

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



VOLUMEN 125
NÚMERO 4
DICIEMBRE DE 2012

EDITORIAL

- 3 El Instituto de Medicina Regional.
70 años de trayectoria
Prof Dr Jorge Osvaldo Gorodner

NOTICIA SOCIETARIA

- 5 Sesión especial Designación de
Miembro Honorario Extranjero al
Prof Dr Fabio Pigozzi

ARTÍCULO ORIGINAL

- 9 Fiebre por virus del Nilo Occidental
¿Otra patología emergente relacionada
con el cambio climático?
*Dres Jorge Osvaldo Gorodner, Daniel
Eduardo Merino*

CASO CLÍNICO

- 13 A propósito de un caso de urticaria
vasculítica intermedia en un
paciente pediátrico
*Dres Lidia E Valle, Daniel Navacchia,
Salomé Santarcangelo, Gabriel Cao*

ACTUALIZACIÓN

- 17 Cómo escribir y publicar
trabajos científicos
*Dr Arturo Heidenreich, Lic Claudio
Rodríguez, Sra Andrea Mena de Manfredi*

HISTORIA DE LA MEDICINA

- 21 Vinculos históricos de la AMA y el
Hospital Enrique Tornú
Prof Dr Elías Huriado Hoyo

- 27 El anatomista celoso a muerte.
Johann Georg Wirsung (1600-1643)
Dres Jorge L. Corbelle, Néstor A. Pinca

- 31 Jorge II de Gran Bretaña y la
disección aórtica
Prof Dr Alfredo E. Buzzi

4/2012

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2012

I.S.S.N. 0004-4830

Fundada en agosto de 1891

Inscripta en el Index Medicus: BIREME O.P.S.

Considerada de interés legislativo nacional - Resolución 17/05/2000

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfono: 5276-1040 y líneas rotativas / Fax: (54-11) 4811-1633

E-mail: info@ama-med.org.ar

Página web: http://www.ama-med.org.ar

Personería Jurídica Nº C. 467 - 4 de agosto de 1914

Entidad exenta, reconocida por la AFIP, en virtud del art. 20, inc. f, de la Ley 20.628

Inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Bien Público. Resolución 536 Nº 61842, 10 de abril de 1984

Premio A.P.T.A. - F. Antonio Rizzuto a la mejor revista médica, año 1968

Presidente Honorario de la Asociación Médica Argentina

Dr. Francisco Javier Romano (M.H.N.)[†]

Dr. Luis Julio González Montaner (5235)

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente

Dr. Elías Hurtado Hoyo (7390/5)

Vicepresidente

Dr. Miguel Falasco (10179/6)

Secretario General

Dr. Miguel A. Galmés (16619/1)

Prosecretario

Dr. Jorge Gorodner (9128/8)

Secretario de Actas

Dr. Roberto Reussi (12263/1)

Tesorero

Dr. O. L. Molina Ferrer (10571/8)

(En uso de Licencia)

Protesorero

Dr. Vicente Gorrini (15732/4)

Vocales Titulares

Dr. F. Juan Domínguez (33933/5)

Dra. Nora Iraola (12435/5)

Dr. Carlos Mercáu (33207/4)

Dr. Gustavo Piantoni (13208/5)

Vocales Suplentes

Dr. Armando E. Guglielminetti (7063/4)

Dr. León Turjanski (5926/1)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA: Dr. Tomás Andrés Cortés (11601) - Dr. Eusebio Arturo Zabalúa (13710) - Dr. Bernardo Yamaguchi (23340) - Dr. Enrique Francisco E. Labadie (6268) - Dr. Abraham Lemberg (3498) - Dr. Jorge Mercado (14146) - Dr. Hugo Pablo Sprinsky (20953) - Dr. Rodolfo Jorge Bado (14711) - Dr. Walter Adrián Desiderio (23227) - Dr. Luis Hilarión Flores Sienra (25137) - Dra. Analía Pedemera (14795) - Dr. Alejandro Jesús Diz (16497) - Dr. Néstor Carlos Spizzamiglio (16929) - Dra. Rosa Álvarez de Quantín (11264) - Dr. Carlos Mosca (15076) - Dr. Héctor A. Morra (15183) - Dr. Luis Romero (11227)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr. Eduardo Abbate (9314/1), (M.H.N.)

Dr. Ángel Alonso (10896), (M.H.N.)

Dr. Leonardo H Mc Lean (6885/4), (M.H.N.)

Dr. Manuel L. Martí (7683/0), (M.H.N.)

Dr. Víctor Pérez (5314/4), (M.H.N.)

Dr. Román Rostagno (9807/5), (M.H.N.)

Miembros Suplentes

Dr. Mario Bruno (12357/4), (M.H.N.)

Dr. Germán Falke (31714/5), (M.H.N.)

Dr. Horacio López (14518/5), (M.H.N.)

Dr. Daniel López Rossetti (21392/59), (M.H.N.)

Dr. Juan J. Scali (27242/0), (M.H.N.)

Dra. Lidia Valle (16932/3), (M.H.N.)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dra. L. Nora Iraola (12435/5), (M.H.N.)

Dr. Juan C. García (36953/5), (M.H.N.)

Dr. Horacio A. Dolcini (9951/5)

Dr. Jorge F. Yansenson (12478/1), (M.H.N.)

Dr. Miguel Vizakis (35379/9)

Miembros Suplentes

Dr. Fabián Allegro (29815/5)

Dr. Alberto Lopreiato (15535/4)

Dr. Pedro Mazza (7635/2), (M.H.N.)

Dr. Pedro Morgante (38065/1)

Dr. Juan J. Solari (5920/7), (M.H.N.)

Secretario del Tribunal

Dr. Heraldo Nelson Donnewald (9043/3)

Asesor Letrado Honorario

Dr. Hernán Gutiérrez Zaldívar (31864/5), (M.H.N.)

Asesor Letrado Alterno

Dr. Carlos do Pico Mai (M.H.N.)

Escribana

Sra. María Cristina Soler

Relaciones Institucionales

Lic. Fernando Portiglia Tade

Administrador

Sr. Guillermo E. Couto

Biblioteca

Dr. Rodolfo Maino (9399-5), (M.H.N.)

REVISTA

Director

Dr. Alfredo P. Buzzi (5287/9), (M.H.N.)

Subdirector

Dr. Horacio López (14518/5)

Secretarios

Dr. Miguel Ángel Falasco (30590/1)

Dr. Daniel Carnelli (32927/2)

Dra. Betina Dwek (29909/5)

Producción Gráfica

Sr. Raúl Groizard

Sr. David Maidana

**LAS FOTOGRAFÍAS FUERON REALIZADAS
POR EL FOTÓGRAFO INDEPENDIENTE**

Sr. Enrique Mourgués

Revista de la Asociación Médica Argentina - Volumen 125, número 4 de 2012. Editor responsable: Asociación Médica Argentina.

Director: Dr. Alfredo P. Buzzi. Domicilio legal: Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Dirección Nacional del Derecho de Autor: Nº 294.953



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 125 - Nº 4 DICIEMBRE DE 2012

EDITORIAL	El Instituto de Medicina Regional. 70 años de trayectoria <i>Prof Dr Jorge Osvaldo Gorodner</i>	3
NOTICIA SOCIETARIA	Sesión especial Designación de Miembro Honorario Extranjero al Prof Dr Fabio Pigozzi	5
ARTÍCULO ORIGINAL	Fiebre por virus del Nilo Occidental ¿Otra patología emergente relacionada con el cambio climático? <i>Dres Jorge Osvaldo Gorodner, Daniel Eduardo Merino</i>	9
CASO CLÍNICO	A propósito de un caso de urticaria vasculítica intermedia en un paciente pediátrico <i>Dres Lidia Ester Valle, Daniel Navacchia, Salomé Santarcángelo, Gabriel Cao</i>	13
ACTUALIZACIÓN	Cómo escribir y publicar trabajos científicos <i>Dr Arturo Heidenreich, Lic Claudio Rodríguez, Sra Andrea Mena de Manfredi</i>	17
HISTORIA DE LA MEDICINA	Vínculos históricos de la AMA y el Hospital Enrique Tornú <i>Prof Dr Elías Hurtado Hoyo</i>	21
	El anatomista celoso a muerte. Johann Georg Wirsung (1600 – 1643) <i>Dres Jorge L Corbelle, Néstor A Pinca</i>	27
	Jorge II de Gran Bretaña y la disección aórtica <i>Prof Dr Alfredo E Buzzi</i>	31

El Instituto de Medicina Regional. 70 años de trayectoria



Prof Dr Jorge Osvaldo Gorodner

El Instituto de Medicina Regional de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) cumplió 70 años de vida institucional el 1° de mayo de 2012. Es una institución que tiene por propósito el estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades endemoepidémicas que afectan al hombre con especial incidencia en el Nordeste argentino.

El Instituto de Medicina Regional ocupa un predio en el Campus de la UNNE en la ciudad de Resistencia, provincia del Chaco, Argentina; en un área de altísimo impacto epidemiológico como lo es la Cuenca del Plata (Argentina, Brasil, Uruguay, Paraguay y parte de Bolivia), por lo que constituye un recurso científico y técnico indispensable para colaborar científica y académicamente en la prevención y lucha contra las enfermedades emergentes y otras de riesgo por su ocurrencia y transmisibilidad, como el Dengue; Fiebre amarilla; Leishmaniasis; Enfermedad de Chagas; Hantavirus; Paludismo; Fiebre por virus del Nilo Occidental, Encefalitis de San Luis, etc.

En el año 1937 la Universidad Nacional de Tucumán resolvió crear un organismo dedicado a la investigación de los variados factores concurrentes al impedimento del desarrollo del Norte del país, motivado fundamentalmente por el Paludismo. La propuesta fue formulada por el Dr Eduardo Sabaté en el Consejo Superior de dicha Universidad, creándose el 6 de noviembre de ese año el Instituto de Medicina Regional, comenzando sus actividades el 1° de mayo de 1942 bajo la dirección del Doctor en Medicina Cecilio Romaña.

Desde su inicio el Instituto se dedicó a la investigación científica, docencia y asistencia médica de las patologías infecciosas y tropicales de prevalencia regional, siendo su principal objetivo contribuir a lograr una adecuada protección y recuperación de la salud del hombre.

Romaña dirigió el Instituto 18 años, logrando un importante crecimiento en todo el Norte del país,

estableciendo misiones de trabajo en San Salvador de Jujuy y en Resistencia, Chaco. Posteriormente el Instituto se trasladó a la Ciudad de Resistencia, dependiendo desde el año 1955 de la recién creada Universidad Nacional del Nordeste, siendo su primer instituto de investigaciones médicas.

En esa época confluyeron en el Instituto destacadísimas figuras de las ciencias médicas, lo que le dio al Instituto por su producción científica, trascendencia y renombre internacional. Lo atestiguan las publicaciones efectuadas en los Anales del Instituto de Medicina Regional.

Luego de ello el Instituto sufrió un período de deficiencias académicas y consecuente declinación institucional. Con tal motivo y atendiendo a la importancia del Instituto en el Norte del país, la Secretaría de Estado de Salud de la Nación le brindó apoyo económico a la UNNE para que ésta proceda a llamar a Concurso de Director e investigadores y a la vez ampliar su capacidad instalada, lo cual se cumplió y posteriormente por problemas institucionales el Instituto quedó nuevamente acéfalo y en condiciones precarias. Luego de un breve interinato la UNNE designó un nuevo Director para conducir el Instituto, y a partir de ese momento, los cargos de Director e investigadores fueron cubiertos por Concurso.

Durante este último período que abarcó 35 años, se restituyó el nombre original del Instituto. Se logró conformar un grupo de profesionales de múltiples disciplinas con buena producción científica, respetando su libertad de creación e independencia de criterio. Se ampliaron y modernizaron las instalaciones y equipamiento. El personal tuvo un incremento del 744%, habiendo alcanzado el título de Doctor el 60% de los profesionales, y el presupuesto ascendió un 1.932%; además de contar con subsidios provenientes de otras fuentes de financiamiento. Se restableció la biblioteca y hemeroteca; se instaló la informatización en red; se firmaron 35 Convenios y Acuerdos Científicos con organismos nacionales y extranjeros. Se adquirieron vehículos apropiados para trabajos en terreno y desplazamiento de personas; se instauró el Museo de Medicina Regional "Cecilio Romaña";

se editó anualmente el Boletín de Medicina Regional (ISSN 0325-9528); y se atendieron un promedio anual de 2.000 requerimientos asistenciales y diagnósticos.

La enseñanza de post-grado, mediante el dictado de cursos en el país y en el exterior; el adiestramiento en servicio de becarios y pasantes, además de Carreras acreditadas dictadas en conjunto con la Facultad de Medicina UNNE, ha permitido alcanzar una cifra superior a los 300 especialistas y magister en las disciplinas infectológicas.

Actualmente el Instituto ha recuperado su prestigio científico, habiendo sido incorporado a la Red AMSUD-Pasteur de París, luego de ser evaluado por Comités Científicos Internacionales.

Alfredo Lanari señaló que el Instituto de Medicina Regional es un “Instituto con tradición; que no hay tradición para lo malo o inepto y los que siguen tienen la difícil tarea de superar lo realizado”. Por

lo cual debe bregarse sin interrupción por el futuro promisorio del Instituto cubriendo por Concurso todos los cargos vacantes de Director e investigadores, entendiendo que la ciencia debe estar al servicio de la comunidad y por encima de otros intereses, por cuanto actuar de otra manera le quita legitimidad académica a las responsabilidades conferidas.

El Instituto de Medicina Regional debe contribuir a paliar las necesidades de la comunidad en materia de medicina regional. Será responsabilidad de todos superar los desafíos que impone la complejidad epidemiológica de las viejas y nuevas enfermedades y la lucha que ello implica en un mundo globalizado.

Prof Dr Jorge Osvaldo Gorodner

*Profesor Honorario de Medicina (UBA).
Ex-Profesor Titular de Infectología de la Facultad de Medicina (UNNE).
Ex-Director Investigador del Instituto de Medicina Regional (UNNE).
Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.
Prosecretario de la Asociación Médica Argentina.*

Sesión especial Designación de Miembro Honorario Extranjero al Prof Dr Fabio Pigozzi

Damos comienzo a la ceremonia. La preside el Sr Presidente de la AMA, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo. Lo acompañan el Sr Decano de la Facultad de Medicina de la UBA, Prof Emérito Dr Alfredo Buzzi; el Sr Rector de la Univ del Aconcagua, Mendoza, Prof Dr Osvaldo Caballero; el Sr Rector de la Universidad di Roma 4, el Homenajeador Prof Fabio Pigozzi; el Prof Titular de Medicina Interna de la UBA, Dr Roberto H Iérmoli; el Sr Vicepresidente de la AMA, Prof Consultor Dr Miguel Falasco; el Vicepresidente de la Asociación Mundial de Medicina Interna, Prof Dr Rodolfo Bado; el Sr Presidente del CRAMA y Secretario General de la AMA, Dr Miguel Galmés; el Sr Secretario de la Escuela de Graduados de AMA, Prof Dr Néstor Spizzamiglio; el Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Interna, Dr Miguel Ángel Falasco; el Prof Dr Roberto Reussi; profesores, socios, señores y señoras.

Palabras del Prof Dr Roberto H Iérmoli

Autoridades presentes, Señoras y Señores. Es un honor dirigir la palabra desde esta tribuna. Agradezco la generosidad de la Asociación Médica Argentina que ha dado lugar al pedido formulado para la designación del Prof Fabio Pigozzi como Miembro Honorario Extranjero de esta Asociación. Considero que el Dr Pigozzi reúne las condiciones académicas para un nombramiento de esta categoría.

Como apretada síntesis, quiero transmitirles que el Prof Pigozzi se recibió de Médico, con Medalla de Oro por haber obtenido el más alto promedio de su promoción en *La Sapienza Università di Roma*. Realizó su especialización en Medicina Interna, Cardiología y Medicina del Deporte. Actualmente se desempeña como Profesor Titular de Medicina Interna, en el Foro Itálico, *Università di Roma 4*. Es, además, el Rector de dicha casa de estudios. Tiene numerosos trabajos publicados en revistas con referato. Es autor y co-autor de libros de Medicina Interna y Medicina del Deporte.

Es el Presidente de la Federación Internacional de Medicina del Deporte. Miembro de numerosas Sociedades Científicas. Forma parte del Centro de Excelencia de la FIFA y del Directorio de la Agencia de Medicina Aeroespacial Italiana.

Sin profundizar más esta presentación, en honor al tiempo y teniendo en cuenta que aún restan otras ponencias, quiero manifestar mi profundo agradecimiento al Sr Presidente de la AMA, Prof Elías Hurtado Hoyo, y a todos los integrantes de la Comisión Directiva que hoy le entregan, en Acto Público, el Diploma que lo acredita al Prof Fabio Pigozzi como Miembro Honorario Extranjero de nuestra más que centenaria (121 años) Asociación Médica Argentina. Muchas gracias.

Palabras del Sr Presidente de la Asociación Médica Argentina. Prof Dr Elías Hurtado Hoyo

Prof Fabio Pigozzi, es un gran placer para nuestra institución recibirlo en esta casa. Cuando elevamos a la Honorable Comisión Directiva, la solicitud del Prof Roberto Iérmoli, para que se lo designase *Miembro Honorario Extranjero*, la misma, luego del desglose pormenorizado de lo actuado por Ud en los distintos campos que actuó y está actuando y valorando su nivel de liderazgo indiscutible, decidió por unanimidad otorgarle dicha distinción. Como Ud puede observar, por el público jerarquizado presente, su presencia en el país ha causado un fuerte impacto.

Si bien los vínculos institucionales y los personales son numerosos, para darle un marco al Acto haré algunas muy breves referencias históricas que luego el Dr Buzzi ampliará. Debemos recordar que un ex-Presidente de la AMA, Carlos Ottolenghi, uno de los impulsores de la Ortopedia y Traumatología del país, fue discípulo directo de Puti, quien le dio una especial formación. También me viene a la memoria la figura de José María Mainetti, ese eximio cirujano de La Plata, consultor quirúrgico del Vaticano.



Prof Dr Miguel Falasco, Prof Dr Roberto H Iérmoli, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, Prof Fabio Pigozzi, Prof Emérito Dr Alfredo Buzzi

También los vínculos de la AMA con las organizaciones italianas de nuestro propio país son incontables. Sólo como ejemplo mencionaré la actitud espontánea y generosa del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Rosario, el cual con la dirección de su Rector, Dr Emilio Navarini, asumió la responsabilidad de traducir al italiano en el 2006 la primera edición del “Código de Ética para el Equipo de Salud de la AMA”. Contó para su presentación en estos salones con la presencia de nuestro Embajador, Sr Stefano Ronco. En lo institucional-personal debo resaltar que el Nuncio Apostólico en Bs As, el excelentísimo Ubaldo Calabresi en 1998, me acompañó en el estrado el día que asumí la presidencia de la AMA, también debo recordar la amistad que me brindara nuestro ex-Ministro de Salud, el eminente oncólogo Umberto Veronesi, con quien presidimos en 1999 un Congreso en Bs As de esa especialidad.

En lo estrictamente personal, debo valorar la invitación que me hiciera un líder de la cirugía italiana, el Prof Dr Eugenio Santoro, para operar un paciente portador de cáncer de pulmón en el Instituto Regina Elena de la Universidad de *La Sapienza* en Roma en 1991. Eran los comienzos de la Neoadyuvancia en cáncer y de las comunicaciones. Fue en el Congreso Italiano de Cirugía, en lo que llamaban “Cirugía Directa”, pues se trasmitía

al auditorio del Instituto y a la sede del Congreso. Grandes recuerdos muy, muy emotivos. Tuve la satisfacción que colaboraran en la operación los jóvenes, pero ya brillantes cirujanos, Dres Máximo Filipetti y Giovanni Motta. La vía de abordaje que utilicé para hacer una neumonectomía izquierda con relevamiento ganglionar mediastinal, fue nuestra propuesta de 1973 de la Toracotomía Axilar Vertical Amplia (TAVA). Lo menciono pues las vías axilares tuvieron su gran impulso en Roma a fines de 1940 por los pioneros, Morelli y Di Paola, del Instituto Forlanini. A mi pedido, en 1993, don Carlos Reussi, le otorgó a E Santoro esta misma distinción de Miembro Honorario Extranjero, que Ud va a recibir. Posteriormente Santoro, Filipetti y Motta, también colaboraron con videos en el libro multimedia *Cirugía Toracoscópica* que edité para la serie de la Biblioteca Médica Digital de la AMA, hoy perteneciente al área de Educación Virtual (EDUVIRAMA).

Dado su gran compromiso con la medicina del Deporte a través de los altos organismos deportivos a nivel mundial, no puedo dejar de mencionar que en esta humilde casa, el año pasado, se presentó para todo el país ese gran proyecto social cuyo objetivo es “sacar los chicos de la calle” generado por la Federación Internacional del Football Agremiado (FIFA)

denominado *Football base*. Lo hicimos junto con quien dirige en nuestro medio todo lo relacionado al *football* infantil, don Ricardo Petracca, Vicepresidente de la Asociación del *Football* Argentino (AFA).

Acto seguido el Dr Hurtado Hoyo invita al Dr Miguel Falasco para que haga la entrega al Prof Fabio Pigozzi del Diploma que lo acredita como Miembro Honorario Extranjero de la AMA. Asimismo, le regala un libro, el *Código de Ética de la AMA*, traducido al italiano. También entrega un cassette a la Dra Lucia Colitti, *Coordinatore Área Servizio Rettoreli Foro Itálico*, con la operación realizada en Roma en el Regina Elena.

Palabras del Sr Rector de la Università di Roma, Prof Dr Fabio Pigozzi

Lo primero que quiero expresarles es que recibir esta distinción es para mí uno de los mayores halagos que he recibido en mi vida. La Argentina es para los italianos la tierra donde nuestros ancestros emigraron en momentos muy difíciles para mi patria. Se venía a la América para tener trabajo y poder comer. Por eso es que valoramos tanto los lazos que nos unen, más cuando comprobamos que lo hacen con mucho respeto y mucho afecto. Dr Hurtado Hoyo, le agradezco inmensamente desde mi corazón la designación, y le solicito se lo comunique también a su Honorable Comisión Directiva. Al mundo universitario que nos acompaña, el Dr Buzzi, por la UBA, y al Dr Caballero, por la Aconcagua, les transmito el valor que le damos



*Prof Dr Miguel Falasco, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo,
Prof Dr Roberto H Iérmoli, Prof Fabio Pigozzi*

a la educación médica argentina. Por supuesto, un profundo reconocimiento a este gran líder de la medicina interna que es el Prof Roberto H Iérmoli, y que en el caminar de la vida puedo gozar de su sincera amistad. Mis respetos al Dr Bado por estar presente en esta ceremonia, Vicepresidente de la Asociación Mundial de nuestra especialidad madre.

A todos les traigo el reconocimiento hacia vuestras instituciones del Foro Itálico, *Università di Roma 4*, que tengo el honor de dirigir. Pienso que los acercamientos a través de los lazos científicos enriquecen a ambos pueblos. El Rectorado me en-



Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, Prof Dr Fabio Pigozzi, Prof Emérito Dr Alfredo Buzzi

cargó una misión muy especial. En nombre de la Universidad entrego la Medalla del Foro Itálico a los Dres Hurtado Hoyo y Buzzi, lo que hago con sumo placer.

Palabras del Sr Decano de la Facultad de Medicina de la UBA Prof Emérito Dr Alfredo Buzzi

Mi presencia es para dar testimonio del respeto de la UBA a la medicina italiana y en especial al Dr Fabio Pegozi. Le agradezco la distinción al otorgarme la medalla de su Universidad. Me parece oportuno para concretar el acto que no queden dudas de los vínculos que nos unen a ambos países; para ello les voy a señalar que dos presidentes de la AMA nacieron en Italia.

El primero fue José Ingenieros, quien nació en Palermo, Sicilia en 1877; Presidente durante los años 1909 y 1910. Se destacó en psiquiatría, sociología, psicología médica, criminología, literatura, periodismo y filosofía. Fue Profesor de la Cátedra de Medicina Legal de la UBA. Su libro *El hombre mediocre* es de lectura casi obligatoria por su profundidad.

El otro fue Nicolás Romano. Nació en 1889 en Salerno; Presidente de 1942 a 1946. Discípulo de Mariano Castex. Actuó en los Htales Tornú y Clínicas. Se dedicó también a la política llegando a ser

designado Presidente de la Convención Nacional del partido radical. De sus libros se destaca *Lecciones de Clínica Médica*.

Como Ud verá, Dr Pegozi, la Argentina integró en todos los niveles a todas las personas que llegaron a sus tierras.

Palabras del Sr Rector de La Universidad del Aconcagua, Mendoza, Prof Dr Osvaldo Caballero

Mis palabras serán muy breves. Prof Pegozi, cuando el Dr Hurtado Hoyo nos invitara especialmente para acompañarlo en este acto, no dudamos ni un segundo en aceptarlo. Su prestigio tanto en la medicina interna como en la medicina del deporte ha trascendido a nivel internacional. Con mi presencia la Universidad Aconcagua, de la querida región de Cuyo, desea transmitirle el reconocimiento de lo actuado en estos campos. Como Rector, al Rector del Foro Itálico IV, debo señalarle nuestras más sinceras congratulaciones por la jerarquía educativa de investigación que ha logrado imponer en su Universidad, dirigiéndola con la máxima responsabilidad. Acompañamos, por lo acertado, la honrosa designación con lo que la Asociación Médica Argentina lo ha distinguido.



Prof Dr Miguel Ángel Falasco, Prof Dr Osvaldo Caballero Prof Dr Miguel Falasco, Prof Dr Roberto Iérmoli, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, Prof Dr Fabio Pigozi, Prof Emérito Dr Alfredo Buzzi, D.ssa Lucia Colitti, Prof Dr Rodolfo Bado

Fiebre por virus del Nilo Occidental ¿Otra patología emergente relacionada con el cambio climático?

Dres Jorge Osvaldo Gorodner,¹ Daniel Eduardo Merino²

¹ Médico y Doctor en Medicina (UBA). Diplomado en Medicina Tropical (USP-Brasil). Profesor Honorario de Medicina (UBA). Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Prosecretario de la Asociación Médica Argentina. Ex-Profesor Titular de Infectología (UNNE). Ex-Director Investigador del Instituto de Medicina Regional (UNNE).

² Médico (UNC). Doctor en Salud Pública (UBA). Especialista y Magister en Enfermedades Infecciosas (ISFA-Francia/UNNE). Profesor de Infectología (UNNE). Jefe de Medicina Tropical del Instituto de Medicina Regional (UNNE). Comandante Principal Médico de la Gendarmería Nacional Argentina.

Resumen

La Fiebre del Nilo Occidental (FNO) es producida por un arbovirus (familia Flaviviridae, género flavivirus) y transmitida por mosquitos *Culex*. En los '50 se detectó en Israel, Egipto e India, y en 1974 en Sudáfrica. Luego en Argelia (1994), Rumania (1996), República Checa (1997), Rusia (1999) y en EE.UU. (1999), notificados al CDC desde entonces, 24.716 casos con 983 fallecidos. En el 2012 lleva afectando a 3.545 personas con 147 fallecidos. En la Unión Europea (23/8/2012) se notificaron 91 casos (37 confirmados). En Grecia los casos han ascendido a 86. En países vecinos a la UE se notificaron 143 casos. El virus se ha diseminado a Canadá, América Central y el Caribe, afectando las Islas Caimán, Jamaica, República Dominicana, México, Puerto Rico y Cuba. Argentina, sin antecedentes hasta marzo de 2006, confirmó en Córdoba la infección en un hombre y otros 3 en el Chaco. En abril de ese año se confirmó la muerte de 2 caballos en SA de Areco (Buenos Aires), 1 en Entre Ríos y en el 2010 otro equino en Córdoba. Las aves infectadas por hembras de *Culex* migran a Centroamérica y América del Sur, transmitiendo el virus a especies de vertebrados (mascotas; animales de granja -caballos- y el hombre). El virus puede infectar a otros seres humanos por transfusiones, trasplantes de órganos, etc. No se transmite de persona a persona. Clínicamente se presenta con un cuadro febril o con compromiso neurológico. Los factores de riesgo son variados (HIV/SIDA, trasplante de órganos, quimioterapia, embarazo, etc). La prevención es la lucha contra el mosquito. La fumigación es un recurso útil. Las aguas estancadas donde se reproducen los mosquitos deben drenarse. Los cambios climáticos ocasionan importantes consecuencias para la salud humana con multiplicación de vectores infectantes. Los EE.UU. han tenido este año un invierno suave y un verano caluroso. Será la humanidad la que tome conciencia del deterioro que implica no observar medidas mitigadoras y reguladoras de la polución ambiental. Solo el compromiso de todos cui-

dando el ambiente constituye la esperanza futura. ¿Estaremos frente a otra patología emergente relacionada con el cambio climático?

Palabras claves. Fiebre por virus del Nilo, cambio climático.

Summary

The FNO is caused by an arbovirus (family Flaviviridae, genus Flavivirus) and transmitted by *Culex* mosquitoes. In the 50 was detected in Israel, Egypt and India and in South Africa in 1974. Then in Algeria (1994), Romania (1996), Czech Republic (1997), Russia (1999) and the USA (1999), reported to the CDC since then, 24,716 cases with 983 deaths.

In 2012 carries affecting 3.545 people with 147 deaths. In the European Union (23/08/2012) 91 cases were reported (37 confirmed). In Greece's case amounted to 86. In neighboring countries the UE 143 cases were reported. The virus has spread to Canada, Central America and Caribbean, affecting the Cayman Islands, Jamaica, Dominican Republic, Mexico, Puerto Rico and Cuba.

Argentina shows no background until March 2006, confirmed in Cordoba infection in a man and another three in Chaco. In April of that year confirmed the death of two horses in San Antonio de Areco (Buenos Aires), one in Entre Ríos and in 2010 another horse in Cordoba.

Birds infected *Culex* females migrate to Central and South America, transmitting the virus to vertebrate species (pets, farm animals, horses, and man). The virus can infect humans for transfusions, organ transplants, etc. It is not transmitted from person to person.

Clinically presents with a fever or neurological compromise. Risk factors are varied (HIV / AIDS, organ transplants, chemotherapy, pregnancy, etc).

Prevention is the fight against the mosquito. Fumigation is a useful resource. The stagnant water where mosquitoes breed, should be drained.

Climate changes cause significant consequences to human health, with infective vector multiplication. The US has had this year a mild winter and a hot summer. Mankind will become aware of the damage that involves not observe regulatory mitigation measures and environmental pollution. Only a commitment to protecting the environment is everyone's future hope. We will address other emerging pathology related to climate change?

Key words. West Nile Fever, Climate Change.

La Fiebre del Nilo Occidental (FNO) es producida por un arbovirus que pertenece a la familia *Flaviviridae* y al género *flavivirus* y es transmitida principalmente por la picadura de mosquitos *Culex* infectados.

Este virus es similar al virus de Saint Louis, Dengue y Fiebre amarilla.

Este virus había sido reconocido por primera vez en la rivera del Nilo Occidental a su paso por Uganda, África, en una mujer y se lo considera causante de cuadros febriles, y en forma ocasional, meningoencefalitis humana o equina.

En la década del '50 se detectaron casos en Israel y posteriormente en Egipto e India y en 1974 se documenta una epidemia de magnitud considerable en Sudáfrica. A partir de ahí se registraron brotes en otros países como Argelia (1994), Rumania (1996), República Checa (1997), Rusia (1999) e ingresa en América afectando a Estados Unidos (1999), produciéndose la primera epidemia de encefalitis vírica en Nueva York, notificándose 62 casos con clínica neurológica y 7 óbitos. Posteriormente se disemina en varios otros estados, llegando el 28 de agosto de 2007 a contabilizarse 10.073 casos con meningitis y encefalitis, y 13.978 con fiebre. Fueron notificados al CDC 24.716 casos con 983 fallecidos, cifras acumuladas desde el primer caso en 1999 en nuestro continente. Las cepas detectadas en EE.UU. fueron muy similares a las de Medio Oriente.

En los EE.UU. en el curso de 2012 hasta fines de setiembre 48 de los 50 estados de ese país han informado infecciones en seres humanos, afectando a 3.545 personas con 147 fallecidos, lo que según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) representa un nivel récord. En solo una semana los casos ascendieron de 693 a 1.118, constituyendo el mayor registro en la tercera semana de agosto desde que se denunció el virus por primera vez en 1999. Los casos registrados mayoritariamente se concentraron en el Sur de dicho país.

En la Unión Europea hasta el 23 de agosto de este año se notificaron 91 casos, de los cuales 37 fueron confirmados. En Rumania se dieron los primeros 4 casos (3 confirmados y 1 probable). En Italia se mantiene 1 solo caso y en Grecia el número de casos ha ascendido a 86.

En países vecinos a la Unión Europea se notificaron 143 casos: Rusia 133, Israel 4, Serbia 4, Túnez 1, y territorios ocupados de Palestina 1.

En forma constante el virus se ha diseminado hacia Canadá, América Central y el Caribe, afectando las Islas Caimán, Jamaica, República Dominicana, México, Puerto Rico y Cuba.

En Argentina, sin antecedentes hasta marzo de 2006, se confirmó en Córdoba la infección en un hombre de 58 años, residente en Marcos Juárez y otros 3 en el Chaco. En abril de ese año el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (Senasa) confirmó la muerte de 2 caballos de raza por Virus del Nilo Occidental, ocurrida en febrero en San Antonio de Areco (Buenos Aires) y otro equino en Entre Ríos, siendo probable que hayan ocurrido otros casos. Posteriormente Senasa detectó la enfermedad del Virus del Oeste del Nilo en un equino de un establecimiento próximo a la localidad de Vicuña Mackenna, al Sur de la provincia de Córdoba, lo que se informa en el primer semestre de 2010.

Se estima que no más del 1% de los *Culex* de zonas en las cuales se detectó el agente transportan realmente el virus.

Los mosquitos transportan el virus en el hemisferio Norte a principios de otoño, siendo su mayor incidencia a finales de agosto y principios de setiembre. Los EE.UU. han tenido este año un invierno suave y un verano caluroso.

Hipócrates (460 aC) dijo: "la salud y la enfermedad en el hombre no solo están en relación con su organismo, sino también con el medio ambiente, especialmente con los fenómenos atmosféricos".

En 1982 la OMS reconoció que muchos proyectos de desarrollo podrían ser peligrosos para el ambiente y en consecuencia causar riesgos sanitarios importantes. Debe considerarse en tal sentido la extensión de las fronteras agropecuarias, caminos, deforestaciones, la industrialización, etc, todo ello sin un adecuado contralor, por cuanto de esa manera se liberan toneladas de dióxido de carbono a la naturaleza.

La temperatura, la humedad relativa ambiental y las lluvias, que modifican su régimen debido a los impactos ambientales, ocasionan importantes consecuencias para la salud humana, particularmente generando multiplicación de vectores de enfermedades endemoepidémicas, además de otras variadas patologías, entre ellas, las ocasionadas por estrés. A lo que debe añadirse la problemática nutricional por afectación en la producción de alimentos.

En la FNO los mosquitos se infectan (hembras del género *Culex*) a partir de haber picado a aves infectadas. Más de 150 especies de aves y algunas decenas de especies de vertebrados como mascotas o animales de granja (caballos) o silvestres, pueden infectarse. El mosquito pica, siguiendo un ciclo enzoótico, a humanos y a otros vertebrados como los caballos (huéspedes terminales que sufren la enfermedad, pero no la contagian) inyectando saliva con virus.

Se observa que una o más especies de aves que circulan por la costa Este norteamericana llegan al Sudeste del país y continúan migrando hacia Centroamérica y América del Sur, pero aunque se ha demostrado la presencia de arbovirus en dichas aves, no se observa con claridad el momento y el lugar de la infección. Tampoco se conoce si el virus ha sufrido alguna mutación en estas circunstancias.

Cabe presumir que existe una estrecha correlación entre el cambio climático y su repercusión en la salud humana cuando median factores extraordinarios, habiéndose constatado que el hombre modifica el ecosistema con grandes emprendimientos que ocasionan impactos ambientales, los que repercuten a distancia con su correlato sanitario.

El Virus del Oeste del Nilo tiene un período de incubación que oscila entre 5 y 15 días. Al infectar a los seres humanos, en aproximadamente 1 de cada 5 personas, produce fiebre, cefaleas y dolores corporales con posibilidad de erupciones cutáneas, adenomegalias, inapetencia, odinofagia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea o una sintomatología leve similar gripal, con un período de estado de 3 a 6 días; llegando a formas más severas con encefalitis (en 1 de cada 150 infectados) con desorientación, coma, cuadros convulsivos, miastenia y parálisis. En general pocas personas desarrollan formas severas de la enfermedad e incluso no presentan síntoma alguno (Ver Cuadro 1).

Las formas de tipo pseudogripal suelen denominarse FNO y las severas, de encefalitis o meningitis del Nilo Occidental, según su localización patogénica.

Además de la inoculación por mosquitos infectados, el virus puede infectar a otros seres humanos por transfusiones, trasplantes de órganos y eventualmente leche materna. No se transmite de persona a persona.

Los estudios complementarios de diagnóstico son los virológicos por PCR en suero sanguíneo o LCR; TC e IRM de cabeza. Así también aquellos que confirman el agente etiológico como las Técnicas de Neutralización en Cultivos Celulares. La serología para buscar anticuerpos contra el virus es la forma más simple y precisa.

Los factores de riesgo para un compromiso severo de la dolencia lo constituyen variados factores, entre ellos, inmunodepresión por enfermedad HIV/SIDA, trasplante de órganos, quimioterapia, embarazo, etc.

La evolución de las formas leves es de buen pronóstico. En las formas severas, la afección a nivel neurológico puede dejar secuelas cerebrales o incluso la muerte. El 10% de los pacientes con inflamación cerebral no sobrevive.

Estudios clínicos se encuentran en marcha para analizar si la ribavirina puede ser de utilidad. En todos los casos debe emplearse tratamiento de sostén.

La mejor prevención se basa en la lucha contra el mosquito, evitando sus picaduras, utilizando repelentes con DEET y ropa que cubra la mayor parte del cuerpo. La fumigación es un recurso útil para prevenir la reproducción de los mosquitos.

Las aguas estancadas son el lugar ideal de reproducción de los mosquitos, por lo tanto, éstas se deben drenar de inmediato o tratar adecuadamente.

Cuadro 1. Definición de caso-encefalitis vírica del Nilo Occidental (CDC).

Caso probable	Caso confirmado	No caso
<p>Enfermedad compatible (como caso confirmado) que no satisface ninguno de los criterios de caso confirmado de laboratorio más al menos uno de los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostración de Ac IgM en suero contra el virus por Elisa. • Demostración de un título elevado de Ac IgG contra el virus en suero de fase de convaleciente por Elisa o inhibición de hemaglutinación con confirmación mediante reducción en placa. 	<p>Enfermedad febril asociada a manifestaciones neurológicas entre cefaleas y meningitis aséptica o encefalitis más al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento del virus o demostración del antígeno vírico o las secuencias genómicas en tejidos, sangre, LCR u otros fluidos orgánicos. • Demostración de Ac IgM contra el virus por Elisa. • Cuadruplicación de los títulos de anticuerpos neutralizantes por prueba de reducción en placa en muestras pareadas de suero o LCR. • Demostración de Ig M e IgG antiviral por Elisa y sometido a tamizaje por inmunoadánalisis o hemaglutinación y confirmación por reducción de placas en muestra sérica única. 	<p>Enfermedad que no cumple ninguno de los criterios anteriores de laboratorio más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba negativa mediante Elisa para Ac IgM contra el virus en suero o LCR colectado de 8 a 21 días después de la aparición de la enfermedad y/o • Una prueba negativa para Ac IgG contra el virus por inmunoadánalisis, hemaglutinación o reducción en placa en suero colectado 22 días tras la aparición de la enfermedad.

En cuanto a la prevención, señala A Seijo: “en la actualidad no contamos con vacunas para prevenirla. La única medida individual de prevención es el uso de repelentes y de mosquiteros para evitar las picaduras. En cuanto a la fumigación, esta medida tiene una recomendación bastante restringida, ya que sólo se utiliza cuando ya han ocurrido varios casos y se está ante la posibilidad de un brote”.

Respecto a los fenómenos climatológicos globales, de carácter antropogénico, será la humanidad la que tome conciencia del deterioro que implica para su desarrollo, no observar las medidas mitigadoras y reguladoras de la polución ambiental. Kofi Annan, Presidente del Foro Humanitario Internacional (GHI) y ex-Secretario General de la ONU, ha dicho que cada año 315.000 personas mueren en el mundo por enfermedades, hambrunas y desastres naturales originados en alteraciones ecológicas registradas en el planeta (“El cambio climático y sus efectos”. La Nación Edit. pág 14-10/VI/2009).

La Agencia Internacional de Energía [The Guardian (GB), 30/5/2011] ha señalado que las emisiones de gases contaminantes han aumentado en 2010 a niveles récord, lo cual disipa las esperanzas de controlar el calentamiento global. Esto implica un futuro incierto, debiéndose tomar en consecuencia medidas valientes, decisivas y enérgicas para tener posibilidades de éxito, según lo señala Fatih Birol.

Más recientemente los resultados de la Cumbre Rio+20 no permiten extraer conclusiones alentadoras. Solo el compromiso y accionar de todos cuidando el ambiente permite vislumbrar una esperanza para las actuales y futuras generaciones.

La cuadruplicación de casos de pacientes con virus del Nilo Occidental en los EE.UU.; el comportamiento de una serie de patologías prevalentes en la región relacionadas con los cambios ambientales, la dinámica de las aves migratorias; el concepto de

M Birley (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres) que los continentes están íntimamente ligados; conforman un cuadro de situación que obligan a prever su ocurrencia en nuestras latitudes.

Referencias

- Gubler, D. Surveillance for West Nile Virus in the Americas, PAHO/WHO, Third Meeting of the Surveillance Networks for Emerging Infectious Diseases in the Amazon and Southern Cone Regions, 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention. West Nile Virus, Division of Vector-Borne Infectious Diseases, 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention. Epidemic/Epizootic West Nile Virus in the United States: Guidelines for Surveillance, Prevention and Control, 1999.
- Centers for Disease Control and Prevention. Update: West Nile Virus Activity - Eastern United States, 2000. Morbidity Mortality Weekly Report, 2000;49:1044-1047.
- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Surveillance, Prevention, and Control of West Nile Virus Infection - United States, Morbidity Mortality Weekly Report, 2000;49:25-28.
- Rappole J, Derrickson S, Hubalek Z. Migratory Birds and Spread of West Nile Virus in the Western Hemisphere. Emerging Infectious Diseases, 2000;6:319-327.
- DE Merino, JO Gorodner, V Rabinovich. Fiebre por virus del Nilo Occidental. En: Patologías Regionales y Enfermedades Emergentes de JO Gorodner y DE Merino. Ed Corpus 2008;157:160.
- Cambio climático y salud humana-Conferencia Dr JO Gorodner, 14° Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. Buenos Aires 14-17/8/2012. Resumen en: <http://www.acamedbai.org.ar/integrantes.php#opiniones-academicas>
- Alerta por la expansión del virus del Nilo Occidental. La Nación, pág.6:24/8/2012.
- Alerta Sanitaria Internacional. Fuente: ECDC, CDC. Ref:181/2012; 24/8/2012.

A propósito de un caso de urticaria vasculítica intermedia en un paciente pediátrico

Dres Lidia Ester Valle,¹ Daniel Navacchia,² Salomé Santarcángelo,³ Gabriel Cao⁴

¹ Profesora Universitaria en Medicina. Presidente Comité Dermatología y Sub Comité Dermatología Pediátrica AMA. Jefa Unidad Dermatología Pediátrica. HGNPE 1994-2010.

² Médico Patólogo. Jefe Departamento Servicios Centrales Diagnóstico y Tratamiento. HGNPE.

³ Profesora Adjunta Departamento de Pediatría. Jefa División Clínica Pediátrica. HGNPE.

⁴ Médico Patólogo. Médico de Planta División Patología. HGNPE.

HGNPE: Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Av Montes de Oca 40 (C1270AAN). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

AMA: Asociación Médica Argentina. Av Santa Fe 1171 (C1059ABF). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Resumen

Se presenta un paciente de sexo masculino, de 2 años y siete meses de edad, con cuadro clínico compatible con urticaria vasculítica. La biopsia cutánea evidenció una vasculitis con infiltrado mononuclear. A diferencia del cuadro típico de urticaria vasculitis, en este paciente en la histopatología no se evidenció vasculitis leucitoclástica, hecho que nos permite categorizarla como una forma intermedia de urticaria vasculitis.

Palabras claves. Niños, urticaria, vasculitis.

A propos of a case of intermediate vasculitic urticaria in a pediatric patient

Summary

We report a male patient, 2 years and seven months old, with clinical symptoms compatible with vasculitic urticaria. A skin biopsy showed vasculitis with mononuclear infiltrate. Unlike the typical picture of urticaria vasculitis in this patient, the histopathology did not reveal vasculitis leucitoclástica, allowing us to categorize it as an intermediate form of urticaria vasculitis.

Key words. Childrens, urticaria, vasculitis.

Introducción

La urticaria se presenta como una erupción monomorfa de lesiones papulosas eritematosas u opalinas de forma oval, circular, ameboide, en general simétrica, de diversos tamaños desde 0,2 a 10 cm. En oportunidades las lesiones pueden agminarse y formar grandes placas de consistencia blanda. Las

lesiones se ubican en cualquier lugar del tegumento, son inestables, cambian de ubicación cada 48 a 72 horas. Pueden ocupar una región aislada o bien grandes extensiones. Si se localizan en sitios de tejido celular laxo (escroto, vulva, párpados, labios), el edema deforma acentuadamente la región (edema angioneurótico de Quincke). En casos severos el edema puede afectar la laringe y obstruir la glotis con los peligros consecuentes, o bien puede haber manifestaciones en otros órganos como diarrea, jaqueca, broncoespasmo, malestar general, fiebre y verdaderos estados lipotímicos. La afección de comienzo brusco, pero reversible, no deja secuelas. Los brotes pueden repetirse y hacerse subintrantes.

El cuadro se acompaña de intenso prurito, en oportunidades escozor y hormigueo.

Las formas clínicas van desde la urticaria papular hasta el colapso vascular propio de la anafilaxia.

Se considera evolución aguda cuando dura hasta 6 semanas y crónica cuando la duración se extiende más en el tiempo.

Cuando las lesiones duran más de 72 horas se debe pensar en urticaria vasculítica, cuadro en el cual las lesiones papulosas se asocian a lesiones purpúricas.¹⁻³

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 2 años y 7 meses de edad, procedente de la Provincia de Buenos Aires.

Motivo de ingreso a la Unidad de Internación del Hospital Pedro de Elizalde: fiebre de 24 horas de evolución, edema de ambas rodillas, y pápulas en eritematosas con centro de mayor tonalidad en miembros inferiores.

No se reportan datos patológicos en la anamnesis.

Recién nacido de término, de peso adecuado para edad gestacional. Segundo embarazo controlado.

Recibió lactancia natural durante un año.

Correspondencia: Lidia Ester Valle
Av Rivadavia 3740 – 1° Piso – CP 1204.
Celular: 11 1550132321
E-mail: lidiavalle@hotmail.com

No tiene antecedentes de enfermedades previas, ni heredofamiliares de importancia.

El examen físico reveló:

- Peso: 14 Kg. PC 50.
- Talla: 89 cm. PC 25-50.
- T axilar: 37^o C.
- FC: 110 lpm. FR: 18 rpm. Examen cardiorrespiratorio normal.
- Abdomen depresible, no doloroso, sin visceromegalias.

Se observan lesiones papulosas sobreelevadas, edematosas, de varios días de evolución, con centro purpúrico y halo eritematoso, otras circinadas, pruriginosas, en mejillas, tronco y miembros. Presenta equimosis en párpados, miembros y abdomen.

Foto 1. Tronco. Lesiones redondeadas papulosas con halo eritematoso, circinadas, algunas con características purpúricas en cuatro miembros y tronco.



Se constata la presencia de edema bipalpebral y de ambas rodillas.

En su evolución inmediata se produce otro brote de lesiones eritematopapulosas con centro claro, formando placas anulares, pruriginosas, en tronco y miembros.

Fue tratado con metilprednisona 0,75 mg/kg/día e hidroxicina 1 mg/kg/día, con remisión de las lesiones, siendo egresado luego de 4 días.

En la involución se observan lesiones residuales ligeramente hiperpigmentadas.

A las 48 horas del alta reingresa por presentar

un vómito de contenido alimentario, dolor cólico abdominal y deposiciones diarreicas con sangre rutilante y coágulos, interpretándose el cuadro como hemorragia digestiva baja.

Presentaba exantema papuloso en dorso y miembros, no pruriginoso.

Se confirma el diagnóstico de divertículo de Meckel sangrante por centellografía.

Se realiza diverticulectomía con evolución postoperatoria satisfactoria.

Un mes después presenta reagudización del brote, observándose lesiones residuales a las 48 horas del inicio del mismo.

Exámenes complementarios

Hemograma:

GB: 13.200/mm³. (3/65/0/0/29/3).

GR: 4.360.000/mm³.

Hb: 11 g/dl. Hto: 36%.

Plaquetas: 283.000/mm³.

VSG: 16 mm.

PCR: 17,84 U.

Uremia: 28 mg/dl.

Creatininemia: 0,54 mg/dl.

Proteínas totales: 7,5 g/dl.

Albuminemia: 4,3 g/dl.

Colesterol total: 165 mg/dl.

Hepatograma normal

Orina: densidad 1015, ph 6,5, sedimento normal.

Complemento C3: 145 mg/dl. (Normal).

C4: 24 mg/dl. (Normal).

Serologías:

ASTO: 33.

CMV IgM negativa.

Parvovirus IgM negativa.

Herpes virus I y II IgM negativa.

Epstein-Barr IgM negativa.

Mycoplasma IgM positivo débil.

Biopsia cutánea: compatible con urticaria vasculitis.

Discusión

La urticaria vasculitis es un subtipo de vasculitis de los pequeños vasos de baja incidencia, con una relación 2:1, mayor en mujeres que en varones. Se presenta principalmente en mujeres adultas, siendo rara en niños.⁴

Puede ser manifestación de enfermedad sistémica o no estar asociada a patología subyacente.

Las lesiones cutáneas consisten en pápulas o placas que simulan urticaria, aparecen en forma de brotes, persisten de 1 a 4 semanas y dejan hiperpigmentación residual. Se localizan en cualquier zona del tegumento de forma simétrica pero, prefieren asentar en zonas declives.⁵⁻⁷

No siempre son pruriginosas, pudiendo en cambio producir sensación de ardor o quemazón.

Ocasionalmente aparecen petequias.

Esta entidad puede ser normocomplementémica o hipocomplementémica. Ésta última se asocia con mayor frecuencia a síntomas sistémicos, enfermedades del tejido conectivo, asma y neoplasias.

Otras asociaciones reportadas en la literatura son crioglobulinemias, gamapatía monoclonal por IgM (síndrome de Schnitzler), tratamientos con fluoxetina, enfermedad del suero, y dentro de las colagenopatías, principalmente lupus eritematoso sistémico.⁸

La forma de presentación hipocomplementémica tiene mayor probabilidad de presentar severo compromiso multiorgánico cursando con fiebre, artralgias, dolor abdominal, uveítis, epiescleritis, compromiso renal, pulmonar, angioedema y, menos frecuente, pancreatitis.

La urticaria vasculitis normocomplementémica generalmente se limita al compromiso cutáneo, teniendo mejor pronóstico.

A nivel histológico se revela infiltrado polimorfonuclear, necrosis fibrinoide, vasculitis leucocitoclásica, tumefacción endotelial de vénulas postcapilares con diapedesis de hematíes (hemorragia perivascular) en la dermis papilar. La histopatología de nuestro paciente evidenció epidermis con discreta acantosis irregular, dermis superficial con leve infiltrado mononuclear y perivascular. Dilatación de pequeños vasos, escaso edema focal con ocasional extravasación hemática, con mínima caída pigmento.

Los hallazgos histológicos son vinculables a urticaria vasculitis en fase de cronicidad. Protocolo 48.940. Al respecto de la histopatología, Elder D y colaboradores manifiestan que la existencia de casos intermedios sugiere que la urticaria y la vasculitis urticariana constituyen un espectro continuo. En estas instancias el infiltrado perivascular muestra predominio mononuclear, pero también neutrófilos y eosinófilos. No se visualiza material fibrinoide en las paredes vasculares y la leucocitoclasia es mínima o nula.⁹

La inmunofluorescencia directa en las formas hipocomplementémicas pone de manifiesto depósitos granulares de complemento, IgM, IgG, e IgA a lo largo de la membrana basal.¹⁰⁻¹²

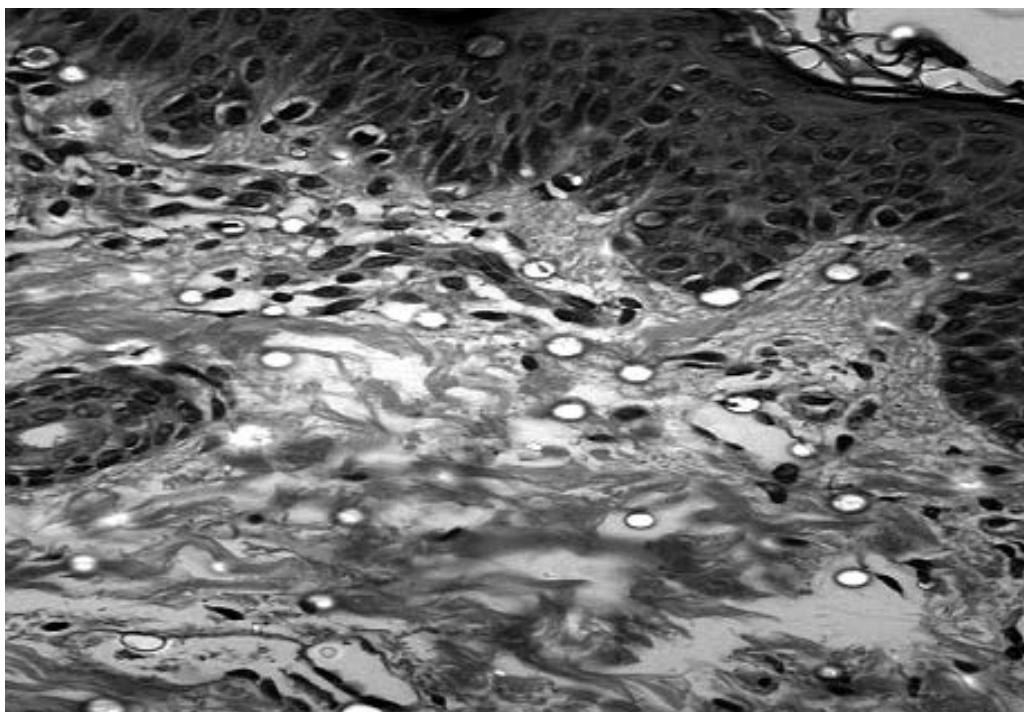
Lee y colaboradores, en el año 2007, estudiaron 22 pacientes portadores de urticaria vasculitis y sólo el 13,6% de ellos presentaron vasculitis leucocitoclásica en la histología.¹³

El informe histológico de nuestro paciente mostró infiltrados mononucleares. Consideramos que fue debido a que la toma histológica se realizó a las 72 horas de inicio del cuadro, tal como se menciona en el trabajo de Carlson y colaboradores en el año 2006.¹⁴

Presentamos un niño de 2 años y 7 meses con una forma de urticaria vasculitis normocomplementémica, con brotes cutáneos recurrentes, púrpura, fiebre, edemas y dolor abdominal con sangrado intestinal. Estos últimos pueden atribuirse a la presencia

Foto 2. Estudio histopatológico n° 48940.

Epidermis con discreta acantosis irregular, dermis superficial con leve infiltrado mononuclear y perivascular. Dilatación de pequeños vasos, escaso edema focal con ocasional extravasación hemática, con mínima caída de pigmento.



de un divertículo de Meckel como comorbilidad.

Según distintos autores, se plantean como diagnósticos diferenciales el eritema polimorfo, la dermatitis herpetiforme en estadios iniciales, penfigoide ampollar, granuloma anular, sarcoidosis, linfoma T cutáneo y mastocitosis.¹ En nuestro paciente consideramos como diagnósticos diferenciales enfermedad del suero, eritema polimorfo y mastocitosis.

La enfermedad del suero es una vasculitis por hipersensibilidad, atribuible a proteínas extrañas y fármacos, desencadenándose los síntomas hasta 3 semanas luego de la inyección de los mismos. En la anamnesis los datos fueron negativos para relacionarlos con la patología mencionada.

El eritema polimorfo se presenta con lesiones en diana típicas y/o atípicas, las cuales la mayoría de las veces presentan ampollas, y puede afectar mucosas. El cuadro varía en la evolución, en algunas oportunidades, desde un eritema polimorfo menor de escaso compromiso sistémico hasta lesiones de mayor compromiso dermatológico y sistémico. El paciente que presentamos no demostró lesiones ampollares, las mucosas estaban respetadas y la enfermedad evolucionó por brotes.

La mastocitosis se caracteriza por hiperplasia de mastocitos en médula ósea, hígado, bazo, ganglios linfáticos y piel. La urticaria pigmentosa es la manifestación cutánea más frecuente de esta entidad, pudiendo ser su única manifestación. Las lesiones urticarianas de nuestro paciente eran edematosas, color rojizo, en oportunidades purpúricas y presentaron signo de Darier negativo.

Debido a las características clínicas de las vasculitis urticariformes que pueden solaparse con urticaria alérgica, la confirmación del diagnóstico requiere la realización de una biopsia de piel.

Ésta se indica especialmente cuando las lesiones duran más de 24 horas, no causan prurito, presentan elementos pigmentados o purpúricos, o no se observa respuesta a la medicación.

Tomando en consideración la forma clínica del caso presentado, con síntomas sistémicos, normocomplementemia y los hallazgos histopatológicos, consideramos que se trata de una forma intermedia de urticaria vasculitis.

En este caso los anticuerpos ANCA podrían alertar a la pesquisa precoz de compromiso orgánico, que suele llevar a un rápido deterioro en caso de no mediar la intervención terapéutica correcta.¹⁵

Como terapéutica es aconsejable utilizar pautas generales de cuidado con dieta básica evitando los alimentos liberadores de histamina. En la terapéutica local se indican antipruriginosos tópicos (fenol, mentol, alcanfor) y baños coloidales suavizantes. Por vía oral se aconsejan antihistamínicos (anti H₁) que suelen asociarse a corticoides. En nuestro paciente indicamos metilprednisona 0,75 mg/kg/día e hidroxizina 1 mg/kg/día, con el cual las lesiones comenzaron a mejorar.

Conclusión

Presentamos un paciente de 2 años y 7 meses de edad con lesiones papulosas eritematosas, edematosas, algunas purpúricas, síntomas sistémicos, normocomplementemia. La biopsia cutánea evidenció vasculitis con infiltrado mononuclear. Consideramos que no todos los pacientes demuestran leucocitoclasia en la histología¹³ y aceptamos la existencia de casos intermedios de urticaria vasculitis en los cuales la leucocitoclasia es mínima o nula.⁹

Bibliografía

1. Odom RB, James WD y Berger TG. *Andrew's Dermatología Clínica*. Novena Edición. Editorial Mabrá Libros. España 2003;160-170.
2. Valle LE. *Dermatología General. Enfoque práctico*. Primera Edición. Editorial Impresiones Dunker. Buenos Aires. Argentina. 2008;295-301.
3. Hassan MI, Pérez Cejudo JA, Yachi del Pino E y Schroh RG. Urticaria vasculítica estudio de 12 casos. *Med Cut LA*. 1990;18:179-184.
4. Koch PE, Lazona R, Rosen JR, Antaya JR. Urticarial vasculitis in an infant. *Cutis* 2008;81(1):49-52
5. Moreno-Suárez FG, Pulpillo Ruiz A, Bernabeu-Wittel J et al. Urticaria vasculitis: Estudio retrospectivo de 15 casos en el Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. www.Scribd.com/doc/17780960/29/07/09. Consultado 15/09/11.
6. Paller AS, Mancini AJ. Vasculitic disorders. En: Hurwitz *Clinical Pediatric Dermatology*. Fourth Edition. Elsevier Saunders. Philadelphia. USA. 2006;487.
7. Ruiz Mateos B, Campos Pavón J, Alonso García Pozuelo J et al. Vasculitis. Manual AMIR. Reumatología. Tercera Edición. 16-27. http://www.videoamir.com/Manuales_3a_edicion/Reumatologia_AMIR.pdf. Consultado: 11/09/11.
8. Guldbakke KK, Khachemoun A. Classification and treatment of urticaria: a brief review. Octubre 2005. http://www.redorbit.com/news/health/279409/classification_and_treatment_of_urticaria_a_brief_review/. Consultado: 03/04/12.
9. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C et al. *Lever. Histopatología de la piel*. Octava Edición. Editorial Intermedica. Buenos Aires. Argentina. 1999;141-142.
10. David MD, Daoud MS, Kirby B, Gibson LE, Roger RS. Clinicopathologic correlation of hipocomplementemic and normocomplementemic urticarial vasculitis. *J Am Acad Dermatol* 1998;38(6:PT 1):899-905.
11. Carlson JA. The histological assessment of cutaneous vasculitis. *Histopathology* 2010;56:3-23.
12. Jennette JC, Falk RJ. Small vessel vasculitis. *N Eng J Med* 1997;337:1512.
13. Lee JSS, Loh TH, Seow SC y Tan SH. Prolonged urticaria with purpura: The spectrum of clinical and histopathologic features in a prospective series of 22 patients exhibiting the clinical features of urticarial vasculitis. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(6):994-1005.
14. Carlson JA, Cavaliere LF y Grant-Kels JM. Cutaneous vasculitis: diagnosis and management. *Clin Dermatol*. 2006;24(5):414-429.
15. Mansi IA, Opran A, Rosner F. ANCA-Associated Small-Vessel Vasculitis. *Am Fam Physician*, 2002; 65(8):1615-1621.

Cómo escribir y publicar trabajos científicos

Dr Arturo Heidenreich, Lic Claudio Rodríguez, Sra Andrea Mena de Manfredi

Biblioteca - Hospital Alemán.

Sin la publicación científica, la ciencia estaría muerta.

Gérard Piel (1915 – 2004)

Editor de Scientific American desde 1948.

La redacción científica requiere claridad, lenguaje apropiado, sin grandilocuencia, ni necesidad de adornos.

El mejor lenguaje es el que transmite el sentido de lo que se quiere expresar, con el menor número posible de palabras.

Un artículo científico es un informe escrito y publicado que describe los resultados de una investigación. Debe presentar información suficiente para que los lectores puedan: a) evaluar las observaciones, b) repetir los experimentos, y c) comprender los procesos intelectuales.

Las publicaciones científicas trascienden de manera especial por sus efectos en la salud de la comunidad.¹

La UNESCO ha sentenciado que “la finalidad esencial de un artículo es comunicar los resultados de investigaciones, ideas y debates de una manera clara, concisa y fidedigna”. También ha manifestado que “es preciso establecer estrategias de publicación para facilitar el intercambio entre científicos de todos los países y reducir a proporciones razonables el incremento de volumen de las publicaciones”.²

Lo que se investiga y no se escribe, o se escribe y no se publica, equivale a que no se investiga.

El Dr John Shaw Billings (1838 – 1913), sabio bibliotecario de la Biblioteca Nacional de Medicina de la Ciudad de Washington, aconsejaba a los autores científicos las siguientes reglas:

- 1°) Tener algo que decir.
- 2°) Decirlo.
- 3°) Callarse en cuanto queda dicho.
- 4°) Dar a la publicación el título y el texto en orden adecuado.²

Los trabajos se remitirán a la Dirección de la Revista, enviando un archivo completo que incluya el texto en *Word*, las tablas y figuras como archivo adjunto al *e-mail* de la editora. En forma simultánea se enviará una copia impresa del manuscrito, junto con el contenido completo del trabajo grabado en un CD por correo postal o en forma personal a la Dirección de la Revista.

Los artículos deben ser originales e inéditos y no podrán publicarse posteriormente en otra revista, a menos que el Directorio de la Revista lo autorice por escrito. En ese caso se dejará constancia, al pie de la reproducción, de la referencia bibliográfica que corresponde a la publicación original.

Los trabajos recibidos se someterán, para su estudio, a los evaluadores de la Revista, cuyo dictamen hará que la Editorial acepte o rechace los manuscritos enviados.

La Dirección de la Revista no avala el contenido de los artículos. Son exclusivamente los autores los que se responsabilizan de las opiniones emitidas en ellos.

Título: Debe describir adecuadamente el contenido del artículo con el menor número posible de palabras. Conciso pero informativo. No más de 100 letras, sin contar los espacios entre las palabras.

No debe contener abreviaturas, fórmulas químicas ni nombres comerciales de medicamentos o drogas.⁶

Destaca el nombre y dirección de la institución, departamento o servicio en el que se realizó el trabajo.

Si el artículo ha sido presentado en un Congreso o Jornada, se indicará a pie de página el nombre, lugar y fecha de la reunión.

Autores: Sólo aparecen como autores aquellos que han hecho una contribución intelectual sustancial y asuman la responsabilidad del contenido del artículo.²

Se los designa por su nombre de pila, inicial de los otros nombres, apellidos y títulos académicos (por ejemplo: MAAC, FACS, etc).

Se los sitúa por el orden alfabético del apellido de los autores o colocando al autor principal en primer o último término, según decisión de los coautores.

Al nombre y apellido del autor principal se le coloca un asterisco, que repetido en el pie de página, indica su dirección e *e-mail*, por ser el responsable de la correspondencia que concierne al artículo y del envío, a pedido, de separatas o fotocopias del mismo.

Si el trabajo proviene de 2 o más instituciones diferentes, cada autor principal se identificará en forma similar.

Correspondencia: Arturo Heidenreich
E-mail: arturo@heidenreich.com.ar

Resumen: Su objetivo es orientar al lector a identificar el contenido básico del artículo y determinar su relevancia.² Es el medio más idóneo para transmitir rápidamente la información de un artículo. Existen dos tipos de resúmenes, los descriptivos y los informativos. Los primeros sólo anuncian lo que se hallará en el artículo, sin mencionar ni reproducir los datos relevantes. Los informativos, en cambio, contienen una selección jerarquizada de la información que transmite lo más importante del artículo. En la búsqueda de la información científica se ha recurrido a innovaciones editoriales para facilitarla y reducir las lecturas innecesarias. Una de las soluciones es dar al resumen una estructura similar a la del texto completo. De esta manera se desestima en forma rápida la información que no interesa.¹

Resumen estructurado: Tiene la ventaja de ser muy informativo y facilitar la lectura del artículo completo, al estar diseñado como éste. Es en muchos casos el tópico más leído después del título. Se redacta en forma puntual y no narrada, en castellano e inglés. No debe exceder las 250 palabras.¹

Información del resumen estructurado

- 1) Antecedentes (*Background*): Estado actual del problema y justificación del artículo.
- 2) Objetivo (*Objective*): Define qué es lo que se busca en el artículo.
- 3) Lugar de aplicación (*Setting*): Entorno donde se desarrolló el trabajo. *Ámbito hospitalario, privado, laboratorio de experimentación.*
- 4) Diseño (*Design*): Indica el tipo de estudio realizado. *Ejemplos: randomizado, a doble ciego, con pruebas diagnósticas, con estudios pronósticos, descripción de hallazgos clínicos o con evaluación económica.*
- 5) Población (*Population*): Forma de selección y número de pacientes o participantes.
- 6) Método (*Method*): Precisa el procedimiento usado por el autor para probar el objetivo propuesto.
- 7) Resultados (*Results*): Deben incluir los principales resultados obtenidos con sus desvíos *standard* o límites del nivel de confianza.
- 8) Conclusiones (*Conclusions*): Deben ser establecidas en forma clara, precisa y concisa; y expresar el mensaje que se quiere transmitir.

Palabras claves (*Key words*): Son 3 a 6 palabras que indican sucintamente a qué tópico se refiere el artículo, utilizando los términos incluidos en la lista del *Medical Subset Heading*, *MeSH* del *Index Medicus*. Escritas en castellano e inglés, y situadas al final de los respectivos resúmenes.

Confección del artículo: Consta de 4 partes: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión.

Introducción

Manifiesta breve y claramente cuál es el propósito de escribir el artículo. Presenta el fundamento del estudio y suministra suficientes antecedentes sobre el tema como para que se puedan comprender y evaluar los resultados, sin necesidad de consultar publicaciones previas. Indica los métodos utilizados en el estudio, justifica las razones por las que se realiza la investigación y formula las hipótesis y los objetivos que se desean alcanzar. Define el problema e indica cómo se trató de resolver, sin mencionar los resultados ni las conclusiones.

Material y métodos

Explica el diseño experimental con toda clase de detalles para que pueda ser reproducido por cualquier otro investigador. El método científico exige que los resultados obtenidos, para tener valor científico, sean reproducibles. Si se utilizan seres humanos, se describirá el criterio de selección, se añadirá el consentimiento informado y la aprobación del comité de ética de la institución. Se expondrán las técnicas estadísticas empleadas. Se debe referir la cantidad de pacientes incluidos en el estudio, el número que se perdieron, sus complicaciones y su mortalidad. Hay que dar detalles de la randomización empleada. Cómo se manejan elementos exactos, el lenguaje debe ser de una precisión absoluta. Las pruebas estadísticas se necesitan describir con suficiente detalle como para que el lector con acceso a los datos originales pueda verificar los resultados obtenidos.

Resultados

Selecciona los datos representativos logrados que se enuncian en secuencia lógica con gran claridad, incluso aquellos contrarios a la hipótesis sostenida. Para lograr un mejor entendimiento se pueden agregar figuras y cuadros sencillos con cortas leyendas aclaratorias.

Discusión

Es el momento en que se examinan e interpretan los resultados obtenidos con la investigación. Presenta los principios, relaciones y generalizaciones que los resultados indiquen. Señala las excepciones y las faltas de correlación. Muestra cómo concuerdan o no sus resultados con los de los trabajos similares publicados con anterioridad. Expone las consecuencias teóricas del trabajo y sus posibles aplicaciones prácticas. Evita discutir aspectos que no estén avalados por las evidencias del estudio. Resume las pruebas que respaldan cada conclusión. Resaltará los aportes nuevos e importantes del trabajo, las conclusiones que de ellos derivan y su relación con los objetivos enunciados en la introducción. Debe finalizar haciendo un breve resumen sobre las conclusiones y significación del trabajo.

Agradecimientos

En los casos en que corresponda se agregarán, precediendo a la bibliografía, reconocimientos a las personas o instituciones que hayan hecho contribuciones sustanciales -ayuda técnica, provisión de equipos y/o financiera- para la realización satisfactoria del trabajo. Si el reconocimiento se refiere a una idea, sugerencia o interpretación, es preciso ser muy específico al respecto.

Los autores deben informar a la Dirección de la Revista cualquier asociación comercial que pueda originar un conflicto de interés, en relación con el manuscrito.

Referencias bibliográficas

Deben citarse sólo los artículos importantes relacionados directamente con el trabajo. Se citan en el texto con números arábigos situados entre paréntesis, en el lugar de la frase a la que se apliquen y no al final de la oración. Pueden ordenarse en forma numérico-alfabética o por orden de mención en el escrito. La lista de referencias, precedidas por el número correspondiente, se incluye al final del texto.

En el sistema numérico-alfabético después del número correspondiente se cita el apellido de los autores y las iniciales de sus nombres; si son más de tres, se puede abreviar, poniendo después del tercero, en castellano "y col" y "et al" si la cita es en otro idioma. A continuación va el título del trabajo en su idioma original, el nombre de la revista abreviado según el *Index Medicus* (esta información puede buscarse en Internet en la siguiente dirección: www.nlm.nih.gov) o el *Pub Med*, el año de publicación seguido de punto y coma (;), el tomo de la revista, y luego de dos puntos (:) la página de comienzo y de finalización del trabajo, separadas por un guión (-). Quedan excluidas las citas de tesis de maestría o doctorado no publicadas.

Ejemplo de citas de artículos

- 6) De Haas-Kock DF, Baeten CG, Jager JJ et al. Prognostic significance of radial margin of clearance in rectal cancer. *Br J Surg* 1996;83:781-785.

Ejemplo de cita de artículo en suplemento de revista

- 9) Shen HM, Zang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102(Suppl 1):275-282.

Ejemplo de cita de artículo publicado en un diario

- 2) Gallardo S. Cómo se desplazaban los dinosaurios. *La Nación*, Buenos Aires, 2009 noviembre 23, Sección Ciencia y Salud, página 8, columna 1.

Ejemplo de cita de un artículo de revista en formato electrónico

- 165) Mishra RK. Vision of laparoscopy. www.laparoscopyhospital.com/future_of_laparoscopy.htm

Los libros después del número correspondiente se citan con el apellido e iniciales de los nombres de todos los autores y/o editores. Sigue el título del libro, la ciudad donde se editó, el nombre de la editorial, la edición (si hay más de una), el año de publicación, el tomo (si hay más de uno) y la página inicial y final.

Ejemplo de cita de libros

- 9) Rosen PP. *Rosen's Breast Pathology*. Philadelphia, Lippincott-Williams & Wilkins, 2nd Ed. 2001;5:387-392.

Los capítulos de libros después del número correspondiente se citan con el apellido e iniciales de los nombres de los autores. Sigue el título del capítulo y luego el del libro en que figura el capítulo.

Ejemplo de cita de capítulos de libros

- 4) Bonadeo F: Fístulas del ano. En Hequera J y Dezanzo V: *Enfermedades quirúrgicas del ano*. Buenos Aires, Ed. Akadia, 1997:318-320.

Confección de cuadros o tablas

Los datos se pueden presentar en el texto, en un cuadro o en una figura; y nunca se deben exponer los mismos datos en más de una forma.

El título de cada cuadro debe ser conciso y no estar dividido en dos o más frases. Pueden agregarse leyendas y notas aclaratorias al pie del mismo. Deben explicarse las abreviaturas usadas.

Los cuadros deben citarse siempre en el texto con números secuenciales.

Es necesario incluir el permiso escrito del autor y/o editor si se reproduce cualquier tabla publicada previamente por otro profesional.

Figuras o ilustraciones

Las figuras (gráficos, dibujos o fotografías en color o blanco y negro) deben tener la suficiente claridad y definición como para que éstas se mantengan luego de su reducción para la publicación.

Las figuras deben numerarse y llevar leyendas, que si son cortas, pueden insertarse al pie de la imagen.

Unidades de medida

Se adopta el sistema métrico decimal para expresar la longitud, la altura, el peso y el volumen (metro, kilogramo o litro).

La temperatura se expresa en grados Celsius, la presión arterial en milímetros de mercurio y la presión venosa en centímetros de agua (suero fisiológico).

Columna de correspondencia

Todas las revistas biomédicas deberían tener una sección para manifestar los comentarios, preguntas o críticas que despierten los artículos publicados, en

la cual también puedan y deban responder en forma aclaratoria los autores.

Artículo duplicado, redundante o ya publicado

La publicación redundante o duplicada es la que coincide o se superpone con otra impresa con anterioridad.

El trabajo ya publicado en una revista no debe presentarse sin modificaciones importantes a otra publicación médica.

Bibliografía

1. Arribalzaga EB y Giuliano RJ. Valor del resumen estructurado en un artículo científico. *Rev Argent Cirug* 1997;72:3-8.
2. Artiles Visbal L. El artículo científico. *Rev Cubana Med General Integral* 1995;11:387-394.
www.angelfire.com/sk/thesishelp/artic.html
3. Becu L. La publicación en medicina: Su necesidad, sus obligaciones y su ética. *Prensa Universitaria* 1965;119:1907-1910.
4. Day RA. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. The Oryx Press, Organización Panamericana de la Salud, 1990.
5. Fishbein M y Pi-Sunyer J. Normas de literatura Médica. La Prensa Médica Mexicana, Durango México DF 1954. Traducido de la 2ª Ed de *Medical writing* Copyright 1948 by The Blakinston Co.
6. Hülkamp P. Abreviaturas – Siglas. *Rev Argent Cirug* 2002;83:1-2.
7. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 1997;277:927-934.
8. Labeau F. Búsquedas bibliográficas a través de Internet: Medline. *Prensa Méd Argent* 1999;86:963-965.
9. Martinez AM. Las referencias bibliográficas en los artículos de revistas médicas. *Rev Soc Argent Diabetes* 1988;22:105-106.
10. Schraier M. Algunas consideraciones sobre la preparación y redacción de un trabajo médico. *Rev Asoc Méd Argent* 2006;119:30-39.
11. Wikinski JA, Usubiaga JE y Hernández HH. El trabajo científico. 2ª Ed Buenos Aires, Diagraf, 1977.

Vínculos históricos de la AMA y el Hospital Enrique Tornú¹

1904-2004

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo²

¹ Conferencia dictada con motivo del Centenario del Hospital Enrique Tornú. 2004.

² Prof Consulto Cgía UBA; Doctor Honoris Causa Univ Nac Morón e Inst Univ Barceló. Miembro de las Acad Argent Cirug; Cienc Méd Córdoba; Nac Medic Paraguay y Argent de Ética Médica. Presidente Asociación Médica Argentina.

Mis primeras palabras son para agradecerles el alto honor que significa para mí el que me hayan invitado para dictar la Conferencia Central de vuestros Actos en Homenaje programados para festejar el Centenario. Me siento privilegiado por la elección dadas las grandes figuras de la medicina que han trabajado, o aún trabajan, en esta prestigiosa casa. Aprovecho también la oportunidad para dejar testimonio de los momentos placenteros que muchos de Uds me hicieron pasar en los nueve años que estuve actuando en el Hospital. A catorce años de haber tomado otros rumbos surgen en mi mente, como gratos recuerdos, las imágenes sin distinción de jerarquías, tanto de los médicos, del área de enfermería, de técnicos, del área administrativa y de maestranza, y por qué no, de muchos enfermos, todos luchando con ahínco para lograr un hospital mejor para ofrecerlo con dignidad a la comunidad. Gracias por esos tiempos, los cuales reconozco por la fuerte impronta que me dejaron.

Hace 100 años se inauguraba un Hospital con el nombre de Enrique Tornú. Había nacido en Buenos Aires en 1865. Se recibió de médico en Francia. Fue reconocido como un gran especialista sobre las enfermedades pulmonares de su época. Sus obras publicadas antes de 1901 fueron: *Climatología de las Sierras de Córdoba*, *La cura de altitud*, *Apuntes sobre tuberculosis y sanatorios*. Por su actitud hacia los enfermos fue llamado “el médico apóstol”. Falleció a los 35 años afectado por una TBC pulmonar. Puso fin a su vida por propia decisión en 1901.

El tema de la conferencia que me habéis propuesto es imposible analizarlo en estos minutos por la riqueza de datos que surgen. Son múltiples los vínculos entre ambas instituciones. Comenzaré con la AMA ya que se fundó hace 113 años con la denominación de Sociedad Médica Argentina. Se creaba así una entidad científica que con el tiempo sería una de las instituciones más vigorosas del país. Su único objetivo era el de favorecer la Educación de Postgrado en Ciencias de la Salud. Sus Principios

fueron, y son, la igualdad de sexos, la libertad de razas y credos, y la independencia política. Los mismos permiten valorar los méritos de la Institución al constituirse en un foro de libertad para la evolución del pensamiento al servicio del hombre...

El 5 de septiembre de 1891 se firmaba el acta fundacional. La rubricaron 106 miembros, entre los que se encontraban Juan B Justo y Cecilia Grierson. Su Primer Presidente fue Emilio R Coni. Para ubicarnos en la época transcribiremos la opinión de Aráoz Alfaro con motivo de su cincuentenario en 1941: «... el país acababa de atravesar una grave crisis política y hasta moral terminado en la revolución del 90, el nuevo gobierno de Pellegrini, esforzándose por restaurar las finanzas y calmar el descontento y las desconfianzas, encauzando a la República por las vías del orden, de la prudencia y del trabajo que habían sido olvidadas por una buena parte de la población y de los gobernantes en los años de especulación desordenada y de loca aspiración al enriquecimiento rápido, que determinaron la ruina de tantos y el descrédito de la Nación...” En 1913 pasa a denominarse Asociación Médica Argentina (AMA). En 1919 comienzan a crearse las Sociedades Científicas nucleándose por especialidades.

Con fuerte influencia de los profesionales del Hospital Enrique Tornú se incorpora a la AMA, hacia 1920, la Sociedad Argentina de Tisiología y Patología Torácica. Entre los Presidentes de esta Sociedad con origen en este Hospital podemos recordar a Alejandro Raimondi (1931), Raúl Denis (1938), Oscar P Aguilar (1941), Rodolfo Cucciani Acevedo (1951), Mario Brea (1954), José Ianello (1975), Amilcar Dellepiane (1976), Jorge Szemzo (1985), y Elías Hurtado Hoyo (1990). De éstos resaltamos la figura de Alejandro Raimondi (1878-1945), quien llegara a ser Vicepresidente de la AMA del período (1932-33). Asimismo fue Jefe de la Lucha Antituberculosa, Director del Hospital Tornú, Presidente de la Comisión Nacional de TBC y Director del Instituto Municipal de TBC. Dentro del área clínica recordamos que Oscar P Aguilar y Raúl Denis fueron Directores del

Hospital Tornú y del Policlínico Santoianni. Fueron presidentes de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires los Dres Nicolás Romano, Roque Izzo, Eduardo Capdehourat y Jorge Pilheu. Como Presidentes de la Sociedad Argentina de Cirugía Torácica y Cardiovascular actuaron Jorge Taiana, que fue uno de los Miembros Fundadores y su primer Presidente (1949). Otros que ocuparon la presidencia de esta Sociedad fueron Reinaldo Bignone (1964) y Elías Hurtado Hoyo (1989). También del área quirúrgica debemos recordar a Mario Brea, Jefe de Pabellón Torello Quirúrgico (1944), quien como Miembro del Subcomité de Residencias Hospitalarias de la AMA (1958-1963) fue partícipe necesario para la creación de las Residencias.

De los distintos vínculos, que como ven son muchos, me pareció oportuno circunscribirme a los presidentes de la AMA que actuaron en el Tornú dado que el primer y el actual Presidente de la AMA trabajaron en este hospital. Escarbando la historia nos encontramos con dos presidentes más de la AMA que pasaron por estas salas.



Emilio Ramón Coni. Nació en Corrientes en 1855. Hijo de Pablo Emilio Coni y de Fanny Fonteneau Odantos, ambos de origen francés. A los cuatro años de edad viajó con sus mayores a Francia, aprendiendo las primeras letras en una escuela de Saint-Malo, lugar del que era oriundo su padre.

Realizó sus estudios secundarios en el Colegio Nacional de Buenos Aires. Egresó de la Facultad de Medicina de Bs As en 1878. Ese año aprueba la tesis "Lepra anestésica", resultado de la observación personal de veintiún casos en diferentes centros declarados como focos leprosos en distintas regiones del país y del Paraguay. Su labor mereció la distinción especial de la Facultad y la designación de Miembro Correspondiente Extranjero de la Academia de Medicina de Río de Janeiro. En su época de estudiante debió asumir la responsabilidad de actuar como Redactor de la *Revista Médico-Quirúrgica*, fundada en 1864, de la que luego fue Director, permaneciendo al principio en el anonimato por no haber concluido su carrera universitaria. Hasta el final de su vida cultivó el Periodismo Científico y, según sus propias manifestaciones, estuvo vinculado a 14 medios periodísticos nacionales y extranjeros en carácter de

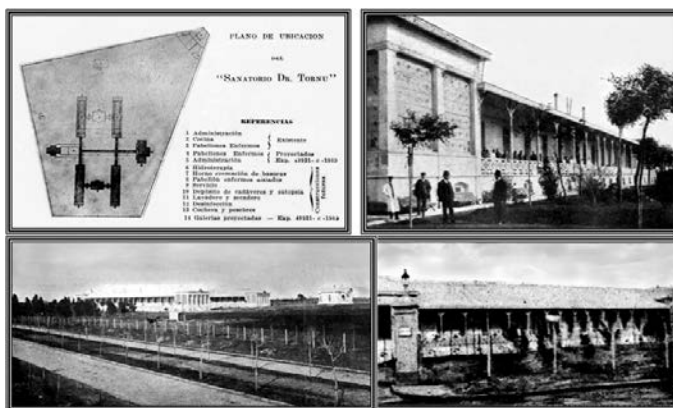
fundador, director, redactor o colaborador. Se orientó hacia la práctica de la higiene pública y la medicina social, disciplinas en las que llevó a cabo una obra relevante que prestigió su nombre en el país y en el extranjero. Se destacó como higienista, estadígrafo, sociólogo y publicista. Se cuenta con un libro autobiográfico *Memorias de un médico higienista* cuya publicación facilitó la AMA en 1918.

En 1879, a los 24 años, viajó a Europa para asistir al Quinto Congreso Internacional de Higiene y Demografía en La Haya. Allí sus Boletines Demográficos fueron elogiados y adaptados como modelo para las administraciones municipales de varios países. Representa a la nación en un sinnúmero de congresos europeos sobre el tema como los de Ámsterdam, Ginebra, Londres, Washington, París, etc. Por su prestigio fue designado Presidente de la Primera Comisión Directiva de la AMA en 1891. En 1892 publica la *Revista de la AMA*, que persiste a la fecha. Designa como primer Director a Leopoldo Montes de Oca. Otro de sus Directores fue el Premio Nobel Bernardo Houssay; el actual es el Decano de la Facultad de Medicina de la UBA, Alfredo Buzzi.

A lo largo de 1892 y de 1893 actuó como Director de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires. Editó un Boletín Demográfico mensual, que incluía datos meteorológicos y de asistencia pública. Interesó a las autoridades en un registro fidedigno de datos estadísticos para la planificación sanitaria. Puede ser considerado el creador de la Demografía Argentina. Contribuyó a poner en marcha o a encauzar numerosas instituciones: el Patronato de la Infancia; la Liga Argentina contra la Tuberculosis; la Gota de Leche; la Oficina de Estadística Municipal; la Maternidad del Hospital San Roque (hoy Ramos Mejía), la primera en el ámbito municipal; La Liga Argentina contra el Alcoholismo; fundó la Inspección Técnica de Higiene; oficializó la Escuela de Enfermeras creada por Cecilia Grierson; y el primer Asilo Nocturno Municipal. Logró incluir la Medicina Legal en el plan de estudios de la Facultad de Medicina; el examen médico escolar; la vacunación obli-

gatoria; la inspección veterinaria de las carnes de consumo; la denuncia obligatoria de las enfermedades infectocontagiosas; y el examen prenupcial para ambos contrayentes.

Al genio emprendedor y tesorero de Coni se debe la existencia del *Hospital Enrique Tornú*, destinado a la internación de pacientes tuberculosos. Su construcción fue paralizada a poco de iniciada ante la protesta del vecinda-



rio. Interesado por este problema Coni consiguió la terminación de dos pabellones comenzados catorce años antes. Propuso el nombre del Hospital en memoria del ilustre fisiólogo. Prematuramente él mismo ha dicho que “en vez de médico de enfermos lo he sido de ciudades, de Mendoza y Corrientes”.

Se dedicó con arquitectos e ingenieros a diagramar las redes cloacales y el sistema de agua potable. Era la época de infecciones gastrointestinales cuyas epidemias diezmaron la población. En Mendoza también propuso la proyección futura de sus parques principales, que él llamaba los “dos pulmones” de la ciudad. Por las obras concretadas por su iniciativa, el país llega a ser uno de los más adelantados.

En 1884 ganó el Premio “Guillermo Rawson” por su trabajo “Causas de morbilidad y la mortalidad de la primera infancia en Buenos Aires”, que además fue galardonado por la Academia de Medicina de París. Produjo 858 trabajos científicos, 205 monografías y 32 libros. Recibió 8 premios, 47 distinciones honoríficas de academias y sociedades extranjeras, y 14 diplomas de honor por instituciones nacionales. Recordemos, entre sus obras sus *Apuntes Científicos*; *Código de Higiene y Medicina Legal de la República Argentina* en 1861; *Código de Deontología Médica*; *Higiene Social*; *Asistencia y Previsión Social (Buenos Aires caritativo y previsor)*; *Medecin Hygieniste Argentine* (París); *Anales de Higiene Pública*, *Vaquerías del Río de la Plata*. Fue nombrado Miembro Honorario de varias Academias Nacionales y Extranjeras. En su última etapa decidió radicarse definitivamente en Francia donde falleció el 3 de julio de 1928.



Nicolás Romano. Nació en Salerno, Italia, en 1889. En 1913 cuando se inaugura el Hospital Durand se incorporó como Practicante. Se recibe de Médico en 1914. Doctor ese mismo año con la Tesis “Contribución al estudio de los angiomas cerebrales”, con calificación de Sobresaliente. Asumió

de inmediato la Jefatura de Clínica del Servicio del Prof Mariano Castex, a quien reemplazó en varias ocasiones. En 1918, cuando Castex ocupa la cátedra de Clínica Médica en el Hospital de Clínicas, lo invita como Jefe de Clínica, labor que desempeñó por dos años, para reintegrarse luego por concurso al Hospital Durand, como su nuevo jefe, donde logra crear una prestigiosa escuela médica que formó una pléyade de discípulos. También en 1918, atendiendo la invitación del distinguido fisiólogo Alejandro Raimondi, se presentó al concurso de Médico Interno del *Hospital Enrique Tornú*, cargo que ejerció por varios años. Hizo una carrera docente extraordinaria recorriendo todos los niveles. En 1935 la Universidad de La Plata lo designó Primer Profesor Titular de la 2° Cátedra de Clínica Médica, cargo que desempeñó durante 7 años. En 1943 fue designado Profesor Ti-

tular de la misma especialidad en la UBA y Director del Hospital Durand.

Paralelamente a su actividad docente-asistencial tuvo una gran participación en la política universitaria. Auspició el movimiento de la Reforma Universitaria surgido en Córdoba el 15 de junio de 1918, por el cual se aceptó la representación de los estudiantes para elegir consejeros de las Facultades y delegados de éstas al Consejo Superior. Romano fue elegido Consejero de la Facultad de Ciencias Médicas (1923-1927) y Delegado Titular al Consejo Superior de la Universidad (1927-1929). En 1934 recomendaba “la autonomía de cada universidad para promover su desenvolvimiento, atendiendo las necesidades y características de la región donde funcione, sin que ello signifique perder contacto con los problemas de orden general y, particularmente, nacionales, que deben interesar a todo órgano de cultura”. Propició el voto público y obligatorio; la no reelección; la agremiación obligatoria de los estudiantes; la publicidad de todos los actos universitarios; la colegiación profesional; la asistencia libre; la reglamentación del estatuto de funcionarios y del recurso jerárquico; un fondo patrimonial propio; la gratuidad de la matrícula; y la extensión universitaria a cargo de profesores y alumnos. Representando a la Universidad de La Plata en 1937 concurre a París a la reunión de Rectores de Universidades, y al Congreso Ibero-Germánico, con reunión inaugural en Berlín cuya programación se extendió a Colonia, Bad Nauheim, Munich, Leipzig, y otras ciudades.

Ingresó como Miembro Titular de la AMA en 1916. En 1927 fue elegido Vicepresidente de la Sociedad de Medicina Interna y Presidente al año siguiente. En 1929 ganó la Vicepresidencia de la AMA, siendo reelecto. Años después obtuvo la Presidencia de la AMA por dos períodos consecutivos, desde 1942 a 1946. El hecho de transcurrir ambos períodos durante el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial, y con cambios fundamentales en nuestro país, demandó que toda la Comisión Directiva actuara con mucha prudencia y habilidad para lograr que pudiera continuar su actividad en forma independiente y sin intervención gubernamental. Lo lograron a fuerza de una gran prudencia, tenacidad, entereza e insoportabilidad, en legítima defensa del patrimonio moral e intelectual de la Entidad, haciendo de ella un baluarte inexpugnable. Fue una de las pocas instituciones que no sufrieron el avasallamiento, convirtiéndose en una ínsula de calma y tranquilidad, dentro de un país convulsionado permanentemente por aciagos acontecimientos. En octubre de 1943 suscribió con su maestro Castex, y otras expectables figuras del ambiente social y político, una memorable declaración de principios, digna de ser esculpida en el bronce, y que lleva como lema inmarcesible *Democracia efectiva y solidaridad americana*. Ello motivó que fuera separado de sus funciones docentes y asistenciales por el gobierno militar.

De ese período cabe recordar la muerte de su inteligente y activo Secretario de Actas, Eugenio L. Ottolenghi, ocurrida en la tarde del 12 de octubre de 1945, en momentos en que prestaba auxilio médico a un herido como consecuencia de un tiroteo político en la Plaza San Martín. Su sepelio dio origen a una demostración de resonancia nacional e internacional, resolviendo la AMA consagrarle un número especial de la Revista (1945).

Al término de la guerra los miembros de la AMA llevaron a cabo una colecta en beneficio de la clase médica de Francia que se hizo llegar por vía diplomática. En oportunidad de la visita del Presidente de la misión Cultural Francesa, Pasteur Vallery Radot, se fundó la Asociación Médica Franco-Argentina. Durante su Presidencia se logró oficializar la sigla AMA ante la Dirección de Patentes y Marcas. En 1951 fue designado Miembro Honorario Nacional e integrante del Tribunal de Honor.

Pudo regresar Romano al país en 1955. Poco después le fueron reintegrados sus cargos directivos y docentes como así también la jefatura de Servicio de Clínica Médica (sala 3 y 4) del Hospital Durand. Posteriormente fue designado Director Honorario de Hospital Durand con el reconocimiento de todo el personal.

Se lo recuerda como publicista y conferenciante; miembro de numerosas entidades nacionales y extranjeras; autor de diez libros sobre temas científicos entre los cuales se destacan los cinco volúmenes de *Lecciones de Clínica Médica* con el aporte de sus colaboradores los profesores Eyharbide, Baila y Biasotti, y el de *Asma Bronquial*. Además, escribió sobre cuestiones pedagógicas universitarias como los *Dichos y Hechos al Servicio de la Universidad*. Publicó más de 300 trabajos, muchos de ellos en colaboración con maestros o discípulos. Efectivo de la Academia Nacional de Medicina (1965), se destacó también en la política alcanzando dentro del Partido Radical la más alta posición al ser nombrado Presidente de la Convención Nacional. En 1969 cuando cumplió 80 años la AMA le rindió un homenaje de reconocimiento. Muere en 1977.



Eduardo L. Capdehourat.

Nació en 1898 en la Capital Federal. En 1927 se graduó de Médico en la Facultad de Medicina de la UBA con Diploma de Honor. En 1936 se recibió de Médico Legista con clasificación Sobresaliente. Por concurso ingresó al Servicio del Dr Mariano Castex en el Hospital de Clínicas donde fue Jefe de Trabajos Prácticos, de Clínica y del Laboratorio de Hemodinamia de la Facultad de Medicina. Actuó también en el *Hospital Enrique Tornú* donde hay pocas constancias. Por su tesis doctoral "La Cianosis de los cardíacos negros de Ayerza" obtuvo el Premio Facultad en 1934. Desde

1939 ejerció la Subdirección y la Jefatura del Servicio de Enfermedades Pulmonares no Tuberculosas y de la Sección Hemodinamia del Instituto de Investigaciones Físicas Aplicadas a la Patología Humana de la Academia Nacional de Medicina.

En 1937 viajó en compañía de otros profesionales a Bolivia, donde realizó estudios sobre la repercusión de la altura en el hombre. Por estos trabajos mereció del gobierno de ese país la Condecoración Cóndor de los Andes en el grado de Comendador, y el nombramiento de Profesor Honorario de la Universidad de Sucre. También poseía en el mismo grado la Orden de la Cruz Roja Internacional. A causa de sus investigaciones el gobierno local creó la Comisión Nacional de la Altura y lo nombró Secretario General.

Esta comisión fue convertida en ley en 1942. En 1943, junto con Castex agregaría conceptos modernos sobre hipoxemia e hipercapnia. Decían que "a la hipercapnia crónica debe atribuirse la hipoexitabilidad de los centros respiratorios ponto-bulbares, el aumento de la reserva alcalina, la acidosis gaseosa compensada o no, la dificultad de reoxigenación hemática a nivel del alvéolo, el aumento de la viscosidad sanguínea por la hiper o macroglobulia, la dilatación y parálisis capilar con lentitud del flujo sanguíneo periférico, observado al examen capiloscópico practicado por Quirno en nuestros enfermos". Y agregaban "el exceso de anhídrido carbónico sanguíneo constituye el factor determinante esencial de la somnolencia, de la obnubilación y de la torpeza mental". Tuvo una eminente actividad práctica; modificó diversos tipos de respiradores mecánicos denominados "pulmones de acero". Ideó métodos para las nebulizaciones con dispositivos para su aplicación que patentó en nuestro país y en Brasil.

A partir de 1956 ejerció durante cinco períodos consecutivos el Decanato del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional. Se desempeñó como Director Médico de la Morgue Judicial, nombrado por concurso sobre un total de 204 inscriptos, y trató de dotarla de todos los adelantos de la medicina. Se desempeñó como médico de la Cárcel de Encausados de la Penitenciaria Nacional con cuyos 700 reclusos creó un "banco viviente de sangre" para Buenos Aires.

Fue Presidente de la AMA durante seis bienios consecutivos que abarcaron desde 1964 a 1976. Durante su larga gestión la AMA soportó gravísimos problemas económicos como consecuencia y reflejo de la economía nacional. Por ello la ambición de agrandar o trasladar la sede manifestada en 1966 quedó sin efecto. Se obtuvo un subsidio gracias a los esfuerzos de Francisco Romano y de Carlos Reussi durante el gobierno del Dr Illia. Se realizaron reformas para el mejor funcionamiento de la biblioteca y sus ficheros, la instalación de altoparlantes en los salones de sesiones, etc. Durante esos doce años ingresaron las Sociedades Argentinas de Nefrología, Angiología, Cirugía Torácica y Cardiovascular, Gastroenterología, Proctología, Mastología, Flebología y Linfología, Administración Hospitalaria y Atención

Médica, Hebeología y Hebitaría, Rinología, Humanismo Médico, y Citología.

Fue Vicepresidente de la Sociedad de Medicina Interna. Pertenecía a las Sociedades de Criminología, de Tisiología, y otras del país y del extranjero. Fue Miembro Titular de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. En 1975 el gobierno de Brasil lo condecoró con la Orden *Do Cruzeiro Do Sul* por sus investigaciones en materia de cardiología y afecciones broncopulmonares. Cabe destacar que Capdehourat hizo operar la primera cardiopatía congénita en el país.

Fue redactor de los *Archivos de Tisiología*; *La Prensa Médica Argentina*; *La Revista Médica Brasileira* de Río de Janeiro, y otras. Entre otros recibió los premios Facultad de Medicina por el libro *La cianosis de los cardíacos negros de Ayerza*; el Mariano Castex por *La nebulización, su estudio experimental y clínico y su aplicación terapéutica*; el Luis Agote; y el de la Sociedad Científica Argentina por "la originalidad de sus trabajos en los últimos cinco años". Fue autor de más de 150 trabajos. En otro orden de cosas en 1957 fue Presidente del Automóvil Club Argentino y ejerció la docencia secundaria en los Colegios Sarmiento y Belgrano. La AMA lo recuerda con un Premio Bienal con su nombre sobre Ética Médica. Falleció en 1989.

Elías Hurtado Hoyo. Unas pocas palabras sobre mi persona. Nací en 1937 en Valencia, España, en plena Guerra Civil. Mi familia se radicó en la región llamada "pampa del infierno", en el Chaco, Argentina, en 1940. Egresé como Médico de la UBA en 1959, obtuve el Título de Doctor en Medicina con la Tesis "Cáncer de Pulmón" en 1960. Fui Jefe de Cirugía de los Hospitales Durand y Argerich. Especializado en Cirugía Torácica.

Llegué al *Hospital Enrique Tornú* en 1981, luego de ganar el último concurso abierto para todo el Sistema Municipal, a la Jefatura de División de Cirugía Torácica. Al año siguiente pasé a Jefe del Departamento de Cirugía conduciéndolo hasta 1990. En el mismo participé en forma activa para su transformación en el Hospital General de Agudos con los otros miembros del CATA entre los que recordamos a Antonio Cairolí, Andrés Dubost, David Lubienicki y León Palatsnik. Dirigimos los prestigiados Ateneos Clínicos Quirúrgicos de los jueves cuya conducción coparticipamos con el eminente neumotisiólogo Jorge Pilheu. En nuestro Servicio creamos la Carrera de Especialistas en Cirugía Torácica dependiente de la UBA (1987). Fuimos Tutores de varias Tesis de Doctorado y dirigimos diversos Programas de Residentes y de Becarios Nacionales y Extranjeros. Muchos de nuestros discípulos, como Uds saben, ocupan cargos de máxima jerarquía en centros universitarios y asistenciales del país y del exterior.

Pienso que mis aportes a la Medicina más interesantes fueron el Bloqueo Peridural Continuo Cervi-

cal en 1965; la propuesta del Abordaje al Tórax por Vía Axilar en 1973 (TAVA); la descripción del Síndrome Clínico Judicial en 1992; las Investigaciones sobre los ganglios mediastinales en Cáncer de Pulmón, con Analía Pedernera acá presente, en 1992. Del 2001, el *Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina* coordinándolo junto a H Dolcini y J Yansenson, el cual es utilizado por la Justicia y universidades públicas y privadas, de medicina y abogacía; además está traducido al griego, inglés, francés, portugués, ruso y árabe. En el plano humanístico edité en Madrid un libro, *El Hombre Eterno. Teoría del Ser* en 1975, dando una conferencia para su presentación en el Ateneo Literario y Científico de Madrid. Recibimos la Orden de San Pablo, otorgada por la Iglesia Ortodoxa Griega en 2002, y el Paul Harris del *Rotary Club Internacional* en 2004. Entre otros cargos me desempeñé como Presidente del Colegio Argentino de Cirujanos de la Asociación Argentina de Cirugía en 1987 en la cual hice la primera Recertificación del país, y como Director General de Atención de la Salud de la CABA (1996-2001).

De los Premios sólo mencionaré el José Penna (UBA) en 1960; el de la Asociación Argentina de Cirugía en 1984; el Nacional Cuatrienal a las Ciencias Médicas 1984-1988; el *European School of Oncology* 1995; el Maestro de los Andes Chile en 1995; Maestro en de la Medicina Argentina 1999. Por varios años ejercí la Vicepresidencia del *Internacional College of Surgeons*, y fui miembro de su Comité Editorial.

Desde 1998 soy Presidente de AMA, la cual he podido ampliarla, tecnificarla junto a un extenso desarrollo de programas como el reconocimiento de la Escuela de Graduados por el Ministerio de Educación de la Nación (EGAMA). Designando como Secretario Académico a N Spizzamiglio, un ex-Tornú. Me tocó tomar decisiones en varios temas relacionados al Ejercicio Profesional como el de la "inversión de la carga de la prueba", y el de los genéricos. Por estas actitudes el gobierno creó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos, y Tecnologías (ANMAT). En 1994 creé el Comité de Recertificación (CRAMA) siendo su primer Presidente; como Secretario General designé a M Galmés, otro ex-Tornú, quien lo conduce en la actualidad. En 1996 puse en marcha el Comité de Informática Médica, el Programa Latinoamericano de Educación Médica a Distancia (PLEMED) y el Sitio de la AMA por Internet, (<http://www.ama-med.org.ar>), etc.

La Corte Suprema de Justicia de la Nación nos delegó en el 2002 la Inscripción y Registro Anual de los Peritos Médicos para los ocho Fueros de la Justicia Nacional y Federal con sede en la Capital Federal. Para ello constituimos el Comité de Peritos Médicos que preside H Gutiérrez Zaldivar. Creamos el Premio Anual Enrique y Ricardo Finochietto y, con la Fundación Fiorini, se entregan 15 Becas Anuales de Investigación Básica o Clínica para médicos menores de 35 años.

En la actualidad soy Miembro Titular de la Academia Argentina de Cirugía (1980); Miembro Corresponsiente Nacional de la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba (2003), y Miembro Corresponsiente Extranjero de la Academia Nacional de Medicina del Paraguay (2004). En 1990 regresé al Hospital Durand por invitación de todo el personal del Hospital, actuando hasta la fecha.

Colofón. Como vemos la Historia de ambas Instituciones son Historias de amor con dedicación al trabajo en constante entrega y compartiendo inquietudes. Sin cambios no hay historia. Ahora, como hace un siglo deberemos encontrar la claridad imprescindible frente a las nuevas pautas éticas, culturales, filosóficas, religiosas y políticas, que la realidad provoca en la sociedad. También como un símbolo de cómo se fue construyendo la patria, es interesante que de esos cuatro presidentes, dos hayamos nacido en otras tierras. Como inmigrante deseo hacer también hoy un justo homenaje a la generosidad de esta nación; todos mis descendientes son argentinos. La Asociación Médica Argentina y el Hospital Enrique Tornú han logrado sustanciar la trascendencia del círculo de la vida por varias generaciones.

Muchas Gracias

Bibliografía

1. Álvarez A: "La AMA cumple sus 50 años de vida". 1941. Biblioteca AMA.
2. Buzzi A; F Pégola: "Clásicos Argentinos de Medicina y Cirugía". Tomo I y II. Colecc Humanismo Médico. Prens.Méd Argent.1993.
3. Capdehourat E; Mazzei E; Sanguinetti F; Eyharbide R: "Nicolás Romano en sus 80 años". RevAsocMédArgent. Vol83;12.1969. 397-408.
4. Eyherabide RA: "Emilio Coni". RevAsocMédArgent.1955.797.
5. Hurtado Hoyo E: "La Asociación Médica Argentina. Del Ayer al Mañana" RevAsocMédArgent.2004.117.1-3.
6. Hurtado Hoyo E; Dolcini H; Yansenson J y col: "Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina". Editado por AsocMédArgent 2001. Traducido al inglés, griego, francés, portugués y ruso. (www.ama-med.org.ar)
7. La Semana Médica: "Emilio R Coni". Fund Tiburcio Padilla (h). Segundo Semestre de 1928. Edit E Spinelli.
8. Pégola F; Okner OH: "Historia de la cardiología". Edimmed.BsAs.1987.
9. Reussi C; Hurtado Hoyo E; Maino R; Garriz R: "Historia de la Asociación Médica Argentina 1891-1991". Prens-MédArgent. 1991.

El anatomista celoso a muerte. Johann Georg Wirsung (1600 – 1643)

Dres Jorge L Corbelle,¹ Néstor A Pinca²

¹ Académico Titular, Profesor Titular Consulto de Cirugía, Facultad de Medicina UBA.

² Doctor en Medicina, Especialista en Terapia Intensiva, Tratamiento del Dolor.

En el transcurso de la vida hay médicos y sabios ilustres que toda su vida se dedicaron a la investigación y que han sido un ejemplo de abnegación y de altruismo. También existe un gran número para quienes la muerte estuvo lejos de ser coronada de méritos en su bella y noble carrera.

La muerte de algunos se presenta a los ojos de la posteridad como una despiadada ironía de la suerte.

El anatomista Wirsung, cuyo nombre ha quedado atado y destinado al canal excretor del páncreas, del cual demostró su existencia -conocido por su fin más trágico y menos conforme con el ideal que animaba su vida- falleció, en efecto, asesinado por un estudiante de nacionalidad belga que alimentaba su atención con un odio feroz.¹²

Es la historia de este memorable anatomista y hábil cirujano, Johann Georg Wirsung, dueño de una vida tan emocionante y de su muerte tan dramática.¹⁰

Debemos creer que el infortunio y la ingratitud humana debía pesar sobre toda la vida de Wirsung, pues a pesar del ardor que él subrayaba en sus trabajos de disección y su pasión comunicativa por la anatomía humana que profesaba en *L'Ecole d'Anatomie de Padoue*, no obtuvo el grado de Lector (*Lecteur*) Público, lo que permite pensar que no fue jamás oficialmente titular de una cátedra en la universidad.

Datos biográficos

Johann Georg Wirsung nació en 1600 en Munich. Surgen dificultades en cuanto al establecimiento del año de su nacimiento y de la ciudad natal del anatomista. Esto se debe a que el epígrafe mortuario menciona que Wirsung fue asesinado el 22 de agosto de 1643, a la edad de 43 años. Así que hemos podido conocer el año de su nacimiento.¹³

En cuanto a la ciudad natal, las opiniones son muy divergentes. Numerosos autores -el anatomista Portal entre otros- se basan en ciertos documentos, los cuales dan por cierta una opinión sujeta a poca seguridad, según la cual Wirsung nació en Augsburgo. En realidad Wirsung, en textos auténticos, señaló su inscripción en la Universidad de Padua y después, en su profesión de fe, sostuvo que había nacido en Múnaco, declarándose Bavarois, lo que fue reproducido en su epígrafe mortuario.²

El hecho que haya nacido en Augsburgo no se

apoya en ningún argumento irrefutable, y es lógico fiarse en la palabra del mismo anatomista, así como en el epígrafe.

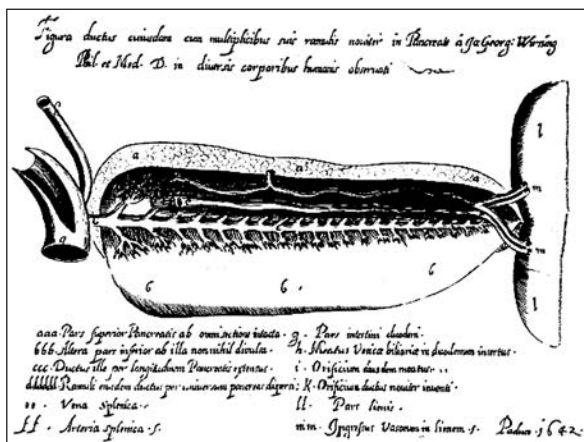
Wirsung nació entonces en Múnaco de la Baviera, es decir, Munich.³ La presencia de Wirsung en Padua (*Padove*) está probada por un documento que testimonia su inscripción en la Universidad de los Artistas el 8 de noviembre de 1629, en esta ciudad donde debía vivir, trabajar y morir.

El 19 de marzo de 1630 Johann Georg Wirsung, de Múnaco de Baviera, hijo de Georg, estudiante de Arte y Medicina, en presencia de dos estudiantes -uno vienés y otro tirolés- respondió de su fe católica, presentaron el juramento ritual e hicieron profesión pública de fe católica. Cuatro días más tarde, el sábado 23 de marzo, Wirsung era promulgado Doctor en Medicina y Filosofía en la Universidad de Padua. Fue entonces que ambos relataron en sus escritos las disecciones y las investigaciones apasionadas de Johann Georg sobre el canal del páncreas.⁸ En 1642 Wirsung descubrió el canal pancreático,¹¹ y al año siguiente en una carta fechada del 7 de julio de 1643, hizo parte de este descubrimiento a Jean Riolan, de 23 años, su Profesor de Anatomía en París, en testimonio de su admiración y de su amistad respetuosa (Figura 1).

Era esta una época donde el mundo sabio correspondía en latín y Riolan publicó íntegramente esta carta (Riolan J. *Opera Anatomica, Lutetia Parisiurum*, M.DC.XLIX). Ella nos enseña que fue alumno de Jean Riolan en París, y de Gaspar Hoffmann en Altdorf, anunciándoles que había descubierto el canal pancreático no solamente en el cuerpo humano de un adulto, sino también en el recién nacido y en el feto, así como en animales de especies variadas donde había investigado con esmero y cuidado.¹⁴ En la misma carta adjuntó una figura ilustrando el canal pancreático humano en el hombre. La placa de cobre, grabada, que sirvió para imprimir esta figura, está precisamente conservada en el Instituto de Anatomía de Padua, de donde otras copias fueron sacadas a continuación por el Profesor Favaro.

Figura del conducto pancreático realizado por Wirsung en 1642 aparentemente original y aceptado en el Bo Palace, Padua, Italia. Entre las historias que describieron algunos hechos de la vida de Wirsung, Gonzatti exageró sin los méritos del anatomis-

Figura 1. Las inscripciones latinas señalan: Figura del conducto con múltiples ramas pequeñas recientemente descubiertas en varios cuerpos humanos por J Georg Wirsung, Doctor de Filosofía y Medicina (Padua 1642).



a) Parte superior del páncreas, no seccionada, intacta. b) Otra parte inferior considerablemente retráctil desde la matriz. c) El conducto con extensión a lo largo del páncreas. d) Ramas pequeñas de este conducto dispersas sobre el páncreas total. e) Vena esplénica. f) Parte del duodeno. h) Conducto de la vesícula biliar entrando en el duodeno. i) Orificio de este conducto. k) Orificio del ductus recién descubierto. l) Parte del bazo. m) Entrada de los vasos en el bazo.

ta,⁴ sosteniendo que este último había él mismo grabado la placa de cobre: cometió en realidad, un error en la traducción del documento. Volviendo al texto latino, uno percibe, en efecto, que interpretó un término en el sentido de “grabar” en lugar de “prosecutor”, como lo hizo Wirsung al lado de Vesling.

Jean Riolan respondió a Wirsung, pero éste no encontró en la respuesta del augusto profesor parisino el capricho que él había esperado y finalmente él fue engañado.

El 22 de agosto de 1643, a la caída de la noche, mientras Wirsung hablaba sobre el escalón de su puerta con algunos amigos, cierto Jacopo Cambier, estudiante de nacionalidad belga que le había consagrado una profunda aversión por un motivo privado, se acercó a él prácticamente a su alcance, le soltó un golpe de arcabuz y murió casi instantáneamente. La víctima, muriendo, dicen los textos de la época, pronunció el nombre de su asesino (Premuda L, Gamba A).¹³

Johann Georg Wirsung fue sepultado en el claustro de la *Chapelle Saint-Antoine a Padova* (Figura 2).

No poseemos desgraciadamente más documentos sobre el proceso provocado que fue instruido en Padua. Raros son los procesos criminales de esta mitad del siglo que han sido conservados en los Archivos Municipales de Padua. Es cierto que han sido guardados; es doloroso que falte aquel del asesinato de Wirsung.

Todo bien considerado, poco importa la pena incurrida por el asesino, pues interesantes descubrimientos compensaron esta laguna y brindaron a los historiadores la satisfacción de rectificar un error im-

portante cometido por el sujeto de la nacionalidad del criminal.

El Profesor Vlalovich, en 1892, en una comunicación a la Academia de Ciencias, Letras y Arte de Padua, atrajo la atención sobre el hecho que el asesino no era un dalmata, como se había creído hasta entonces, y pidieron que nuevas verificaciones de los textos fueran efectuadas.

Jacopo Cambier, el verdadero asesino, no fue sólo inculpinado en el acto mortal; otros dos estudiantes, cómplices o encubridores, fueron igualmente traducidos en la justicia: uno, Nicasio Cambier, pariente próximo –primo o hermano– del precedente, y el otro cuyo nombre ha quedado desconocido. Los dos parientes Cambier eran de nacionalidad belga; es el tercero aquél cuyo nombre ignoramos que era dalmata.

Auténticos documentos prueban, en efecto, que Jacopo y Nicasio Cambier habían sido inscriptos en los registros de la Universidad, como eran de nacionalidad belga, Jacopo, el 26 de enero de 1641; y Nicasio el 19 de julio de 1643.

Es por la continuación de un contrasentido en la traducción de los textos latinos que uno inscribió en los registros que los tres individuos eran dalmatas cuando sólo el tercero era de dicha nacionalidad.

Morgagni, que fue profesor de anatomía en Padua, transcribió con toda buena fe esta interpretación errónea.⁹ Su notoriedad explica claramente el crédito universalmente acordado, por error o por culpa, a esta pésima traducción.⁶

He ahí por qué ciertos tratados o diccionarios mencionan todavía que Wirsung fue asesinado por un dalmata, aún cuando lo fue en realidad por un belga.

Tres cuestiones apasionaron mucho tiempo a los médicos, cirujanos y anatomistas que se interesaron en la vida de Wirsung: ¿Cuáles fueron las razones que determinaron el crimen? ¿De qué manera la muerte fue provocada? ¿Qué valor atribuir en el descubrimiento del canal pancreático?

Las hipótesis sobre los móviles del fin trágico de Wirsung fueron arruinadas con mucha tinta. Numerosos autores, y en particular De Graaf, Kerckring, Munnick, sostuvieron la tesis de la envidia, de los celos. Todavía aquella puede ser de dos órdenes; o bien se trataría de una envidia por los cursos que él dictaba en la Universidad, o bien por la envidia y celos por el descubrimiento del canal pancreático.

Es real que este descubrimiento del canal pancreático, junto a la autoridad que irradiaba su personalidad, le había conferido un éxito prodigioso en el mundo estudiantil. Algunos se presentaban deseosos a la Universidad de Padua para asistir a los cursos de Johann Georg, tan didácticos y tan plenos de entusiasmo, que ellos conmovidos concurrían a veces al triunfo del expositor; uno abandonaba –aun mismo– cursos de otros maestros, no más eminentes, pero con más alta graduación en la Universidad. No es impensable que un éxito tan brillante haya

Figura 2. Esta copia del cenotafio original de mármol estaba colgada en el Bo Palace, Padua. La inscripción dice: Johann Georg Wirsung de Munich, Baviera, Doctor de Filosofía y Medicina, anatomista experimentado, mientras tenía cuidado del bienestar común, murió violentamente en la noche del 22 de agosto de 1643, a la edad de 43 años.

Por disposición de la Nación Germana de Filósofos, Físicos y Teólogos, por la Cancillería de Werner Lading desde Bremen, edificó por los herederos, generado por Rocco de Rubéis de parte de Trent (Un “cenotafio” es un monumento o una tumba generada en honor de una persona cuyo cuerpo es de otra localidad). El grabado marca cuando Wirsung fue sepultado en la Basílica que ha sido destruida.



suscitado un celo tan odiado. Sin embargo, Dante Bertelli, a quien hemos citado en la referencia bibliográfica, refuta la tesis del celo bajo una u otra forma y admite que un “motivo privado” fue el origen de la muerte dramática de Wirsung.

Numerosos autores en sus escritos han cometido graves errores sobre la forma en la cual Wirsung fue asesinado; todos son debido a pésimas interpretaciones de los textos. Ninguno de ellos ha dicho, en efecto, que Wirsung había sido asesinado en pleno auditorio, mientras dictaba un curso. Otros han sostenido que había sido víctima del asesinato en su propia casa; otros señalaban que sufrió la muerte asesina al salir de un cabaret, a medianoche o entrando en el.

Destacados autores han pretendido que el anatomista había sido víctima de este atentado largo tiempo después del descubrimiento del canal, hacia la edad de 50 años. Ninguna de estas opiniones se basa en argumentos valederos. Deidier se deja llevar por la fantasía imaginativa cuando escribe: “Wirsung fue asesinado por su camarada, por haber publicado este descubrimiento sin comunicárselo, aunque ellos hubieren trabajado juntos en Montpellier para encontrar este canal”. Jamás fue comprobado que el anatomista estudió en esta ciudad universitaria.⁵

En realidad Wirsung fue muerto, sobre el paso de sus puertas a la caída de la noche, mientras hablaba

con sus amigos. Ciertos anatomistas quisieron robar o llevarse el mérito de Wirsung, sosteniendo que en 1641, el año que precedió al descubrimiento en el hombre, Moritz Hoffmann, que fue profesor en Padua, le mostró el canal pancreático en el pavo.⁷ Los escritos de Schenck y de Thomas Bartholin,¹ que permanecían en Padua en la época en la cual Wirsung hizo su descubrimiento, hacen entender claramente que Wirsung descubrió el canal en 1642 en el hombre, pero que Moritz Hoffmann le mostró a Johann Georg en 1641 sobre el pavo.

Anatomista él mismo, el hijo de Moritz Hoffmann se hizo el campeón de la reivindicación de su padre.

En su tratado de Anatomía Humana el Profesor Charpy escribió igualmente: “El canal pancreático fue descubierto en 1641, sobre el pollo por Hoffmann, que enseñaba en Padua y en Altdorf, y en 1642 sobre el hombre por su alumno Wirsung”. Uno perdonará seguramente al célebre anatomista francés su ligero error concerniente al animal de corral, pero puede ser menor aquello de no haber precisado de cuál raza de los Hoffmann se trataba. Hemos visto que existían numerosos.

A favor de Wirsung, los anatomistas más competentes publicaron poco después de 1642, y le atribuyeron toda la gloria del descubrimiento del canal, aun sin mencionar el nombre de Moritz Hoffmann.

Vesling escribió que Wirsung no fue guiado en sus investigaciones por los trabajos de Hoffmann, pero que él los descubrió por azar en el hombre, e hizo enseguida la anatomía comparada -ciencia muy en boga en la época- a fin de verificarlo en el animal. Vesling concluyó que Wirsung fue realmente el descubridor del canal pancreático.

Es necesario reconocer, sin demostrar parcialidad, que Wirsung tuvo el coraje de publicar su descubrimiento en la carta a Jean Riolan y que aún mismo si Hoffmann lo mostró en el pavo, lo que él pensaba ser el canal pancreático, ningún mérito puede ser quitado a Johann Georg.

Los grandes descubrimientos no se realizan en un solo tiempo; exigen largas y laboriosas investigaciones. Es frecuente que una chispa, un centelleo, emitido en otra parte, haga brotar una luz de un gran cerebro.

Es real que Hoffmann no mencionó nada de su descubrimiento antes de que Wirsung hubiera publicado su carta a Riolan. Moritz Hoffmann no expuso su reivindicación luego de la muerte de Wirsung, y de este hecho no parece que él tenga ningún derecho en el descubrimiento del canal pancreático.

Que nos sea permitido aportar aquí una opinión personal.

No sabemos profundizar un estudio de criminología. Es difícil tres siglos más tarde censurar sobre los motivos de un crimen que sucedió en una época donde el ser humano, socialmente menos evolucionado, arreglaba fácilmente sus cuentas en la ilegalidad. Nos inclinamos estudiando los problemas de la psicología actual y pareciera que un motivo privado del asesinato debe casi obligatoriamente pertenecer a una de las cuatro grandes causas siguientes:

- ¿Un asunto político? Esto es poco probable. Wirsung había vivido esencialmente como un hombre científico.
- ¿Una rivalidad amorosa? Poco verosímil igualmente, pues los textos de la época no dejan ninguna duda sobre la gran probidad de Wirsung.
- ¿Un asunto de dinero? En este tiempo en el cual no se especulaba no se pudo tratar de una deuda de juego. Esto es inconcebible.
- ¿Una envidia profesional? Es la causa más verosímil.

Estas ambiciones profesionales desmedidas, estas carreras por los títulos, estas reivindicaciones de distinciones honoríficas desencadenan las pasiones y pueden llevar a una envidia provista de crimen.

No es posible considerar que Jacopo Cambier había sido indiferente al éxito triunfal de Wirsung. La envidia ha avivado intensamente, o bien engendrado, el odio, y si hubo un motivo privado, tan pequeño que fuere el origen del crimen, ha sido la causa determinante. No lo fue, no ha sido la causa. La envidia ha desencadenado la causa profunda e inmovible.

Tampoco es racional que Jacopo Cambier, un estudiante que trabajaba en el pabellón de disección

de Wirsung, hiciera valer, un poco presuntuosamente, sus derechos en el descubrimiento del canal pancreático, y el maestro por toda respuesta a este deseo temerario le soltara en público una de sus humoradas irónicas que hiciera reír a la gente. Este hecho sería suficiente para desencadenar la llama de la criminalidad sobre un fondo de envidia latente.

Pero liberemos la imaginación, y volviendo a los hechos positivos, Johann Georg Wirsung fue un apasionado de la disección, un gran anatomista y un diestro cirujano: fue alumno de Jean Riolan, descubrió el canal pancreático que lleva su nombre y así murió prematuramente un héroe de la ciencia.

Es justa su inmortalización por su descubrimiento del canal principal excretor que generaciones de anatomistas, de cirujanos, de médicos, de profesores que continuaron e insistieron en llamar comúnmente en el ejercicio de su profesión: el canal de Wirsung.

Bibliografía

1. Bartholin T. Anatomica Reformata, 1661. Cited by Schirmer AM. Beitrag Zur Geschichte und Anatomie des Pankreas.
2. Bertelli Dante. Johann Georg Wirsung. Monografie storica sullo Studio di Padova. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, Venezia, 1922;292-318.
3. Carter R. Assassination of Johann Georg Wirsung (1589-1643): Mysterious Medical Murder in Renaissance Padua. World Journal of Surgery, New York, 1998;22(3):324-326.
4. Favaro G. Il terzo centenario della scoperta del condotto pancreatico fatta in Padova dal Wirsung (1642-1942). Atti del Reale Istituto Veneto di Scienze Lettere ed Arti Anno Accademico 1941-42. Tomo CI, II, p 179-181, quoted by Gamba.
5. Gamba A. Nuovi Contributi Alla Biografia di JG Wirsung. Padova, Societa Cooperative Tipografica Padova, 1983, 117-131.
6. Gamba A and Ongaro G. Università di Padova. "Anatomes Peritissimus". Johann Georg Wirsung's unknown experiments on the circulation of the blood. Physis, Rivista Internazionale di Storia della Scienza, Firenze; 1993;30(2-3):231-242.
7. Hoffmann JM. Dissertationes Anatomico-Physiologicae. Johannes Van Horne, Swammerdamii, Altdorfii Noricorum, 1685, 164. Quoted by Ongaro G.
8. Howard JM, Hess W and Traverso W. Johann Georg Wirsung (1589-1643) and the pancreatic Duct: The Prosector of Padua, Italy. Journal of the American College of Surgeons 1998;187:201-211.
9. Morgagni JB. Epistolae Anatomicae novae observationes et animadversiones complectentes, quibus Anatomae augetur, Anatomicorum inventorum historia evoluitur, utraque ab horribilibus vindicator. Ventii, ex Typographia Remondiniana, 1762;70-76.
10. Morgenstern L. The murder of Johann Georg Wirsung. Surgery 1965;57:906-907.
11. Ongaro G. La Scoperta del dotto pancreatico, in: Atti del Covogno Celebrativo di JG Wirsung, Padova-Dic 1990 (Edizioni Universitarie Patavine 1992) 57-90.
12. Peumery JJ. Johann Georg Wirsung. L'Anatomiste jalouse a mort (1600-1643). La Presse Médicale 1966;74:83-85.
13. Premuda L, Gamba A. Per La Biografia Di Johann Georg Wirsung e per La Storia della Scoperta del Dotto Pancreatico. Aeta Med Hist Patavina 1974;21:70.
14. Riolan Johannis. Opera Anatomica. Lutetiae Parisiorum 1649: 811. Letters translated by Walter Hess from the Latin text quoted by Schirmer.

Jorge II de Gran Bretaña y la disección aórtica

Prof Dr Alfredo E Buzzi

Profesor adjunto de Diagnóstico por imágenes, UBA.
Director Médico de Diagnóstico Médico SA.

The tragedies of life are largely arterial.
William Osler (1849-1919)

Jorge II de Gran Bretaña (figura 1) fue el segundo soberano británico de la Casa de Hannover, el último monarca británico que dirigió personalmente sus tropas en una batalla, y el último soberano inglés en nacer fuera de Gran Bretaña.

Figura 1: Jorge II Hannover (por Thomas Hudson).



La Casa de Hannover (figura 2) fue la dinastía alemana reinante en Gran Bretaña desde 1714 has-

Figura 2: Escudo de la Familia Hannover y Escudo de Armas del Reino Unido (1816-1837).



ta la fundación del Reino Unido en 1801, y desde entonces hasta 1901, fecha en la que murió Victoria I y ascendió al trono su hijo Eduardo VII, perteneciente a la dinastía Sajonia-Coburgo-Gotha (reinante en la actualidad con el nombre de Windsor desde 1917 (figura 3).

El futuro Jorge II nació el 30 de octubre de 1683 en el castillo Herrenhausen, en Hannover, en el norte de Alemania. El castillo fue totalmente destruido 260 años más tarde durante un bombardeo británico en la Segunda Guerra Mundial, el 18 de octubre 1943. En ese mismo castillo se casó con Carolina de Brandeburgo-Ansbach (1683-1737) con la que tuvo 9 hijos. Jorge II fue famoso por sus múltiples conflictos con su padre y posteriormente con su hijo, algo muy común entre los soberanos de la casa de Hannover. Sus relaciones con su mujer fueron mucho mejores, pese a las numerosas amantes que tuvo.

Figura 3: Árbol genealógico de los reyes de Gran Bretaña de la casa de Hannover, con su relación con los Estuardo. Todos los reyes varones de esta dinastía fueron a la vez electores o (desde 1814) reyes de Hannover, pero tras la muerte de Guillermo IV este reino pasó a una rama colateral.

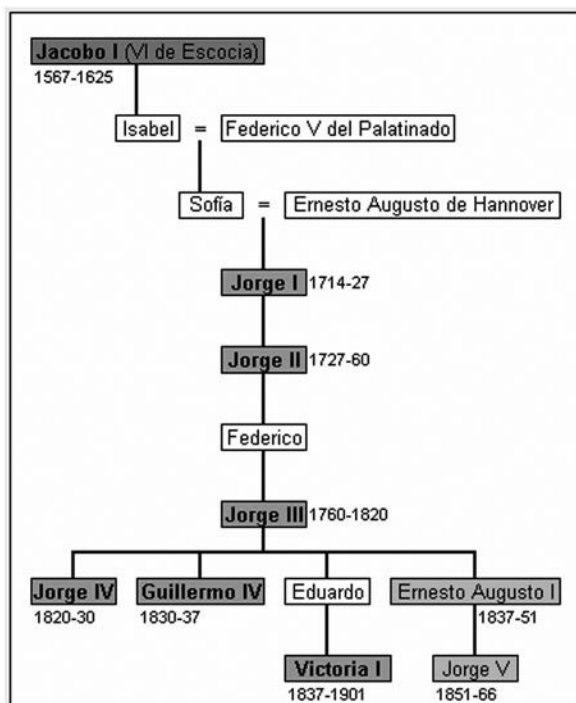


Figura 4: Jorge II (por Enoch Seeman, ca 1730).



Accedió al trono a la muerte de su padre, y fue coronado en la abadía de Westminster el 4 de octubre de

1727 (figura 4). Encargaron al compositor alemán George Frideric Händel (1685-1759) escribir cuatro himnos nuevos para la coronación; uno de ellos, *Zadok el Sacerdote*, se ha cantado en cada coronación desde entonces.

Figura 5: El Primer Ministro Robert Walpole (1676-1745).



Su Primer Ministro, Sir Robert Walpole (1676-1745), que también lo fue de Jorge I, era el amo de la política interna y ejerció un cierto control sobre la política exterior de Jorge II (figura 5). Mientras que Jorge estaba impaciente por una guerra en Europa, Walpole era más cauteloso y animó al rey a que firmara un tratado de paz con España. Finalmente, Jorge II se embarcó en una nueva guerra con España en 1739 (la "Guerra de la oreja de Jenkins", como la llamó el historiador escocés Thomas Carlyle en 1858). En dicho conflicto se produciría la mayor derrota en una acción naval británica, la humillante derrota del almirante Sir Edward Vernon, en el sitio de Cartagena de Indias.

Además, tras la muerte en 1740 del Carlos VI Habsburgo, emperador del Sacro Imperio Romano-Germánico, se desató en Europa una guerra en disputa de la sucesión. Finalmente, su hija María Teresa Habsburgo se quedaría con sus dominios austríacos. La guerra de Jorge II con España se convirtió rápidamente en parte de esta Guerra de Sucesión Austríaca.

A Sir Robert Walpole le fue imposible evitar un importante conflicto europeo. Él también tuvo que hacer frente a la oposición de varios políticos, y renunció en 1742 después de veinte años en su cargo. Fue reemplazado por Sir Spencer Compton, quien en realidad era sólo una figura decorativa, ya que el poder estaba en realidad en las manos de Lord Carteret (1690-1763), favorable a la guerra.

Los que estaban a favor de la guerra, liderados por Lord Carteret, temían que si María Teresa no llegaba al trono austríaco, el poder de Francia en Europa aumentaría notablemente. Jorge II accedió a enviar tropas al continente, aparentemente para ayudar a María Teresa, pero en realidad lo hacía para evitar que las tropas enemigas marchasen sobre Hannover. Jorge II acompañó a las tropas personalmente (el ejército estaba al mando directo de su hijo predilecto, el príncipe Guillermo Augusto), y las condujo en la batalla de Dettingen en 1743, siendo el último monarca británico en mandar a sus tropas en una batalla (figura 6). En recuerdo de esta victoria, el compositor Händel compuso su obra *Dettingen Te Deum*. La guerra no fue bien recibida por el pueblo británico, que pensaba que Jorge II y Lord Carteret perjudicaban los intereses británicos en favor de los Hannover.

Figura 6: Jorge II en la Batalla de Dettingen, en 1743 (por John Wootton).



Entretanto, los opositores franceses de Jorge II organizaron una nueva rebelión jacobita para hacer llegar al trono a los católicos. Luego de la batalla en la localidad escocesa de Culloden, el 16 de abril de 1746, la amenaza jacobita terminó para siempre (figura 7).

Durante esta rebelión ocurrió la primera interpretación pública de la canción patriótica *God Save the King* (Dios salve al Rey). Es actualmente el himno nacional no-oficial del Reino Unido (no existe una versión autorizada y jamás ha sido adoptado oficialmente por Proclamación Real ni Ley del Parlamento), uno de los dos himnos nacionales de Nueva Zelanda (junto con *Dios Defienda Nueva Zelanda*) desde

1977 y el himno real de Canadá (desde 1980) y de Australia (desde 1984).

Figura 7: Batalla de Culloden (por David Morier).



En 1748 se firmó la paz que acababa con la Guerra de Sucesión Austríaca, reconociéndose como emperatriz a María Teresa, la cual más tarde rompió la alianza con Gran Bretaña, juzgándola poco fiable.

Desde entonces y hasta su muerte, Jorge II no tomó ningún interés activo en política o en guerras. Durante sus últimos años se estaba poniendo en marcha la Revolución Industrial, mientras que la población crecía rápidamente. La dominación británica en la India aumentó durante su reinado gracias a las victorias militares de Robert Clive (1725-1774).

Hasta 1752 regía en Gran Bretaña el Calendario Juliano, pero ese año se adoptó por fin el Calendario Gregoriano. El cambio de calendario requirió la omisión de 11 días: el 2 de septiembre fue seguido por el 14 de septiembre. Además, el 1 de enero se convirtió en el principio oficial del Año Nuevo, en lugar del 25 de marzo.

Otro notable ministro de Jorge II fue William Pitt el Viejo (1708-1778), quien dirigió la política durante la Guerra de los Siete Años (1756-1763), que se puede ver como una continuación de la Guerra de Sucesión Austríaca (figura 8). La emperatriz María Teresa hizo una alianza con sus anteriores enemigos, Rusia y Francia, y se volvió enemiga de Gran Bretaña y de Hannover. Jorge II, por su parte, se alió con Prusia, y se vio enfrentado a muchas potencias europeas, incluyendo Austria, Rusia, Francia, Suecia y España. La guerra se trasladó de Europa a Norteamérica (donde el conflicto fue conocido como la Guerra Franco-India) y a la India (donde fue llamada la Segunda Guerra Carnática). También se trasladó a América del Sur: cuando la noticia del estallido de las hostilidades entre Portugal y España llegó a Buenos Aires el gobernador Pedro de Cevallos (1715-1778) decidió iniciar el ataque contra los dominios portugueses en el estuario del Plata y atacó la Colonia del Sacramento el 19 de octubre de 1762, y más tarde ocupó Maldonado. Los británicos y los portugueses enviaron una flota conjunta que llegó al Río de la Plata en enero de 1763 y atacó Colo-

Figura 8: William Pitt El Viejo (por Richard Brompton)



nia, que fue defendida tenazmente por las tropas del gobernador Cevallos. Tras perder varios navíos, la escuadra anglo-portuguesa se retiró de la zona. Cevallos (figura 9) aprovechó su triunfo y lanzó su ejército contra Río Grande, logrando tomar los fuertes de Santa Teresa y San Miguel, pero debió detenerse al conocer la noticia del Tratado de París que ponía fin a la guerra.

Figura 9: Pedro de Cevallos, Gobernador de Buenos Aires desde 1757 hasta 1766.



La Guerra de los Siete Años siguió después de la muerte de Jorge II. Concluyó durante el principio

del reinado de Jorge III y condujo a importantes ganancias territoriales para los británicos en Norteamérica y Asia. No obstante, este costoso conflicto mutiló las finanzas reales. Los intentos británicos de cobrar impuestos a los americanos conducirían a la Revolución Americana. A Gran Bretaña, sin embargo, le fue mucho mejor en la India. El Raj Británico (transferido por la Compañía Británica de las Indias Orientales) se aseguró unos años después de la muerte de Jorge II. Durante su reinado se creó el Museo Británico (1753), originalmente por la donación de más de 80.000 artículos procedentes de la colección privada del médico y naturalista irlandés Sir Hans Sloane (1660-1753). En 1757 Jorge II donó la Biblioteca Real al Museo.

En 1737, el rey fundó la Universidad Jorge Augusto de Göttingen (figura 10), que empezó con cuatro facultades (Teología, Medicina, Derecho y Literatura) y pronto se convirtió en una de las universidades más visitadas de Europa (en 1823 contaba con 1.547 estudiantes). Hasta hoy dio 45 premios Nobel de los 102 que tiene Alemania. Es considerada en la actualidad la mejor universidad alemana. La provincia de Georgia, en Norteamérica (hoy parte del Estado de Georgia, EE.UU.), fundada por cédula real en 1732, fue denominada así en su nombre.

Figura 10: Sello de la Universidad Jorge Augusto de Göttingen, con la imagen de Jorge II.



El desinterés de Jorge II por el gobierno británico contribuyó a la decadencia del poder del rey. Su sucesor, Jorge III, procuró invertir la tendencia, pero no lo consiguió. Así, quedó bien asentado en el Reino Unido el poder de los ministros y del Parlamento.

Las bases de la Revolución Industrial se establecieron durante el reinado de Jorge II, con nuevos niveles de producción en industrias tales como el carbón y la construcción naval, y también en la agricultura, junto con un rápido aumento de la población.

Muchos de sus contemporáneos lo representaron como un bufón débil, gobernado por su esposa y sus ministros, y las biografías escritas durante el siglo XIX y primera parte del siglo XX se basaron en esos relatos parciales. Durante el último tercio del siglo XX se analizó importante correspondencia que indica que no era tan ineficaz como se pensaba. Esta re-evaluación académica de Jorge II no ha eliminado totalmente, sin embargo, la percepción popular de él como un “rey ridículo”. Su parsimonia podría hacerlo quedar ridículo, pero sus biógrafos señalan que la parsimonia es preferible a la extravagancia. Su temperamento directo se defiende aduciendo que la sinceridad de los sentimientos es mejor que el engaño. No poseía el talento del disimulo: siempre era lo que parecía ser. Él podía ofender, pero nunca engañar.

Para octubre de 1760 (figura 11) el rey Jorge II era ciego de un ojo y tenía problemas de audición. En la mañana del 25 de octubre se levantó como de costumbre a las 6 de la mañana, bebió una taza de chocolate caliente y fue por sí mismo a evacuar el vientre. Después de unos minutos, su ayuda de cámara escuchó un fuerte estruendo. Entró en la habitación y encontró al rey en el suelo. El rey fue llevado a su cama, y se envió a buscar a su hija la Princesa Amelia. Cuando ella llegó, el rey ya había muerto. Tenía casi 77 años de edad, y vivió más tiempo que cualquiera de sus predecesores.

Figura 11: Jorge II (por John Shackleton, ca 1755).



Jorge II fue sucedido por su nieto, Jorge Guillermo Federico, que reinó como Jorge III, ya que su hijo Federico Luis había fallecido 9 años antes. Fue enterrado el 11 de noviembre en la Abadía de Westminster. Dejó instrucciones para que los lados de su ataúd y el de su esposa sean retirables, a fin de que sus restos pudieran mezclarse. La autopsia fue realizada por Frank Nicholls (1699-1778), quien había sido designado médico del rey en 1753.

Nicholls (figura 12) nació en Londres y se recibió de médico en el *Exeter College*, de Oxford. Siendo

alumno ya daba clases de anatomía en Oxford, las cuales eran muy apreciadas, dedicadas especialmente a los pequeños detalles anatómicos, que rara vez se enseñaban en esa época. Estudió la estructura detallada de los vasos sanguíneos, y demostró ante la *Royal Society* que las capas interior y media de una arteria puede romperse, mientras que la exterior se mantiene íntegra, explicando así la formación de los aneurismas crónicos, que no era bien comprendida. Se dio cuenta de que las arterias están inervadas por nervios, y señaló que éstos probablemente regulaban la presión arterial. Luego de recibirse se radicó un tiempo en Cornualles, pero enseguida se estableció en Londres, donde fue elegido *fellow of the Royal College of Physicians* en 1732. Durante un viaje por Europa asistió a algunas conferencias de Jacob Winslow (1669-1760) en Francia, y visitó a Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) y Giovanni Domenico Santorini (1681-1737) en Italia. A su regreso comenzó a dar conferencias sobre anatomía en Londres.

Figura 12: Frank Nicholls (por Thomas Hudson, ca 1745).



Nicholls describió sus hallazgos en la autopsia de Jorge II en una carta a George Parker, presidente de la *Royal Society*, y la publicó en las *Philosophical Transactions* de 1760 (figura 13). Allí detalló: “[...] el pericardio se encuentra distendido con casi una pinta de sangre coagulada[...] Todo el corazón está muy comprimido, lo que evita que la sangre de las venas ingrese a las aurículas, por lo que los ventrículos se encuentran totalmente vacíos de sangre [...], y en el tronco de la aorta encontramos una fisura transversal en su lado interior, de cerca de una pulgada y media de largo, a través de la cual un poco de sangre ha pasado y formado una equimosis elevada.” Jorge II murió de un taponamiento cardíaco debido a una disección de la aorta ascen-

dente que se había roto en el saco pericárdico. Ésta fue la primera descripción clara anátomo-patológica de la disección aórtica.

Figura 13: "Philosophical Transactions" (Nicholls, 1760).

LI. *Observations concerning the Body of his late Majesty, October 26, 1760, by Frank Nicholls, M. D. F. R. S. Physician to his late Majesty.*

To the Right Honourable George Earl of Macclesfield, President of the Royal Society.

My Lord,

Read Nov. 26, 1761. THE inclosed papers have been laid before the Lord Chamberlain, for his Majesty's inspection; and his Majesty's answer was, 'That he saw no reason, why they may not be made public.

The bursting the ventricle of the heart is a case entirely unknown in physical writers; and must depend on many circumstances, which rarely coincide.

I have used my best endeavours, to give a clear and satisfactory account of this very extraordinary affair; and I hope I have succeeded: but, if any thing

VOL. LI.

Mm

thing

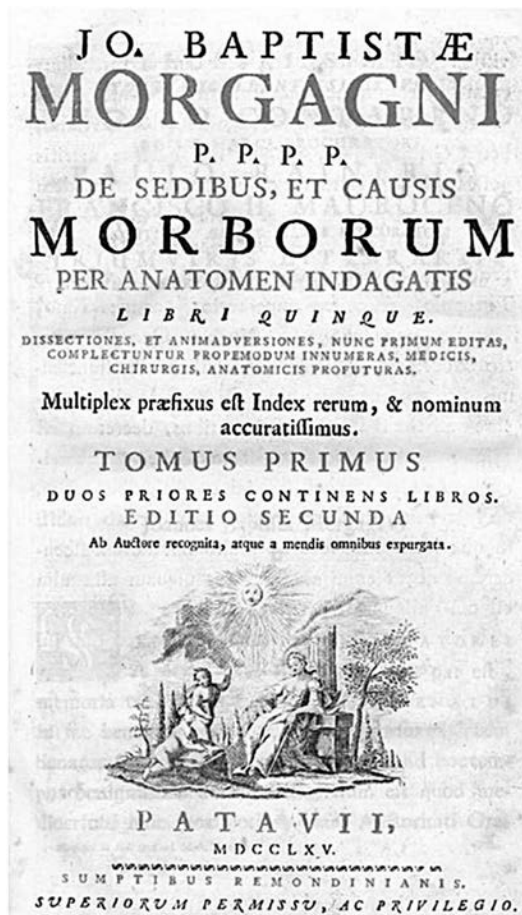
Se han encontrado algunas descripciones de aurtopsias del siglo XVII que podrían pertenecer a disecciones aórticas, como la de Daniel Sennert (1572–1637) de 1628. Sennert (figura 14) nació en Breslau, que en aquella época pertenecía al Imperio de los Habsburgo (hoy pertenece a Polonia), y fue un destacado médico y filósofo de la Universidad de Wittenberg. Fue el primero en introducir la enseñanza sistemática de química en una carrera médica.

Figura 14: Daniel Sennert (1572–1637).



Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) también describió casos similares en su libro *De Sedibus et Causis Morborum* (figura 15), pero tardó en identificar que este tipo de lesión aórtica difería de los aneurismas saculares (más tarde reconocidos como sifilíticos) con los que los médicos estaban familiarizados.

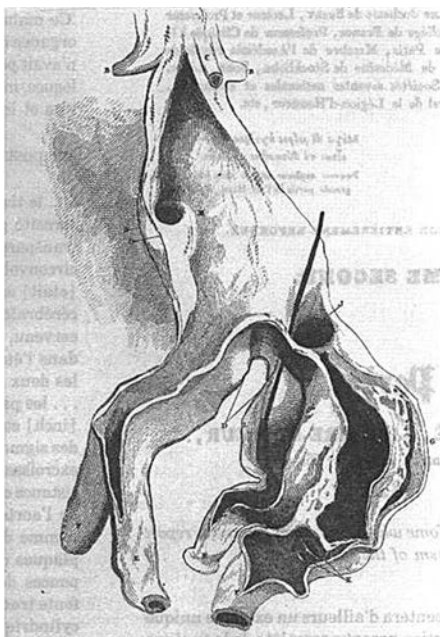
Figura 15: De sedibus, et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque (Morgagni, 1765).



En 1802 el médico suizo Jean-Pierre Maunoir (1768-1861) describió que la sangre *disecaba toda la circunferencia de la aorta* en su libro *Memoires Physiologiques et Pratiques sur l'Aneurysms e la Ligature des Arteres* publicado en Ginebra (figura 16). Es la primera descripción exacta del concepto de "disección" arterial.

En 1822 el irlandés John Shekelton (1795-1824) describió en el *Dublin Hospital Reports* dos casos de disecciones crónicas de la aorta abdominal en los que encontró un orificio de re-entrada en la arteria ilíaca común (figura 17). Todavía algunos llaman a la disección de la aorta abdominal infrarrenal *disección de Shekelton*. Fue la primera disección crónica descrita.

En 1824 G Otto describió en Berlín a una chica joven y sana que pronto desarrolló un violento dolor

Figura 16: Jean-Pierre Maunoir (1768-1861).**Figura 17:** La sonda muestra el sitio de entrada de una disección (caso de Shekilton de 1822).

en la parte anterior del pecho, perdió el conocimiento y, luego de una corta recuperación, falleció. La autopsia mostró una estenosis de la aorta con una válvula aórtica bicúspide, e inmediatamente por encima una lesión parietal a través de la cual la sangre había forzado su camino bajo la capa externa de la pared de la aorta hacia el saco pericárdico. Esta es la primera descripción de una coartación de la aorta complicada por una disección.

En 1819 el francés René Laennec (1781-1826), recordado por haber inventado el estetoscopio (figura 18), le dedicó en el segundo tomo de su obra *De l'auscultation mediate* (figura 19) un capítulo de 40 páginas a los aneurismas. Allí, es el primero en utilizar el término *aneurisma disecante*. Este término demostró ser contraproducente y generó una confusión con respecto a la naturaleza de la disección aórtica y del aneurisma de la aorta torácica que persiste hasta nuestros días. Maunoir había propuesto 17 años antes el término correcto de "disección aórtica", pero la fama y la notoriedad de Laennec opacaron su descripción, que pasó casi desapercibida durante muchos años.

Figura 18: René Laennec (1781-1826).**Figura 19:** *De l'auscultation mediate* (Laennec).

DE
LAUSCULTATION
MÉDIATE,
OU

TRAITÉ DU DIAGNOSTIC DES MALADIES

DES POUMONS ET DU CŒUR,

FONDÉ PRINCIPALEMENT SUR CE NOUVEAU
MOYEN D'EXPLORATION.

PAR R. T. H. LAENNEC,

D. M. P., Médecin de l'Hôpital Necker, Médecin honoraire
des Dispensaires, Membre de la Société de la Faculté de
Médecine de Paris et de plusieurs autres sociétés nationales
et étrangères.

*Μέγεθος πύπης ἐξωτερικῆς καὶ ἐνδοτικῆς
καὶ διαστροφῆς.*

Possible explorer est, à nos aïeux, une
grande partie de l'art. *Hier., Epid. III.*

TOME SECOND.

A PARIS,

CHEZ J.-A. BROSSON et J.-S. CHAUDÉ, Libraires,
rue Pierre-Sarrasin, n° 9.

1819.

Thomas Bevill Peacock (1812-1882), un médico nacido en Nueva York y radicado en Londres, escribió en 1858 un importante tratado sobre malformaciones congénitas cardíacas (*On Malformations of the Human Heart*) donde describió varios casos de tetralogía de Fallot 30 años antes que el francés Etienne Louis Fallot (1850-1911). Peacock (figura 20) también hizo una descripción muy detallada de la disección aórtica en 1843, a partir de una revisión de casos publicados, casos propios (80 en total), y trabajos experimentales, y publicó 80 casos más en 1863. Describió por primera vez la patogénesis de la enfermedad, reconociendo que el primer paso es una lesión de la íntima, que la sangre se acumula en la capa media, formándose una nueva luz, y que este canal suele abrirse hacia la luz original (sitios de re-entrada) con más frecuencia que hacia fuera de la pared del vaso.

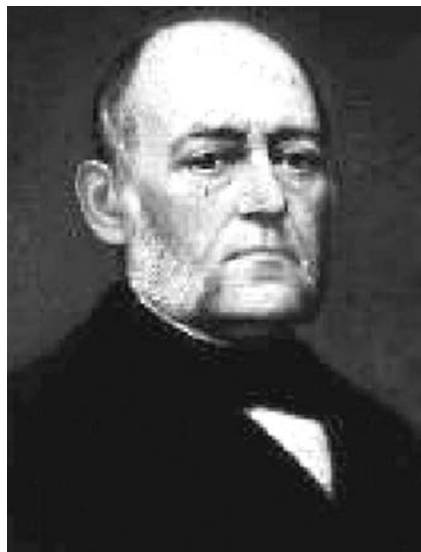
Figura 20: Thomas Bevill Peacock (1812-1882).



En 1844 el patólogo checo Carl von Rokitsansky (1804-1878), que se desempeñaba en el Hospital General de Viena donde junto con el clínico Joseph Skoda (1805-1881) fundó la famosa “Segunda Escuela Viena de Medicina”, diferenció la rotura simple de la aorta de la disección aórtica (figura 21).

El primer caso en el que se hizo el diagnóstico en vida del paciente lo publicó William Swaine (1804-1864). Swaine se había recibido de médico en la Universidad de Leipzig, y en 1852 se trasladó a York. En 1854 tradujo al inglés el primer tomo de la obra de Rokitsansky *Manual de Anatomía Patológica*. En 1856 reportó el caso de un varón de 51 años con insuficiencia mitral y aórtica conocidas, que desarrolló un violento dolor precordial repentino, que se extendió hacia el hemiabdomen inferior izquierdo, asociado con pérdida transitoria de la fuerza en ambas piernas y pérdida breve de la conciencia. Los pulsos femorales y poplíteos estaban ausentes, y una masa “del tamaño de un huevo de ganso” se hizo palpable

Figura 21: Carl von Rokitsansky (1804-1878).



en la región de la bifurcación de la aorta abdominal. Swaine diagnosticó un aneurisma disecante. El paciente mejoró, pero murió de insuficiencia cardíaca congestiva tres meses después. La necropsia mostró una disección que se extendía hasta la bifurcación de la aorta (figura 22).

Figura 22: La aorta disecada del caso de Swaine (1856).



En 1927 el canadiense Maude Abbot descubrió la asociación entre la valva aórtica bicúspide y la disección, y en 1943, RW Baer y H Taussig reconocieron la asociación entre la enfermedad de Marfan y la disección (Antoine Marfan no hace ninguna mención a las alteraciones cardiovasculares en su descripción original de 1896).

Figura 23: Michael DeBakey.



Figura 24: Dibujo de la descripción original de la Clasificación de Stanford (P O Daily y col, 1972).

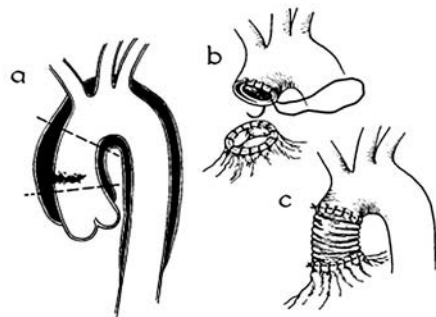


FIG. 1. Method of repair of dissection of the ascending aorta (type A dissection). The portion of aorta containing the intimal tear is resected (a), and the dissected ends are then oversewn to reapproximate the dissected aortic wall (b). Finally, a woven Teflon graft is interposed to reestablish aortic continuity (c).

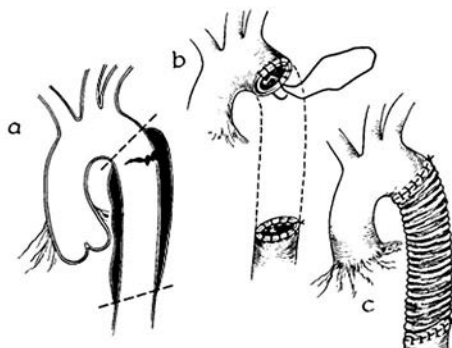


FIG. 2. Method of repair of dissection of the descending aorta (type B dissection). The steps in repair are identical to those of type A dissection.

En 1946 el cardiólogo inglés Jenner Hoskibn escribió que hasta entonces sólo se habían reportado 13 casos de disecciones aórticas diagnosticadas antes de la muerte del paciente.

El próximo avance más importante tuvo lugar en el tratamiento quirúrgico. Si bien el intento primero para reparar una disección se llevó a cabo en 1935, D Gurin y sus colegas realizaron una "fenestración" local en la arteria iliaca el 7 de julio de 1954 cuando Michael DeBakey (figura 23), Denton Cooley y Oscar Creech llevaron a cabo la primera resección quirúrgica exitosa de una disección de la aorta torácica y su aneurisma. En 1965 describieron una clasificación basada en la extensión anatómica de la disección (tipos I, II y III), que fue simplificada en 1972 por Pat O Daily y colaboradores en la conocida "clasificación de Stanford" (figura 24), que se basa únicamente en la ubicación del origen de la disección (tipos A y B). Estas clasificaciones son útiles para cualquier discusión sobre el pronóstico y el tratamiento de estos pacientes.

Irónicamente, el propio Michael DeBakey sufrió una disección aórtica tipo A, y sobrevivió a la cirugía abierta a los 97 años de edad.

Actualmente se incluye a la disección aguda de la aorta dentro del "síndrome aórtico agudo". Este síndrome, descrito en 2001 por el cardiólogo español Isidre Vilacosta, engloba a un heterogéneo grupo de pacientes con un cuadro clínico similar, e incluye, además de la disección, al hematoma intramural aórtico y la úlcera penetrante aterosclerótica.

Bibliografía

- Agnese CA, Rodríguez L. Sobre la historia del aneurisma disecante de la aorta. La Semana Médica, agosto 1962, págs. 704-705.
- Anagnostopoulos CE, Prabhakar MJS, Kittle CF. Aortic dissections and dissecting aneurysms. Am J Cardiol 1972;30:263-73.
- Arroyo Bielsa A, Aparicio Martínez C, Gutiérrez Baz M et al. Disección aórtica infrarrenal espontánea. Cirugía Española 2001, 69: 182-184.
- BBC History. George II (1683 - 1760). http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/george_ii_king.shtml. Accedido el 8 de Febrero de 2012.
- Best N. The Kings and Queens of England. London. Weidenfeld & Nicolson, 1995.
- Cannon J. George II (1683-1760). Oxford Dictionary of National Biography, Oxford University Press, 2004.
- Criado F. Aortic Dissection. A 250-Year Perspective. Tex Heart Inst J 2011; 38(6): 694-700.
- Daily PO, Trueblood H, Stinson EB et al. Management of Acute Aortic Dissections. Ann Thorac Surg 1970;10:237-247.

- De Bakey M, Cooley D, Creech O. Surgical Considerations of Dissecting Aneurysm of the Aorta. *Annals of Surgery* 1955; 142: 586-610.
- DeBakey M, Henly WS, Cooley D et al. Surgical management of dissecting aneurysms of the aorta. *Journal Thorac Cardiovasc Surg* 1965; 49: 130-49.
- Doyle L. Three important early case reports on dissecting aneurysm of the aorta: one each from Dublin, Paris and York. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1992; 85:169-172.
- Gurin D, Bulmer JW, Derby R. Dissecting aneurysm of the aorta: diagnosis and operative relief of acute arterial obstruction due to this cause. *NY State J Med* 1935;35:1200-2.
- Hoskin J, Gardner F. Silent dissection of the aorta. *British Heart Journal* 1946, 8:141-146.
- Leonard JK. Thomas Beville Peacock and the early history of dissecting aneurysm. *British Medical Journal*, 1979; 2: 260-262.
- Magee Finny J. Dissecting aneurysm (Shekleton's) of the thoracic aorta, extending to the termination of the common iliacs. *The Dublin Journal of Medical Science* 1885; 80:276-286.
- Morgan KO. *The Oxford illustrated history of Britain*. Oxford University Press, 1996.
- Newman G. *Britain in the Hanoverian Age, 1714-1837*. Taylor & Francis, 1997.
- Nicholls F. Observations concerning the body of His Late Majesty. *Philos Trans Lond* 1761; 52: 265-274.
- The Official Website of the British Monarchy. George II (r. 1727-1760). <http://www.royal.gov.uk/HistoryoftheMonarchy/KingsandQueensoftheUnitedKingdom/The-Hanoverians/GeorgeII.aspx> Accedido el 12 de Febrero de 2012.
- Vilacosta I. Acute aortic síndrome. *Heart* 2001; 85:365-368.
- Weir A. *Britain's Royal Families: The Complete Genealogy*. Random House, London, 1996.
- Wheat MW, Palmer RF, Bartley TD, Seelman RC. Treatment of dissecting aneurysms of the aorta without surgery. *Journal Thorac Cardiovasc Surg* 1965; 50: 364-73.
- Woodfine P. *Britannia's Glories. The Walpole ministry and the 1739 War with Spain*. Boydell and Brewer, Suffolk, 1998.
- Yao J. Names for aneurysms. *JAMA* 1986;255:2899-2899.