

Sr. Director de la Revista
Médica del Uruguay
Dr. Ariel Montalbán

Sarcoidosis de útero

Dres. Rafael Pila Pérez, Rafael Pila Peláez, A. Sánchez Báez, J. García Peña, C. Guerra Rodríguez

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa de origen desconocido que en la mayoría de las ocasiones produce afectaciones intratorácicas, particularmente adenopatía hilar bilateral con infiltración pulmonar o sin ella. Son frecuentes también la afectación dérmica, ganglionar, hígado y bazo ⁽¹⁾. Las manifestaciones del aparato reproductor, tanto masculinas como femeninas, son extremadamente raras, más aun cuando se afectan solamente uno de estos órganos ⁽²⁾.

Paciente mujer, de 45 años, de raza negra, con antecedentes de salud que desde hace dos años comienza a presentar dolor hipogástrico, reglas abundantes y dispareunia, motivo por el cual acude en múltiples oportunidades al departamento de ginecología del hospital de su residencia, pero a pesar de múltiples tratamientos la paciente no mejora siendo los diagnósticos de los mismos de menopausia y cervicitis. Las metrorragias y el dolor se acentúan, llegando la paciente a presentar gran decaimiento y toma del estado general, motivo por el cual es referida a nuestro servicio donde es ingresada para su estudio.

Examen físico: palidez cutánea mucosa. Dolor en hipogastrio. Resto del examen físico totalmente negativo. Tacto vaginal: útero aumenta de volumen de aspecto fibromatoso.

Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech" Camagüey, Km 4 1/2 Oeste, Camagüey-Cuba
Correspondencia: Dr. Rafael Pila Pérez. General Gómez 452. Camagüey-Cuba.
CP 70100

Llama la atención una serie de nodulaciones de diferentes tamaños, de consistencia dura no dolorosa que hace relieve en el cuello y en su interior. Anejos y fondos de sacos: normales. Espéculo: se aprecian múltiples nódulos de diferentes tamaños que oscilan entre 0,5 a 1 cm, aproximadamente. De color nacarado, de consistencia algo dura, no pétreo, que protruyen a través del orificio cervical externo que sangran discretamente, no ulcerados. Se toman biopsias de cuatro zonas diferentes, siendo el informe histopatológico de sarcoidosis de útero (figuras 1, 2 y 3).

Análítica: hematocrito 34%, hemoglobina 9 g/dl. Velocidad de eritrosedimentación 80 mm en primera hora; leucocitos 6.450/mm³ con diferencia normal. Hierro sérico 8 mmol/l, capacidad de fijación del hierro: 41 mmol/l, reticulocitos 9x10⁻³/l; plaquetas 255x10⁹/l. Volumen corpuscular medio 70 m³, resto de exámenes como coagulogramas, pruebas funcionales hepáticas y cardíacas, iones, lípidos: normales. Índice de protombinas 100%. Fibrógeno 350 mg%, Coombs: negativo. Sistemático de orina: normal. Test de sacarosa: negativo. Anticuerpos antinucleares: normal, anti-DNA: negativo. Estudio de médula ósea: anemia por déficit de hierro. Radiografía de tórax, esófago-estómago y duodeno y colon baritado: normales. Ecografía de abdomen superior: normal. Ecografía ginecológica: útero fibromatoso.

Evolución: se transfunden 500 ml de glóbulos rojos y se impone tratamiento con 60 mg de prednisona, reduciendo 5 mg semanales; a los 15 días del ingreso se repiten los exámenes, siendo la evolución totalmente satisfactoria y al practicar el examen ginecológico por tacto y espéculo eran totalmente negativos. La paciente es seguida por consulta desde hace un año y se encuentra totalmente asintomática.

La sarcoidosis raramente afecta los órganos genitales femeninos como lo demuestran algunos trabajos ⁽¹⁻⁵⁾, que no lo citan en su casuística o lo hacen de forma muy escasa, como el estudio de Siltbach que sólo lo señala en un caso de 311 paciente para 0,3% ⁽⁶⁾. Los granulomas pueden encontrarse en cualquiera de los órganos reproductivos de la mujer, pero el útero y las mamas son los

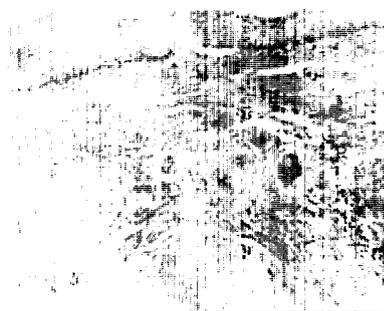


Figura 1. Sarcoidosis del cuello de útero: corte de cuello uterino que muestra inflamación crónica granulomatosa con nódulos duros mucosos (hematoxilina-eosina x 60).

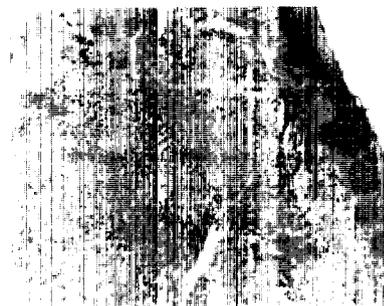


Figura 2. Sarcoidosis del cuello de útero: acercamiento de la lesión donde se puede apreciar el marcado exudado.



Figura 3. Sarcoidosis del cuello de útero: en este corte se muestra la profundidad en que se encuentra los granulomas (hematoxilina-eosina x 400).

más comúnmente afectados^(2,3). Los principales síntomas son amenorrea, menorragia o metrorragia con dolor^(3,7,8). Nuestra paciente presentó estas últimas manifestaciones durante dos años, llevándola a un estado de anemia ferropénica severa, siendo este síndrome el que ocasionó el diagnóstico que se realiza por curetaje o legrado de endometrio, o por biopsia de útero^(7,8) como en el caso que nos ocupa.

Murphy⁽⁷⁾ y Sanduci⁽⁸⁾ señalan sarcoidosis de útero sin otra localización, como ocurrió en nuestra pa-

ciente. El tratamiento con prednisona resolvió las lesiones que presentaba nuestra enferma en el útero y la misma se encuentra sin ningún tipo de alteración.

Bibliografía

1. **Fanburg BL.** Sarcoidosis. In: Cecil's textbook of medicine. 19th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1992: 430-5.
2. **Ganster T, Wheeler J.** Mammary sarcoidosis: two cases and literature review. Arch Pathol Lab Med 1984; 108:673-5.
3. **Sharma O.** Sarcoidosis. Disease a Month. Saint Louis: Mosby Year Book, 1990: 511.
4. **Mayock R, Bertrand P, Morrison C et al.** Manifestations of sarcoidosis: analysis of 145 patients with a review of nine series selected from the literature. Am J Med 1963; 67:83-89.
5. **Iwai K, Tachibana J, Hosoda Y.** Sarcoidosis autopsies in Japan: frequency and trend in the last 28 years. Sarcoidosis 1988; 5:57-9.
6. **Siltzbach I.T.** Sarcoidosis: caracteres clínicos y tratamiento. Clin Med North Am 1968; 97:483-502.
7. **Murphy O, Hoga J, Bredin C.** Endometrial and pulmonary sarcoidosis. Ir J Med Sci 1992; 161:14-5.
8. **Sandvei R, Bang G.** Sarcoidosis of the uterus. Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70:165-7.

Angiomas cutáneos (angiomas planos): consideraciones actuales sobre las indicaciones para su estudio y tratamiento

Dres. Liliana Calandria¹, Mabel Casanova², Andrés Nemseff³

El desarrollo de la tecnología láser ha posibilitado el tratamiento efectivo y sin complicaciones de los angiomas planos y otras lesiones vasculares cutáneas siendo por este motivo cada vez más frecuentes y precoces las consultas para la eliminación de este tipo de malformación vascular. Este aumento constatado en la consulta debido a la concientización popular de que ahora es posible una solución, hace importante tener en cuenta que si bien en muchos casos se produce una regresión espontánea de la lesión que se observa en los dos primeros años de vida, en otros casos la lesión persistirá. Sin embargo, muy frecuentemente no se trata de "simples" angiomas planos, lesiones que permanecen estáticas, a lo largo de la vida y con el crecimiento aumenta la ectasia vascular.

En más de 50% de los casos se desarrollan nódulos, se oscurecen e hipertrofian las lesiones, lo que aumenta su morbilidad (mayor riesgo de sangrado espontáneo o postraumático y desarrollo de granulomas piógenos). La nodularidad e hipertrofia en áreas de afeitado o depilación provoca frecuentemente sangrados así como a nivel periorbitario trastornos en la motilidad palpebral y campo visual.

Es importante descartar si bajo un angioma plano no se encuentra otra malformación vascular como en el síndrome de Klippel-Trenaunay (con hipertrofia esquelética por malformación vascular profunda) o si se asocian otras lesiones como en el síndrome de Sturge-Weber (angioma plano en la zona periorbitaria, glaucoma congénito, malformaciones vasculares intracraneales, alteraciones neurológicas con o sin retardo mental), por lo tanto, una interconsulta inicial con oftalmólogo y neurólogo es importante en niños antes de un tratamiento.

Si bien su incidencia en la población general no es alta, debido a su localización más frecuente facial, los

trastornos psicológicos en pacientes que presentan angiomas planos se comienzan a sufrir con el comienzo de la socialización (niños preescolares) ya que en etapas más precoces encuentran la comprensión y protección del entorno familiar más próximo. Estudios psicológicos en estos pacientes demuestran frecuentemente baja autoestima y problemas en sus interrelaciones sociales, que requieren frecuentes psicoterapias ya que el motivo (el angioma) persiste.

El avance tecnológico ha hecho pasar de terapias invasivas, hasta hace algunos años incluso quirúrgicas con secuelas cicatriciales importantes, inyecciones de esclerosantes y láseres con poca especificidad (argón, nd-yag) que actuaban dejando también secuelas cutáneas irreversibles, a láseres específicos para lesiones vasculares (láser de colorante pulsado) y nuevas tecnologías posláser (luz intensa pulsada) que por su selectividad tisular atraviesan la piel sin dañarla, siendo absorbida su energía lumínica por el vaso sanguíneo (cromóforo) y transformada en este punto y no antes en energía térmica con lo que el vaso es coagu-

1. Dermatóloga. Ex-Prof. Adj. Cátedra de Dermatología, Facultad de Medicina.
 2. Dermatóloga. Ex-Asistente. Cátedra de Dermatología, Facultad de Medicina.
 3. Cirujano Plástico.
 Correspondencia: Instituto de Laserterapia Avanzada. Prudencio de Pena 2520 esq. Soca - Montevideo
 Internet: www.sonanvision.com/laserterapia
 E-mail: laserterapia@doctor.com

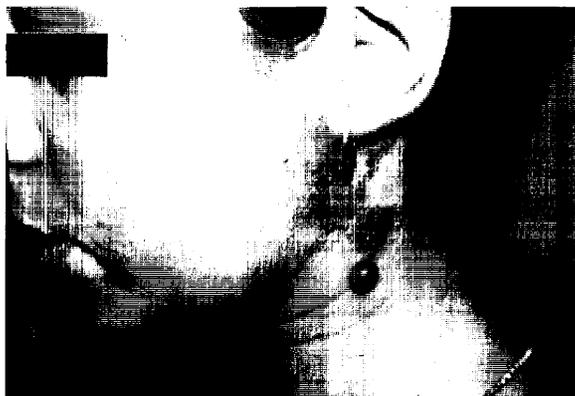


Figura 1. Niña de 10 años, angioma plano facial y cervical, iniciando componente nodular.



Figura 2. Resultado después de fototermolisis selectiva con photoderm y extirpación quirúrgica del nódulo (misma paciente figura 1)



Figura 3. Mujer de 27 años, angioma plano facial.



Figura 4. Resultado después de tratamiento con photoderm (sistema de luz intensa pulsada).

lado provocando un aclaramiento de la lesión. Este proceso se denomina fototermolisis selectiva. La especificidad tisular está dada en caso del láser (candela-dye laser) por su propia longitud de onda (láser de colorante pulsado de 585 o 595 nm de longitud de onda) y en el sistema de luz intensa pulsada (photoderm) por los diferentes filtros de corte que regulan el espectro de longitudes de onda más apropiadas para cada lesión y tipo de piel.

Una vez producida la fototermolisis selectiva los restos vasculares son reabsorbidos lentamente por los macrófagos, sistema linfático etcétera, proceso que se repite en cada sesión, demostrándose histológicamente disminución progresiva de calibre y densidad de los vasos en

las áreas tratadas además de indemnidad cutánea (figuras 1, 2, 3 y 4).

Actualmente, los tratamientos en adultos se realizan en forma totalmente ambulatoria sin necesidad de anestesia, siendo necesario en niños una corta sedación con una vuelta del paciente a su entorno familiar y vida normal en pocas horas.

Bibliografía consultada

1. Alster TS, Wilson F Treatment of port-wine stains with the flashlamp-pumped pulsed dye laser: extended clinical experience in children and adults. *Ann Plast Surg* 1994; 32:478-84.
2. Aschhoff R, Geronemus RG. Flashlamp pumped dye laser for port-wine stains in infancy: early versus later treatment. *J Am Acad Dermatol* 1990; 24:467-72.
3. Hellwig S, Schönemark M, Raulin C. Behandlung von Gefäß malformationen und Pigmentstörungen am Ge-

sicht und Hals durch gepulsten Farbstofflaser, Photoderm und Rubilaser. *Laryngo Rhino Otol* 1995; 75:635-41.

4. Calandria L, Casanova M, Nemseff A. Fototermolisis selectiva en el tratamiento de patología vascular y pigmentaria benigna. *Tendencias (Montevideo)* 1998; 13:90-5.
5. Svaasand LO, Norvang LT. Tissue parameters determining the Visual Appearance of Normal Skin and Port-wine stains. *Lasers in Medical Science* 1995; 10:55-65.
6. Anderson RR, Parrish JA. Selective phototermolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. *Science* 1983; 220:524-7.
7. Anderson RR. Laser-tissue Interactions. In: Mitchell P, Fitzpatrick RE. *Cutaneous Laser Surgery*. Saint Louis: Mosby, 1994:9.
8. Tan OT, Carney JM, Margolis R. Histologic responses of port-wine stains treated by argon, carbon dioxide and tunable dye lasers: a preliminary report. *Arch Dermatol* 1986; 122:1016-22.

Montevideo y Salto, 12 de febrero de 1999

Sr. Director del Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay
Dr. Ariel Montalbán

De nuestra mayor consideración:

Agradecemos a la Dra. Irma Gentile-Ramos la referencia, en su editorial titulado "El diálogo del acto médico" ⁽¹⁾, a la televideoconferencia interactiva sobre telemedicina y educación a distancia, organizada por la Sociedad Uruguaya de Informática en la Salud (SUIS) y la Federación Médica del Interior (FEMI/COCEMI), con el apoyo de OPS/OMS y ANTEL. A través de esta carta deseamos comentar algunos temas abordados en dicho editorial.

Entrando en el tercer milenio, el crecimiento vertiginoso de la informática y las telecomunicaciones son un hecho consumado, y las aplicaciones en la asistencia, aprendizaje e investigación biomédicas no son una excepción. Ya no cabe preguntarse si estas nuevas tecnologías serán usadas, sino cuándo será el momento, cómo se aplicarán y cuán preparados estarán sus usuarios. Siempre recordando que son sólo una herramienta de apoyo a las actividades señaladas, no persiguiendo un fin en sí mismas.

Entre los usos más cercanos de estas nuevas tecnologías se encuentra la educación médica a distancia, sea utilizando televideoconferencias interactivas o Internet. Como ejemplo del primer método tenemos, además de la televideoconferencia interactiva multipunto que organizamos, las televideoconferencias anuales en pediatría. Sin lugar a dudas, este método es lo más parecido a una clase presencial, y se ve facilitado en nuestro medio por la infraestructura instalada por ANTEL en su proyecto Tercer Milenio, al igual que por el convenio entre dicho organismo y la

Universidad de la República para su uso. Otro ejemplo corresponde a la educación a distancia usando Internet, donde existen cursos y congresos virtuales, además de otros recursos diversos. Red médica del SMU fue pionera en el uso de Internet por nuestros médicos compatriotas ⁽²⁾, y creemos que el potencial que tiene en la formación médica continua es mucho mayor a su uso actual. De acuerdo a Peter Drucker, "el aprendizaje constante es esencial en la sociedad de conocimiento" ⁽³⁾. De hecho, no sólo los médicos sino las instituciones donde los mismos trabajan deben preocuparse por su educación continua, si desean permanecer competitivas. Otro aspecto menos evidente del uso de estas nuevas tecnologías en la educación es la horizontalización de la transferencia del conocimiento: por ejemplo, si en Colonia se desea realizar una videoconferencia con universidades de Argentina y España, no se debe pasar por Montevideo, pues se hace directamente con ellas.

Otro aspecto mencionado en dicho editorial corresponde al impacto de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones sobre la atención médica. Sin minimizar la posibilidad de un impacto real sobre el acto médico ⁽⁴⁾, al igual que temas como la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los datos médicos, dichas preocupaciones deben servir para tomar recaudos, pero no para frenar el uso racional de estas nuevas tecnologías. Al fin y al cabo, 40% a 80% de los médicos generales de países desarrollados usaban la historia clínica computarizada en 1995 ⁽⁴⁾, debido a los distintos beneficios que ofrece en el acceso a la información médica, apoyo en las tareas clínicas y administrativas y generación de información estadística. Sin ir muy lejos, debe destacarse el papel pionero que tuvo Uruguay y América Latina en esta materia el

Sistema Informático Perinatal ⁽⁵⁾: desde 1990 todas las historias clínicas perinatales del país son tomadas con un formato estándar y el 70% está disponible en una base de datos nacional. En ello también estamos de acuerdo con la Dra. Gentile-Ramos.

Estando a disposición para responder sobre estos temas, lo saludan a Ud. atentamente

Álvaro Margolis
Fernando Alvaríño
Néstor Campos
Por el Comité Organizador de dicha televideoconferencia.

1. **Gentile-Ramos I.** El diálogo del acto médico (Editorial). Rev Med Uruguay 1998; 14: 183-4.
2. Red médica del Sindicato Médico del Uruguay. Dirección Web: <http://www.smu.org.uy>.
3. **Drucker PF, Nakauchi I.** Tiempo de desafíos. Tiempo de reinventiones. Buenos Aires: Sudamericana, 1997: 107.
4. **Als AB.** The desktop computer as a magic box: patterns of behaviour connected with the desktop computer; GP's and patient's perceptions. Fam Pract 1997; 14: 17-23.
5. **Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Rossello JL, Simini F, Giacomini H, et al.** Publicación Científica CLAP 1364. Sistema Informático Perinatal. 5a. ed. Montevideo: CLAP, 1997.

Respuesta a los doctores Margolis, Alvaríño y Campos

El lúcido comentario precedente me permite reanudar el diálogo inconcluso de aquel día con el Dr. Margolis y hacer algunas precisiones. Estamos de acuerdo: la educación permanente y la enseñanza a distancia son estrategias que no debemos desaprovechar. Los ordenadores, los "faxes", "Internet", los "E-mail" y otros cambios están aquí y ahora, no como fines en sí mismos sino al servicio de las ideas. Contraponer a ellos los patrones nostálgicos de la *relación docente-alumno*, que sigo valorando en la dimensión de mi pequeña historia, sería crear una "falsa oposición". Temo sí, y no puedo evi-

tarlo, que el deslumbramiento ante avances tan poderosos nos impida ser prudentes, llevándonos a una deshumanización de los vínculos interpersonales más grave aun que la que ya padecemos.

No se entienda que desvalorizo la historia clínica computarizada ni el uso racional del sistema informático para la generación de estadísticas, pero me sigue preocupando el riesgo potencial —que mucho de ello implica— para la privilegiada *relación médico-paciente*. Creo que la confidencialidad, la integridad, la disponibilidad y la calidad humana del acto médico no pueden concentrarse en la fría “cosificación” de una tarjeta magnética por muy “inteligente” que ella se considere.

La “escucha” y el abrazo comprensivo de *mi* médico, el encuentro mirada a mirada entre la madre y su hijo, los diferentes “climas” que se perciben durante las entrevistas, quiero seguir creyendo que, como el amor y la amistad, son “inmecanizables”.

Agradezco el interés manifestado por los doctores Margolis, Alvaríño y Campos y muy especialmente sus posibles discrepancias.

Dra. Irma Gentile Ramos

Montevideo, 16 de febrero de 1999

Sr. Director del Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay

Dr. Ariel Montalbán

He leído el artículo publicado en la Revista Médica, volumen 14 número 3, “Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992)” de la Dra. Rossana K. Lucero Abreu.

Me merece los siguientes comentarios:

a) El modelo encuentra una ecuación de regresión lineal bivariada entre la tasa ajustada de mortalidad

por suicidio como variable dependiente y la erogación para salud pública junto con las variaciones anuales de ingreso per cápita como variables independientes. El coeficiente R^2 de la ecuación es de 0,90.

La conclusión debe ser entonces que el modelo utilizado describe adecuadamente la relación entre el suicidio y las dos variables independientes que lo integran. Que no se deba integrar al modelo el ingreso per cápita ni el índice de desempleo es algo positivo ya que se obtuvo un modelo más sencillo y satisfactorio. No veo las razones del aparente pesimismo de la evaluación del resultado del estudio.

b) Transcribo un párrafo de la página 243: “Para estudiar la variación en la tasa ajustada de suicidio entre hombres en el período estudiado se determinaron los intervalos de confianza a 95% de las mismas; no observándose diferencias significativas en los distintos años”.

Dado que el estudio a que se refiere es censal (incluye todas las muertes por suicidio y no una muestra de las mismas) el párrafo anterior me resulta totalmente incomprensible. ¿A qué diferencias significativas se refiere si se ha medido diferencias reales de la totalidad de los casos? Me gustaría que me aclararan el punto o lo rectificaran.

Muy atentamente

Ing. Francisco José Elices

Montevideo, 24 de marzo de 1999

Sr. Director del Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay

Dr. Ariel Montalbán

Por la presente doy respuesta a los comentarios que me envía el Ing. Francisco Elices en relación al artículo “Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992)”, publicado en la Revista

Médica del Uruguay.

He recibido su nota con los comentarios al artículo publicado en la Revista Médica del Uruguay bajo el título “Suicidios en el Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992)”.

En primer lugar quiero agradecerle por la atención que se evidencia tuvo cuando leyó el trabajo puesto que sus comentarios son sumamente provechosos para la discusión tanto en este momento como en el futuro.

En cuanto al primer comentario, efectivamente, el modelo con dos variables tiene un buen ajuste. Sin embargo, lo que se intentaba evaluar en este trabajo era el ajuste del modelo de Brenner en su totalidad, el cual no ajusta en forma adecuada ($R^2=0,36$). Pienso que aceptar como válido un modelo con sólo dos variables sería una sobresimplificación de un problema por demás complejo. Teniendo en cuenta además que nuestro sistema económico y de salud difiere considerablemente con los de los países donde el modelo de Brenner fue probado, creo que sólo la implementación de nuevos estudios, con la inclusión de nuevas variables y, fundamentalmente, con un mayor intervalo de tiempo, nos permitirá obtener modelos más adaptados a la realidad.

En relación al párrafo que me comenta no queda claro, infiero que se refiere a la determinación de intervalos de confianza en cálculos con datos censales. En este caso seguimos a Boyle y Parkin⁽¹⁾ que plantean que “Una tasa de incidencia ajustada por edad donde los datos son reales, deben ser tomados, en teoría estadística, como estimadores de un valor verdadero de un parámetro, que puede ser conocido solamente con las unidades de observación son infinitamente largas”. En nuestro caso ni la población de Uruguay ni el número

ro de muertes anuales por suicidio que se registran en nuestro país pueden considerarse infinitamente largas y es en este sentido que hemos calculado los intervalos de confianza de las tasas de suicidio ajustadas por edad.

Quedando a las órdenes por cualquier nuevo comentario, lo saluda muy atentamente.

Dra. Rossana K. Lucero

1. **Boyle P, Parkin DM.** Stastistical methods for registries. In: Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG, eds. Cancer Registration: Principles and Methods. Lyon: IARC, 1991 (Nº 95).

Montevideo, 7 de abril de 1999

Sr. Director de la Comisión de la Revista Médica del Uruguay
Dr. Ariel Montalbán

De mi mayor consideración:

La Clínica de Enfermedades Infecciosas, conjuntamente con otros departamentos del Instituto de Higiene, ha desarrollado un sitio en Internet dedicado a la formación médica continua en enfermedades infecciosas y disciplinas relacionadas denominado Infecto cuya dirección web es www.infecto.edu.uy. Dicho sitio se enmarca dentro de un proyecto de uso de nuevas tecnologías en educación que fue aprobado y es auspiciado por la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Universidad de la República. Comprende también el trabajo en conjunto con universidades de la región, participando del emprendimiento la Universidad Federal

de Pernambuco (Brasil). El proyecto tiene tres líneas principales de desarrollo que son: capacitar a potenciales usuarios en el uso de aplicaciones de Internet de utilidad en medicina, creación de un sitio de referencia en la World Wide Web y creación de una plataforma integradora para consulta y apoyo mediante el uso de correo electrónico, transferencias de archivos de imágenes y uso de una lista de discusión.

En el corriente año se realizarán una serie de teleconferencias uniendo Montevideo y seis puntos remotos del interior destinadas a actualizar a los trabajadores de la salud, médicos, personal de enfermería, laboratoristas, etcétera en aspectos vinculados a VIH-Sida. Este ciclo de teleconferencias complementa los objetivos del proyecto Infecto antes mencionado.

Me dirijo a usted a los efectos de ponerlo en conocimiento de lo antes mencionado, considerando de interés poder compartir esta información con el resto de los colegas médicos a través de la prestigiosa revista que usted dirige.

Saluda atentamente,
Dra. Adelina Braselli
Directora de la Cátedra y Clínica de Enfermedades Infecciosas

A continuación transcribimos algunas direcciones de interés de Sociedades Científicas o instituciones docentes del Uruguay.

Asociación de Residentes de Ginecología Del Uruguay

<http://www.geocities.com/capecanaverallab/4874>

Asociación Psicoanalítica del Uruguay
<http://www.chasque.apc.org/apu>

Asociación de Psiquiatría y Psicopatología de la Infancia y Adolescencia del Uruguay (APPIA)
appia@adinet.com.uy

Sociedad de Anestesiología del Uruguay
<http://www.sau-uruguay.org>

Sociedad de Cirugía del Uruguay
<http://www.cirurgia-uy.com>

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
<http://www.chasque.apc.org/squbib>

Sociedad de Dermatología del Uruguay
<http://www.chasque.apc.org/amenes>

Sociedad de Medicina Interna del Uruguay
<http://www.chasque.apc.org/smidu>

Sociedad de Ortopedia y Traumatología del Uruguay
<http://www.chasque.apc.org/sotu>

Sociedad de Psiquiatría Biológica
psbiol@mednet.org.uy

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
<http://www.chasque.apc.org/spu>

Sociedad Uruguaya de Cardiología
<http://www.suc-uruguay.org>

Sociedad Uruguaya de Informática en la Salud
<http://www.chasque.apc.org/suis>

Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva
<http://www.mednet.org.uy/sumi>

Sociedad Uruguaya de Nutrición
<http://www.chasque.apc.org/cbarozzi/sunep/>

Sociedad Uruguaya de Pediatría
<http://www.sup.hc.edu.uy>

Sociedad Uruguaya de Trasplantes
<http://chasque.chasque.apc.org/sut>

Sociedad Uruguaya de Urología
<http://www.chasque.apc.org/fosorio>

Acta Neurológica Latinoamericana
<http://www.anla.com>