin control ni tratamiento, heterosexual, no adicto a drogas intravenosas; que ingresa en julio de 2003 por un cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por gonalgia izquierda inflamatoria y dactilitis del primer dedo de mano derecha. Refiere desde hace 1 año lesiones cutáneas a nivel periumbilical, perineal, en glúteos, muslos y manos. Al examen presenta lesiones eritemato-descamativas en las regiones mencionadas, compatibles con el diagnóstico de psoriasis invertida. Además se constata lesión vesiculosa en glande. En lo osteoarticular se destaca rodilla izquierda tumefacta, con aumento del calor local, dolorosa y limitada a la flexo-extensión; y en mano derecha primer dedo tumefacto, caliente, con dolor a nivel de metacarpofalángica e interfalángica.
Los hallazgos de laboratorio fueron: VES 56 mm/h, proteína C reactiva 24 mg/mL, hemograma normal, VDRL negativo, carga viral (CV) 215174 copias, CD4 160/μL, CD8 300/μL, exudado uretral y anticuerpos anti-Chlamydia negativos, HLA-B27 y factor reumatoideo negativos, relevo bacteriológico negativo. La biopsia cutánea confirmó el diagnóstico de psoriasis. Los estudios imagenológicos fueron normales.
Con el planteo diagnóstico de artropatía psoriásica en un paciente con SIDA paraclínico, se inició tratamiento con indometacina (75 mg/día) y sulfasalazina (2g/día). A los 3 meses luego del alta comenzó terapia antiretroviral. En la evolución se constataron mejoría cutánea, artralgias esporádicas, CV< 50 copias, CD4 160/μL y CD8 300/μL.
Se destaca la ausencia de antecedentes familiares, el desarrollo de la psoriasis cutánea 5 años posterior a la infección por VIH y el patrón predominante de psoriasis invertida. El debut exuberante de la psoriasis cutánea se asocia con mayor frecuencia a la artropatía psoriásica en pacientes VIH-positivos en comparación con la población de aquellos con psoriasis seronegativos.

15 ARTROPLASTIA DE RODILLA POSTOSTEOTOMIA. REVISION CASUÍSTICA 1986 - 2001

DR. VAZQUEZ G , DR. ACEVEDO TOBLER D , DR. MOTTA F
BANCO DE PROTESIS - DEPARTAMENTO RODILLA – Setiembre 2004

Las artroplastias postosteotomía son cirugías de mayor complejidad, por presentar cicatrices previas, defectos óseos y un aparato extensor modificado.
Material y métodos: Se evaluaron 2630 artroplastias entre 1986 – 2001, (6% de las cirugías). Valguizantes 142 y varizantes 11, 6.
Seguimiento promedio de 5.3 años.
Se realizo evaluación con protocolo y Rx, utilizando el score del Hospital for Special Surgery.
Resultados: El tiempo promedio de sobrevida de las osteotomías fue de 8 años, en un rango de 1 a 30 años.
Se realizo, Snip de Insall en 26 casos y osteotomía de Whiteside en 3 casos; 1 alargamiento y 1 liberación de cuádriceps.
El 6,5 % de las cirugías requirió prótesis especiales.
78 casos tenían un HSS preoperatorio malo, 68 regular y 4 buenos.
103 casos mostraron un HSS postoperatorio excelente, 28 bueno, 3 regulare y 9 malo.
Complicaciones: 11 %, 9 casos de infección profunda (5,8 %), 1 aguda y 8 tardías.
Necrosis de piel y dificultad de cicatrización, 2 casos (1,3 %).
Desinserción tendón rotuliano, 2 casos (1.3 %).
Falsa ruta, 2 casos. (1.3 %).
Aflojamiento aséptico, 2 casos. (1.3 %).
Conclusiones: Índice de complicaciones similar a las cirugías de revisión.
Se debe realizar una incisión apropiada, así como elegir el tipo de osteotomía ósea a realizar, teniendo en mente la futura eventual artroplastia.

16 HIPERTENSION PULMONAR SINTOMATICA: PREVALENCIA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNITARIAS SISTEMICAS.

Rebella M[1], Silvariño R[1], Baz M[1], Gutierrez M[1], Méndez E[1], Cairoli E[1,2]
1) Clínica Médica "C", Prof. Dra. A. Belloso, 2) Depto. Básico de Medicina. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Introducción: la Hipertensión Pulmonar (HP) asociada a enfermedades autoinmunitarias sistémicas (EAS) es un evento clínico con implicancias terapéutico-pronosticas que hacen necesario su diagnostico precoz.
Objetivos: analizar la prevalencia y características clínicas de la HP sintomática en pacientes con EAS de la Policlínica de Enfermedades Inmunitarias sistémicas (PEIS) del Hospital de Clínicas.
Materiales y métodos: realizamos un análisis descriptivo y retrospectivo de la presencia de HP sintomática en pacientes asistidos entre enero y octubre de 2006. Las EAS consideradas fueron: lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES), dermatomiositis (DM), vasculitis sistémicas primarias (VS), enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y síndrome de superposición (SS) que cumplieran los criterios diagnósticos respectivos. Incluimos pacientes con sospecha clínica de HP, confirmándola mediante ecocardiograma transtorácico (ETT), considerando diagnóstica una PAP media (PAPm) mayor a 25 mmHg y/o una PSAP mayor de 35 mmHg.
Resultados: fueron incluidos 117 pacientes (70 LES, 18 ES, 15 VS, 8 DM, 4 SS, 2 EMTC). En 7 pacientes (6%) confirmamos la presencia de HT. Se trató de pacientes de sexo femenino, con edad promedio de 41 años (24-70) y una media de evolución de 44 meses de la EAS. En 2 casos la EAS fue la ES, en 2 la DM y en los tres restantes fue LES, VS y EMTC. En 6/7 casos el diagnóstico de HP se asoció a la agravación clínica de los pacientes (cambio clase funcional de disnea, insuficiencia cardiaca). La media de HP estimada por la PAPm fue de 42 mmHg. En 5/7 casos se asoció a intersticiopatía y en 2/7 se asoció primariamente a la EAS (ausencia de intersticiopatía y tromboembolismo). En 6/7 casos encontramos una alteración restrictiva severa en el estudio funcional respiratorio precediendo al diagnóstico de HP. Solo en 2/7 se realizó test de la marcha en 6 minutos, evidenciando un franco deterioro funcional respiratorio.
Conclusiones: diagnosticar HP en fase sintomática es un hecho tardío. Es necesario valorar su presencia por ETT aun sin la sospecha clínica, en las EAS con mayor prevalencia de HP como son la ES, LES, DM y EMTC.

17 RETRASO DIAGNÓSTICO EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Palleiro D.
Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay

Objetivos: Valorar el retraso diagnóstico para la artritis reumatoidea, comparando el realizado por reumatólogos o por médicos no reumatólogos. Establecer si hay diferencias según el sexo del paciente.
Métodos: Se analizaron retrospectivamente 10000 historias clínicas consecutivas del Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay. De las mismas, 554 fueron artritis reumatoideas. Se estableció el tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico de la enfermedad como retraso diagnóstico y se establecieron tres grupos de pacientes según el mismo fuera a)-de menos de 3 meses, b)- entre 3 y 12 meses y c)- mayor de 12 meses. Se determinó si el diagnóstico había sido hecho por reumatólogo o no y se verificó si había diferencias según el sexo del paciente.
Resultados: Se contó con el dato en 477 casos. Globalmente considerado, el retraso diagnóstico fue del grupo a en 18,7 %, grupo b en 45,3% y grupo c en 36%. De acuerdo al médico que hizo el diagnóstico, fue de grupo a en 19,8 %, grupo b 46% y grupo c 34,2% cuando fue hecho por reumatólogo, mientras que si fue realizado por no reumatólogo, el mismo –respectivamente- fue de 3%, 36,4% y 60,6%. Según el sexo del paciente, para el sexo femenino se encontró un retraso del grupo a en 16,5%, grupo b en 44,2% y grupo c en 39,3%, mientras que para el sexo masculino fue de 28%, 50% y 22% respectivamente.
Conclusiones: Este trabajo demostró bajos porcentajes del retraso diagnóstico que la literatura considera como aceptable (3 meses): 19,8% hecho por especialista y 3% por no reumatólogo, siendo la mayoría de los pacientes diagnosticados en plazos más tardíos. Se insiste en la necesidad de diagnosticar precozmente esta enfermedad a efectos de iniciar rápidamente una terapéutica eficaz agresiva para obtener mejores resultados, por lo que consideramos imperativa la rápida derivación de los pacientes al especialista pero también trabajar en la búsqueda de criterios que permitan diagnosticarla en etapas iniciales.
El sexo femenino tuvo los retrasos diagnósticos mayores, en tanto el 78% de los hombres fue diagnosticado en plazos menores a un año. Estas cifras están de acuerdo con el planteo de la bibliografía.

18 EVOLUCION DEL BASFI Y DOLOR EN PACIENTES DEL GUES

De Pizzol G, Varela M
Grupo Uruguayo ESpondiloartropatías (GUES)

INTRODUCCION – En el GUES buscamos obtener un mejor control evolutivo de la enfermedad, mediante un abordaje integral en el tratamiento de la misma (tratamiento medicamentoso, información sobre su enfermedad y ejercicios en forma regular), con controles periódicos.

OBJETIVOS - valorar estadísticamente la evolucion del BASFI y el dolor en pacientes tratados por el GUES por un lapso de 1 año +/- 6 meses, valorando el beneficio del ejercicio y otras intervenciones en el tratamiento del paciente con espodiloartropatía.

MATERIAL Y METODOS - Se tomó el Basfi y el Dolor en la fecha de inicio de los pacientes y 1 año ± 6 meses más tarde. Se seleccionó una prueba estadística no paramétrica, por ser los datos cualitativos, para datos dependientes como es la prueba de Rango y Signo de Wilcoxon .

RESULTADOS - Se aplica el test de Wilcoxon, obteniéndose un valor de t ≤ que el valor de t tabulada para el dolor y > que el valor de t tabulada para el Basfi, por lo cual se acepta la hipótesis nula en el caso del basfi y se rechaza la misma en el caso del dolor. Por lo tanto existen diferencias estadística- mente significativas para el nivel de significación elegido (0,05), entre los valores de Dolor antes y después de ingresar al grupo, no así para el Basfi.

CONCLUSIONES – las intervenciones que se le realizan a los pacientes una vez que los mismos ingresan a GUES podrían favorecer la disminucion del dolor, si bien las mismas parecen no actuar en igual forma en disminuir el índice de funcionalidad (BASFI). En relación a esto último, sabemos por estudios anteriores que los planes de fisioterapia que funcionan para estos pacientes son aquellos que se realizan en forma bi o tri semanal, como instancia grupal en gimnasio y guíado por fisioterapeuta. Por tanto,la instancia de instrucción, concurrencia esporádica al gimnasio y el material escrito no es suficiente como intervención tendiente a mejorar los índices funcionales de éstos pacientes en el plazo corto (1 año).

19 ESTABILIZACIÓN DINÁMICA POSTERIOR DE COLUMNA LUMBAR. DEVICE FOR INTERVERTEBRAL ASSISTED MOTION (DIAM)

Autores: Dr. Massaferro J., Dr. Nin Novoa F., Dr. Erlatz.G.

Introducción: La degeneración discal origina una alteración en el movimiento y la transmisión de las cargas que soporta la columna lumbar, produciendo dolor.
La estabilización dinámica de la columna lumbar se define como un sistema que al tensar los ligamentos posteriores de la misma restablecería el movimiento y la transmisión de carga de un segmento lumbar, disminuyendo de ésta forma su expresión clínica (lumbalgia o ciatálgia). Es una alternativa válida a la artrodesis si la degeneración discal no está muy avanzada, mejora la sintomatología y evita el síndrome transicional, frecuente en discos sup. e inf. al espacio fusionado.
Este sistema deja los segmentos moviles y controla los movimientos anormales restableciendo la tensión del sistema ligamentario posterior. La estabilización dinámica previene la degeneración segmentaria tanto a nivel discal como facetario al disminuir la carga de éstas estructuras.
Hay diferentes sistemas de estabilización dinámica:
1) Sistema de distracción interespinosa como el DIAM, Wallis System, X stop.
2) Sistema de ligamentos inter-espinosos como: lig. elásticos, Loop System.
3) Ligamentos a través de tornillos pediculares, Dynesis Device, Graf Ligament.
4) Sistema semirrigido con tornillos pediculares, Fass System, DCS System.
Objetivos: Mostrar nuestra experiencia clínica con éste tipo de dispositivo para el tratamiento de patologías degenerativas de la columna lumbar.
Material y Métodos: El DIAM fue utilizado en 6 pacientes, los que no habían respondido a los tratamientos convencionales.
Caso 1: Sexo femenino 38 años, lumbociática izq. con sufrimiento de larga data que se llegó al diagnóstico de rotura radial del disco, sin hernia discal, por Disco TAC. Se le colocó un DIAM y siguió con el dolor preoperatorio.
Caso 2: Sexo Masculino 40 años. Sufría de lumbago puro desde hacia varios años, que era absolutamente incapacitante, que la RNM mostró DD L4-L5 .Se operó con excelente evol.. Desaparición del dolor. Reintegro laboral completo.
Casos 3-4 y 5: Sexo masculino. Con diagnósticos de Hernia discales contenidas L4-L5, se le colocó el Diam luego del fracaso de todo tipo de tratamiento con el Protocolo del BSE. Reintegro laboral a los 2 meses de promedio.
Caso 6: Recidiva de Hernia de Disco L5-S1, se le hizo PLIF más colocación de Diam en el espacio L4-L5 con discopatía degenerativa. Excelente evolución.
Conclusión: 6 pac. Operados, 5 con muy buena evol., asintomáticos y con reintegro laboral completo.

20 DERMATOMIOSITIS JUVENIL

AUTORES: Caggiani, M.; Jurado, R.; Pandolfo, S.; Bellinzona, G.
Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) Montevideo Uruguay.

Introducción: La Dermatomiositis Juvenil (DMJ) enfermedad multisistémica del tejido conectivo, caracterizada por inflamación del músculo estriado y la piel tiene presencia de vasculitis como alteración anatomopatológica subyacente. El diagnóstico de la DMJ se basa en los criterios de Bohan y Peter propuestos en 1975: Lesiones cutáneas características. Debilidad muscular proximal y simétrica de cinturas escapular y pelviana. Elevación de enzimas musculares. Cambios electromiográficos: (miopatía y denervación). Biopsia muscular compatible con necrosis e inflamación. Es imprescindible la presencia de rash cutáneo para realizar el diagnóstico. Este es seguro con cuatro criterios, probable con tres y posible con un criterio.
Objetivo: Presentar 8 casos de DMJ atendidos en la Policlínica de Enfermedades Colágenovasculares (PECV) del CHPR en el periodo comprendido entre octubre/2003 a agosto/2005.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de los casos de DMJ de la PECV del CHPR registrados del 01/10/02 al 01/08/05, con un seguimiento de 2 años y 4 meses (como media).
Resultados La edad de presentación tuvo una media de 8 años, 50% del SF. Presentaron manifestaciones cutáneas características y debilidad muscular el 100%, manifestaciones osteoarticulares 87,5%, respiratorias 62,5%, digestivas 50%. El 100% presentaron enzimas musculares elevadas, el electromiograma con perfil miopático en todos los pacientes en que se realizó el estudio (62,5%). Las biopsias musculares fueron patológicas en el 40%, normal o no informativa en 60%. Se realizó en 62,5% de los pacientes. Todos los enfermos se tratan con corticoides, en el 87,5% de los casos se asoció otros inmunosupresores (metotrexate: 87,5% de los casos) o inmunomoduladores. Se obtuvo un 62,5% de remisiones completas, 37,5% de remisiones parciales, 0% de mortalidad. El 62,5% presentó complicaciones infecciosas.
Conclusiones: La edad de presentación tuvo una media de 8 años y coincide con lo referido en la literatura. La distribución por sexos fue similar, no observándose el predominio en el SF. La mayoría de los pacientes (87,5%) cumplieron con cuatro criterios diagnósticos, sólo un paciente presentó 3 criterios. Se destaca la frecuencia de las manifestaciones sistémicas predominantemente las respiratorias (62,5%) y digestivas (50%). La evolución con el tratamiento inmunosupresor fue favorable con alto porcentaje de remisiones y ausencia de mortalidad. Las complicaciones infecciosas se ven en el 62,5% de los casos, el síndrome de Cushing en el 37,5%.

21 MANIFESTACIONES EXTRARTICULARES INUSUALES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Spangenberg E, Garra V
Instituto Nacional de Reumatología, Cátedra de Reumatología. Cátedra de Dermatología, Prof. G. de Anda. Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo. Uruguay.

Se presenta el caso de una mujer de 59 años, sin antecedentes a destacar, portadora de artritis reumatoide (AR) poliarticular seropositiva desde 1996, irregularmente controlada y tratada,en remisión desde 2002. En mayo/2005 ingresa por cuadro cutáneo de 3 meses de evolución caracterizada por placas infiltradas eritemato-violáceas en abdomen, glúteos y miembros inferiores, agregando en los últimos 15 días úlceras profundas, en sacabocado, asintomáticas, en pierna derecha. No fiebre, síntomas articulares ni otros elementos extrarticulares (EA). De la paraclínica se destaca Factor Reumatoideo (FR) elevado y biopsia cutánea con infiltrado neutrófilo y leucocitoclasia. Con el diagnóstico de dermatosis neutrofílica reumatoide (DNR) asociada a pioderma gangrenoso (PG) se inicia tratamiento con prednisona v/o. Buena evolución de las lesiones ulceradas y escasa respuesta de DNR, que evoluciona por empujes asociados a títulos altos de FR hasta el momento actual. En julio/2005 instala dolor ocular, fotofobia y disminución de la agudeza visual, diagnosticándose queratitis ulcerativa periférica (PUK) bilateral, que remite con corticoides v/o y metotrexate, que abandona rápidamente. En 2006 asiste a control con reumatólogo constatándose disnea de esfuerzo y estertores bibasales. Se realiza radiografía de tórax patológica y TAC pulmonar que confirma intersticiopatía bilateral difusa en estudio.
Se destacan la discordancia entre el curso articular silente y la instalación de manifestaciones EA inusuales potencialmente graves, con elevaciones concomitantes del FR de valor pronóstico. Se impone el tratamiento por equipo transdisciplinario centrado en el reumatólogo.

22 DISFUNCIÓN DEL TENDÓN TIBIAL POSTERIOR

Dantaz A, Acevedo I, Ramagli A
Policlínica del Pie del Instituto Nacional de Reumatología del Uruguay, Ministerio de Salud Pública.

Introducción: La disfunción del tendón tibial posterior es la causa más común del pie plano adquirido en adultos. Es el estabilizador dinámico del arco longitudinal interno del pie. La alteración de la estructura de sus fibras colágenas genera debilidad, elongación, solución de continuidad y compromiso de la función.
Objetivos: *Estatificar el daño tendinoso.
*Seleccionar el tratamiento acorde al estadio.
*Valorar la respuesta al tratamiento.
Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Policlínica del Pie entre enero de 2002 y setiembre de 2006. De un total de 1716 consultas, 15 correspondieron a disfunción del tibial posterior. Del análisis de las historias clínicas se extrajeron datos de: sexo, edad, antecedentes personales destacables (obesidad, diabetes, hipertensión arterial, traumatismo tibiotarsiano, cirugía tibiotarsiana, infiltraciones, artritis reumatoidea, otras artropatías inflamatorias), duración del sufrimiento al momento de la consulta. Al examen físico se valoró: presencia de signo de más dedos, maniobra en puntillas, morfología del retropié y huellas plantares con podoscopio. A nivel imagenológico se estudiaron con radiografías, ecografía de retropié, Resonancia Nuclear magnética (RNM) y tomografía computada (TAC). Se analizaron las indicaciones de plantares, férula de Arizona, fisioterapia, evolución y estadio evolutivo acorde a la clasificación de Johnson y Strom .**Resultados:** Se trata de un grupo de 15 pacientes, edad media 62.3 años (45-74 años), con sufrimiento de 1 mes a 7 años. Clínicamente se comprobó signo de más dedos y maniobra de puntillas positiva en 10 pacientes (66.6%). En el examen de huellas plantares se constató pie plano en 7 pacientes (46.6%), mientras que el retropié valgo se encontró en 10 pacientes. La ecografía y RNM mostraron tendinitis del tibial posterior, roturas parciales y totales, así como asociación con tendinitis peronea en un caso. Un 60% de los pacientes (n.9) se clasificaron en el estadio 1 y 2 en los cuales se indicó tratamiento conservador. Se logró mejoría del dolor en 6 de estos pacientes.**Conclusiones:** El 60% de los pacientes correspondieron a los estadios 1 y 2 y recibieron tratamiento conservador con buena respuesta.

23 ESPONDILODISCITIS BRUCELOSICA CSM - BSE

Autores: Dr. Nin Novoa F., Dr. Erlatz G., Dr. Massaferro J., Dra. Rizzi C.

Introducción: La Brucelosis es una zoonosis, que afecta a los animales, en nuestro caso ganado vacuno, contagiando al hombre, como huésped secundario, por contacto íntimo, o consumir leche no pasteurizada o derivados de infectados. Tipos de Brucellas: Melitensis (ovinos), Abortus (vacunos), Suis (suinos).
Son coco bacilos gram negativos, aerobios, de crecimiento lento. Puerta de entrada, respiratoria, digestiva, cutánea, etc., la Brucella, es fagocitada por los linfocitos polimorfonucleares y los monocitos, distribuyéndose en todo el organismo pero asienta en un 30 a 40 por ciento, en el sector osteo-articular.
Objetivo: Mostrar un caso de infección en columna vertebral, excepcional en nuestro médio, producida por la Brucella abortus.
Material y Metodo (caso): Paciente de 45 años del sexo masculino, trabajador rural, que asiste el parto al ganado holando. El cuadro comienza con síndrome toxiinfecioso, agrega severa lumbalgia y luego una ciatalgia intensa, con toque motor y sensitivo en territorio de L5-S1 izq.. VES, PCR, positivos, RX no significativa, RNM proceso infeccioso del espacio L4-L5-S1. Hemocultivos negativos, para gérmenes habituales, y el Test de Rosa Bengala aglutina anticuerpos antibrucelosis. La prueba de inmunocapturacion -aglutinación, denominada brucellacapt para detección de Ac. totales es muy eficaz.
Inicio tratamiento con Doxiciclina, y Gentamicina, luego de 10 días se cambia a Rifampicina, y Ciprofloxacina. Sigue con S. toxinfecioso, y la RNM muestra un absceso peridural, con compromiso del cuerpo vertebral de L5. y de partes blandas, se hace limpieza quirúrgica, con curetaje de la vértebra L5, dejando drenajes. El cultivo directo mostró una Brucella abortus. Mejoria clínica, pero en pocos días recidiva el cuadro toxiinfecioso, por lo que cambiamos atb. a Ciprofloxacina a Estreptomicina i/v. A los 20 días se hace otra limpieza quirúrgica, drenamos otro absceso, y el cuadro clínico mejora notoriamente. Colocamos corsé ortopédico, manteniendo antibióticos por 4 meses.
Retrocedió la sintomatología motora como sensitiva, y no tiene dolor.
Resultado: La recaída es rara, pero a veces hay fiebre persistente, y debe hacerse estudios con el método de ELISA ya que un incremento de IgG y de la IgA, pero no de la IgM es sospechoso de recaída. Se deben realizar hemocultivos seriados.
Pronóstico: Es bueno si se trata correctamente. Algunos casos de espondilitis, endocarditis, y neurobrucelosis pueden dejar secuelas importantes.
Profilaxis: Campaña de vacunación en animales jóvenes, con vacuna B19 para ganado vacuno, sacrificando el infectado. No existe aun la vacuna humana.

24 ¿TIENE APLICACIÓN CLÍNICA LA DETERMINACIÓN DE MICROALBUMINURIA EN EL PORTADOR DE POLIARTRITIS REUMATOIDEA?

Suárez R., Gayo P., Andrade A., González G., Durán F., López S., Torrens A., Malán N.,
Instituto Nacional de Reumatología.

Introducción: siendo que al portador de poliartitris reumatoidea se suman a los factores de riesgo el uso de drogas potencialmente nefrotóxicas se desarrolló el siguiente trabajo.
Objetivo: evaluar la utilidad de la detección de microalbuminuria como marcador precoz, conociendo la baja sensibilidad de los parámemtros protocolizados actualmente (creatinina, urea, orina) para evaluar la lesión renal.
Material y métodos: se tomó un grupo de 58 pacientes de sexo femenino, de 20 a 77 años, portadoras de poliartritis reumatoidea de 1 a 33 años de evolución, sin historia de hipertención ni diabetes y en las cuales se descartó hiperlipemia. Todas las pacientes presentaron valores normales de urea y creatinina así como ausencia de proteinuria y sedimento urinario normal.
A forma de cribado en muestra de orina fresca se semicuantificó el índice albuminuria/creatinina con tiras reactivas industrializadas para la detección de microalbuminurias leídas en equipo.
Resultados: tomando los valores internacionalmente prescriptos como referencia, fueron positivas 12 de las 5 8 pacientes (23%).
Conclusiones: la importancia de esta determinación reside en que la afectación de la filtración glomerular se puede realizar de forma lo suficientemente precoz como para dectarla en etapa
reversible, con un costo beneficio de aceptable a beneficioso.

Información General

SECRETARÍA

Atenea Eventos S.R.L.
Juan Carlos Gómez 1476 Of. 401
CP 11000 - Montevideo – Uruguay
Telefax: (+ +598 2) 9163315
E-mail: reuma2006@atenea.com.uy
congreso2006@reumauruguay.org
Web: www.atenea.com.uy/reuma
www.reumauruguay.org

SEDE DEL CONGRESO

Centro de Convenciones
del Hotel Holiday Inn
Florida 1420 CP 11100
Montevideo – Uruguay
Tel: (+ +598 2) 902 00 01
Fax: (+ +598 2) 902 1242

ACTIVIDAD PROTOCOLAR

» **Homenaje al Prof. Dr. Vladimiro Batista Navarrón**
Jueves 7 de Diciembre 19.00 horas
(Sala New York)

» **Ceremonia Inaugural**
Jueves 7 de Diciembre hora 19.30
(Sala New York)

» **Clausura**
Sábado 9 de Diciembre hora 13.00
(Sala New York)

ACTIVIDAD SOCIAL

» **Brindis de Bienvenida**
Jueves 7 de diciembre hora 20.00
(Sala París)

POSTERS

Los posters permanecerán colocados durante todos los días del Congreso, en la Sala Londres.

SALAS

Actividad académica .....Sala New York (P.B)
.....Sala Tokio (1er. Piso)
Secretaría.....Sala Londres (1er. Piso)
Exposición Comercial.....Sala París (1er. Piso)
Cafetería.....Sala París (1er. Piso)
Exposición Posters .....Sala Londres (1er. Piso)
Pruebas Slides.....Sala Londres (1er. Piso)

HORARIO DE SECRETARÍA

Miércoles 6 de diciembre	07.00 a 19.00
Jueves 7 de diciembre	07.30 a 20.00
Viernes 8 de diciembre	06.30 a 19.30
Sábado 9 de diciembre	06.30 a 18.30

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

La tarjeta de Identificación, la cual le acredita oficialmente como Participante del Congreso, debe ser presentada para ingresar a la sala de actividad científica. Su uso es obligatorio. En caso de extravío, se deberá abonar el 50% del valor de su inscripión.

INVITACIÓN

Para asistir al Brindis de Bienvenida, será imprescindible la presentación de la correspondiente invitación.

IMPORTANTE

El uso de teléfonos celulares está prohibido dentro de la Sala de Conferencias

DIPLOMAS Y CERTIFICADOS POR DÍA

Los diplomas se entregarán el último día del Congreso (sábado 9 de diciembre) a partir de las 10.00 hs..

Los certificados de los inscriptos por solo un día, podrán ser solicitados al finalizar la jornada.

ÁREA DE EXPOSICIÓN COMERCIAL

Ubicada en la Sala París del Hotel Holiday Inn (1er. piso), disponible para los participantes del 6 al 9 de diciembre durante el horario del Congreso.

Patrocinadores

- Antía Moll
- Brandt
- Celsius
- Conaprole
- Gador
- Gramón Bagó
- Gautier
- Ion
- Ivax
- Nolver
- Roche
- Roemmers
- Servimedic
- Spefar
- Szabó
- Urufarma

Notas

Notas