

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



**VOLUMEN 125
NÚMERO 2
JUNIO DE 2012**

EDITORIAL

- 3 Dinastías y linaje de médicos**
Prof Dr Alfredo Buzzzi

NOTICIA SOCIETARIA

- 6 Presentación del libro Sanidad Militar. Principios Tácticos y Operacionales. Su Historia**

ARTÍCULO ORIGINAL

- 12 Primer simulacro de amputación traumática de miembro superior de necesidad y rescate en un escenario inhóspito. Base Marambio, Antártida Argentina. 9 de diciembre de 2011**
Dres José Antonio Rapisarda, Ernesto Setton, Roberto Rogelio Romero, Roberto Hernán Romero, Federico Etchenique

ACTUALIZACIÓN

- 26 Peritos Médicos. Experiencia de la Asociación Médica Argentina 2002-2011**
Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, Prof Dr H Gutiérrez Zaldivar, Prof Dr Juan Carlos García, Dra Nora Inaola, Sr Rolando Michel

CASOS CLÍNICOS

- 31 Metástasis de carcinoma de esófago en falange. Presentación de un caso y revisión de la literatura**
Dres Gonzalo Ruben Di Mario, Irma Martínez Lazzarini, Roberto Loiacono, Guillermo Darsy, Ana Airolti, Mónica Carassai, María Virginia Caronia

- 34 Lupus eritematoso sistémico ampollar. Presentación de un caso pediátrico**
Dres Salomé Santarcángelo, Daniel Navacchia, Gabriel Cao, Lidia Ester Valle

COMENTARIO DE LIBRO

- 39 Rectores de la Universidad de Buenos Aires**
Dra Norma Isabel Sánchez

2/2012

Médicos Argentinos

Algunos de nuestros grandes



DR CARLOS E OTTOLENGHI

1904 – 1984

Nacido el 1° de enero de 1904, finalizó la escuela primaria a los diez años e ingresó en el ciclo secundario gracias a una autorización especial. A los veintidós años egresó con Diploma de Honor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.

Se especializó en el Instituto Rizzoli de Bolonia y llegó a ser miembro honorario de todas las sociedades de Ortopedia y Traumatología del mundo. Fue como consecuencia del ejercicio de la docencia que realizó la obra de la cual estuvo siempre justamente orgulloso, el libro *Técnica Quirúrgica*, escrito en colaboración con varios colegas.

El doctor Ottolenghi relató la historia de este libro muchos años después. Recordó que en 1927 el titular de la Cátedra de Medicina Operatoria de la Facultad de Medicina, doctor Leandro Valle, llegaba al límite de la edad jubilatoria. Este profesional no operaba in vivo y la enseñanza de la medicina operatoria no podía subsistir siguiendo ese programa. Al retirarse el profesor Valle, el doctor Guillermo Bosch Arana asumió la cátedra y pidió que se cambiara el nombre por el de *Técnica Quirúrgica* y actualizó el programa para abarcar todos los aspectos con un criterio moderno y práctico. Solicitó la designación de cuatro jefes de trabajos prácticos. Después del concurso correspondiente, en 1928 fueron nombrados los doctores Federico Christmann, Carlos E Ottolenghi, Juan Manuel Raffo y Gunther Von Grolman, todos cirujanos jóvenes con gran entusiasmo por enseñar y progresar. Advirtieron de inmediato que la bibliografía clásica era obsoleta y se

abocaron, con la anuencia del profesor Bosch Arana, a la tarea de elaborar el texto apropiado.

En 1929 completaron la obra y recurrieron al profesor Remo Ferraris, el mejor artista dibujante de temas anatómico-quirúrgicos que tuvo el país. El resultado de tanto esfuerzo es un libro insoslayable y único con vigencia permanente para acompañar los avances de la medicina. Ha tenido una extraordinaria difusión en todos los países de Hispanoamérica y ha sido texto oficial en muchos de ellos.

La carrera docente del doctor Ottolenghi, luego de asumir la titularidad de la cátedra, culminó con el nombramiento de Profesor Titular Consultor y Profesor Emérito de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Ingresa en la Academia Nacional de Medicina el 24 de noviembre de 1977 para ocupar el sitial número 9. Miembro de más de treinta sociedades científicas, entre ellas el Club Internacional *Orthopaedics Association*, redactor de revistas de la especialidad (del país y el exterior), se desempeñó también como jurado de concursos universitarios y de certámenes internacionales. Presidió la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, que él creó. Fue el primer profesional que alertó en el país sobre los daños que provocan los accidentes de tránsito y la necesidad de dictar leyes para su ordenamiento. Durante más de cincuenta años ejerció su profesión en el Hospital Italiano, donde gozaba de enorme prestigio: allí operaba y atendía diariamente a sus pacientes, con quienes tenía una relación extraordinaria.

El doctor Carlos Ottolenghi falleció el 26 de julio de 1984.

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 2 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 2 JUNIO DE 2012

EDITORIAL	Dinastías y linaje de médicos <i>Prof Dr Alfredo Buzzzi</i>	3
NOTICIA SOCIETARIA	Presentación del libro <i>Sanidad Militar. Principios Tácticos y Operacionales. Su Historia</i>	6
ARTÍCULO ORIGINAL	Primer simulacro de amputación traumática de miembro superior de necesidad y rescate en un escenario inhóspito. Base Marambio, Antártida Argentina. 9 de diciembre de 2011 <i>Dres José Antonio Rapisarda, Ernesto Setton, Roberto Rogelio Romero, Roberto Hernán Romero, Federico Etchenique</i>	12
ACTUALIZACIÓN	Peritos Médicos. Experiencia de la Asociación Médica Argentina 2002-2011 <i>Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, Prof Dr H Gutiérrez Zaldivar, Prof Dr Juan Carlos García, Dra Nora Iraola, Sr Rolando Michel</i>	26
CASOS CLÍNICOS	Metástasis de carcinoma de esófago en falange. Presentación de un caso y revisión de la literatura <i>Dres Gonzalo Ruben Di Mario, Irma Martínez Lazzarini, Roberto Loiacono, Guillermo Darsy, Ana Airoidi, Mónica Carassai, María Virginia Caronia</i>	31
	Lupus eritematoso sistémico ampollar. Presentación de un caso pediátrico <i>Dres Salomé Santarcángelo, Daniel Navacchia, Gabriel Cao, Lidia Ester Valle</i>	34
COMENTARIO DE LIBRO	Rectores de la Universidad de Buenos Aires <i>Dra Norma Isabel Sánchez</i>	39

Dinastías y linaje de médicos

I count him a great man who inhabits a higher sphere of thought, into which other men rise with labour and difficulty; he has but to open his eyes to see things in a true light and in large relations, whilst they must they make painful corrections and keep a vigilant eye on many sources of error.'

Ralph Waldo Emerson (1803-1882)
Representative Men
Uses of Great Men



Prof Dr Alfredo Buzzi

Al estudiar la evolución de la medicina argentina durante los siglos XIX y XX no deja de llamar la atención la existencia de familias de médicos cuyos miembros se destacaron, sea en la práctica profesional, en el terreno académico, o en otras actividades como la política. Para muchos argentinos contemporáneos vinculados al arte de curar los nombres de los Argerich, los Herrera Vegas, los Finochietto, resultan familiares, notablemente gracias a los trabajos del Académico Profesor Julio V Uriburu.

Para aquel interesado en la historia de la medicina es conocida la frecuencia de médicos distinguidos que pertenecían, con distintos grados de parentesco, a una misma familia. Así, el fundador de la anatomía científica, Andrea Vesalio (1514-1564), una de las personalidades médicas más originales y precoces, era hijo, nieto, y bisnieto de médicos.

Yendo todavía más atrás en la historia encontramos que Hipócrates de Cos (470-375 a C), considerado como el Padre de nuestra profesión, era descendiente de una familia de médicos, siendo en aquella época una tradición establecida que los conocimientos médicos pasaran de padres a hijos. En el Juramento Hipocrático se consigna que el estudiante de medicina debe considerar a sus maestros igual que a sus padres, y que deberá transmitir su arte a sus hijos, y a los hijos de su maestro. El célebre filósofo y biólogo Aristóteles de Estagira (384-322 a C), era hijo del médico Nicómano, destacado descendiente, a su vez, de una larga estirpe de médicos cuyo linaje se remontaba, según la leyenda, al propio Asclepios. Nicómano fue médico de la corte del rey Amintas II, fundador del reino de Macedonia, cuyo nieto Alejandro habría de ser uno de los más célebres discípulos de Aristóteles.

El vínculo familiar entre médicos egregios no siempre fue, sin embargo, de padres a hijos. Por ejemplo, Ambrosio Paré (1510-1590), uno de los más grandes cirujanos de todos los tiempos, tenía

un hermano y un cuñado mayores que eran cirujanos-barberos, en quienes encontró ayuda e inspiración en los comienzos de su carrera. René Laennec (1781-1826), creador del estetoscopio y de la auscultación mediata, fue educado por su tío, un médico de Nantes, quien despertó su vocación para dedicarse a la medicina. En la historia de la anatomía nos sorprende el gran número de familias cuyos miembros se destacaron en el cultivo de esta disciplina, como los Bell, los Bartholin, los Retzius, los His, y muchos otros.

Cabe preguntarse, entonces, cuál es la causa de esta abundancia de talentos que surge en un determinado medio familiar. Se trata de una facilitación derivada de la compañía y enseñanza de un padre sobre un hijo, de un tío sobre un sobrino, o de un hermano mayor sobre uno menor. O más bien se debe a una transmisión hereditaria y familiar del talento.

Francis Galton (1822-1911) fue un antropólogo nacido en Birmingham que estudió medicina en el *King's College* de Londres. Inspirado por la obra *El Origen de las Especies*, escrita por su primo Charles Darwin (1809-1882) y publicada en 1859, se dedicó a estudiar la herencia de los atributos humanos con métodos estadísticos. Galton encontró que los hombres eminentes tienen un número mucho mayor de parientes destacados que los de un número igual de hombres tomados al azar. Galton demostró, además, mediante el análisis de la distribución de calificaciones entre los candidatos a un examen, que las mismas leyes se aplican a las condiciones intelectuales que a las características físicas. Describió sus hallazgos en 1869, en una obra titulada *Hereditary Genius* (*Genio Hereditario*), siendo considerado el fundador de la eugenesia, también vinculada con la genética. En el prefacio de su libro declara que debería haberlo titulado *Hereditary Ability* (*Habilidad Hereditaria*), ya que la palabra "Genio" implica una habilidad de muy alto grado y de frecuencia muy rara. Su incidencia probablemente no pasa de uno en un millón. En este sentido, el Dr Samuel Johnson (1709-1784), lexicógrafo y hombre de letras inglés,

1. Traducción de Emerson: Considero un gran hombre a aquel que habita una esfera de pensamiento más alta, en la que otros hombres ascienden con trabajo y dificultad; él sólo tiene que abrir sus ojos para ver las cosas en una luz verdadera y en grandes relaciones, mientras que ellos deben hacer correcciones dolorosas y mantener un ojo vigilante sobre muchas fuentes de error.

afirmó que el verdadero genio es una mente de gran poder orientada accidentalmente hacia una dirección particular. La eminencia, por otra parte, es una cualidad mucho menos rara. De acuerdo a Galton, una persona eminente es alguien que ha alcanzado una posición encumbrada, con una frecuencia estimada de uno en cuatro mil.

A comienzos del siglo XX se intentaron adaptar las ideas de Galton a los conocimientos que se habían acumulado desde 1869, año en que su obra fue publicada. La importancia que él asignaba a la herencia de las condiciones intelectuales ha sido apoyada por las investigaciones mendelianas de Hurst y de Nettleship, y por los trabajos matemáticos de Kart Pearson y sus discípulos, que extendieron notablemente los métodos biométricos de Galton.

Resulta difícil explicar las diferencias que existen entre el genio y la eminencia. Las opiniones están divididas sobre, por un lado, la importancia respectiva de la herencia y, por el otro, la educación y el medio ambiente para llegar a lograrlo. Francis Galton no dudaba en afirmar que la herencia era más importante que la educación. La historia abunda, en efecto, en ejemplos de habilidad hereditaria y familiar, como las hermanas Charlotte (1816-1855), Emily Jane (1818-1848) y Anne Brontë (1820-1849) en la literatura, y los Bach en música. Esta familia tuvo ocho generaciones de músicos talentosos y durante una reunión familiar realizada en 1750 pudieron asistir 120 de ellos.

La familia Gregory constituye un ejemplo de talento hereditario que produjo dieciséis profesores en distintas universidades durante cinco generaciones. James Gregory (1638-1675) era hijo de John Gregory y de Janet Anderson, que vivieron en Escocia en el siglo XVII. Bien puede considerársele un genio, ya que perfeccionó el telescopio de reflexión, llamado telescopio gregoriano, que describió en su obra *Óptica promota*, de 1663. Fue un precursor de Isaac Newton (1642-1727), con quien mantuvo contacto epistolar, actuando como profesor de matemáticas en St Andrews en 1669, y en Edimburgo en 1674. Su hermano David Gregory (1661-1708), matemático y astrónomo, tuvo una descendencia numerosa, tres de sus hijos y dos nietos fueron profesores de matemáticas, astronomía e historia en las universidades de St Andrews, Oxford y Edimburgo. James Gregory tuvo un hijo que llevaba su mismo nombre, que fue profesor de medicina entre 1725 y 1732 en la universidad escocesa de Aberdeen, fundada en 1494 en la cual se enseñó medicina antes que en ninguna otra facultad en Gran Bretaña. Su hijo, otro James, lo sucedió en ese puesto, el que pasó a su hermano menor John Gregory (1724-1773) después de su muerte en 1755. John tuvo una carrera brillante, primero en Aberdeen y luego en Edimburgo, donde sucedió a Robert Whytt como profesor de medicina. John murió en 1773, y su sucesor en la cátedra fue el

renombrado William Cullen (1710-1790). Después de la muerte de este último, el hijo de John, James Gregory (1753-1821) fue designado para reemplazarlo, siendo el quinto de su familia en ocupar una cátedra en la universidad de Edimburgo. El hijo de James, William Gregory, fue profesor de química, mientras que su sobrino William Pultney Alison (1790-1859) mantuvo en sucesión tres cátedras en Edimburgo, las de medicina legal, fisiología y práctica de la medicina. La dinastía de los Gregory, citada como ejemplo de la transmisión hereditaria de habilidad intelectual, llegó así hasta mediados del siglo XIX.

Un recuerdo de dos familias en las que contrastan los factores hereditarios, educacionales y ambientales puede ser de ayuda para esclarecer esta cuestión. Nos referimos a los Hunter y a los Monro, ambas nativas de Escocia, y particularmente a John Hunter y a Alexander Monro primero.

John Hunter (1728-1793), cuyos restos descansan en la Abadía de Westminster, es considerado uno de los tres más grandes cirujanos de la historia, junto con Ambroise Paré (1510-1590) y Joseph Lister (1827-1912). Si bien no realizó ningún descubrimiento fundamental, cambió la práctica de la cirugía, desde una artesanía a una ciencia. Su notable museo de anatomía comparada del *Royal College of Surgeons* es un monumento imperecedero a su talento creador y a su energía ilimitada. Después de su muerte, sus colegas lo ungieron con el honroso título de "Padre de la Cirugía Científica". Sin embargo, su infancia y adolescencia no hacían prever un futuro tan brillante, sino más bien todo lo contrario. Huérfano de padre cuando tenía diez años, fue el hijo menor de una prole numerosa, protegido y malcriado por su madre. Tuvo un retardo notorio para leer y escribir, lo que recién consiguió a los diecisiete años, lo que retrospectivamente se ha diagnosticado como una dislexia o una afasia del desarrollo. Cuando todo indicaba que su futuro estaba en algún oficio manual, recibió una invitación de su hermano William, diez años mayor, para que trabajara con él en Londres. William Hunter (1718-1783) tenía una bien ganada reputación como profesor de anatomía y obstetra destacado. John comenzó a disecar los preparados anatómicos para las clases de William y poco a poco se hizo evidente que el joven iletrado y aparentemente estúpido era en realidad el más original y talentoso de los dos hermanos. No debe sorprendernos que ambos tuvieran un distanciamiento irreparable por cuestiones de prioridad sobre el descubrimiento de la circulación placentaria. William quedó sorprendido por la fama de John, y no concurrió a su casamiento con Anne Home; por su parte, John no estuvo presente en el funeral de William.

La vida de John Hunter podría constituir un ejemplo de talento familiar, de un joven en apariencia infradotado que llegaría a ser uno de los más

grandes cirujanos de la historia, un investigador con una capacidad notable para interrogar a la naturaleza y para formar discípulos, con una escasa educación en las tradiciones, de índole intelectual, académica y literaria.

La historia de la dinastía de los Monro difiere marcadamente de la de Hunter y demuestra que el talento hereditario no es siempre el único factor que decide el éxito o el fracaso científico de una trayectoria humana. Los tres integrantes del linaje de los Monro, llamados Alejandro *primus*, *secundus* et *tertius*, ejercieron en sucesión la cátedra de anatomía de la Facultad de Medicina de Edimburgo durante 126 años. En cuanto al ejercicio de dicha cátedra, cabe ser destacado que la carrera había sido deliberada y cuidadosamente planeada por el padre, sobre todo en el caso de Alexander Monro primero. En efecto, su padre, John Monro, cirujano militar, había estudiado medicina en Leyden, y pensó que Edimburgo debía tener una escuela de medicina de un estilo similar. Con notable visión, pensó que su hijo Alexander, que tenía en ese momento tres años de edad, debería ser el instrumento para materializar su proyecto, planificando su educación paso a paso para que llegara a ser médico primero y profesor de anatomía después, y con ese cargo fundara la primera escuela de medicina de la capital de Escocia. El plan alcanzó un éxito completo. Aceptando que el intento para decidir el destino de un ser humano es extremadamente incierto, la lealtad de los Monro a una larga tradición familiar los llevó a la fama. No hay duda de que el destino de un joven puede ser guiado por familiares y maestros. John Hunter le debió a su hermano William su iniciación en la anatomía y en la disección; en tanto que Alexander Monro primero le debió casi todo a su padre John Monro.

Alexander Monro primero (1697-1767) nació en Edimburgo, y tuvo su entrenamiento médico en Londres, París y sobre todo en Leyden, cuya universidad estaba en el pináculo de la fama como centro de educación médica. El joven Monro tuvo la suerte de ser uno de los discípulos preferidos de Hermann Boerhaave (1668-1738), ya que actuaba como intérprete de los pacientes que acudían a consultar a este gran clínico desde Inglaterra y Escocia.

A su regreso a Edimburgo, Alexander Monro fue designado profesor de anatomía y cirugía, y en 1726, junto a otros cuatro médicos, fundó la Facultad de Medicina de esa ciudad. Tenía veintinueve años de edad. En 1741, junto con su padre, su constante guía y consejero, fundó la *Royal Infirmary* (*Enfermería Real*). El interesante experimento de educar a su hijo desde una temprana edad con un propósito bien definido fue repetido por Alexander Monro primero, cuyo hijo, Alexander Monro segundo (1733-1817) lo sucedió en la cátedra de anatomía. Su padre había sido un maestro destacado de anatomía, y un administrador competente, pero no hizo ningún descubrimiento original en esa disciplina. El hijo, en cambio, que también había estudiado en Leyden, descubrió el foramen interventricular que lleva su nombre, hallazgo que publicó en 1797.

Cuando se retiró de la cátedra en 1808 fue sucedido por su hijo Alexander Monro tercero (1773-1859), también preparado especialmente para esta tarea. En este caso el experimento fue menos exitoso ya que si bien ejerció la cátedra durante 40 años, no mantuvo la jerarquía de su padre y de su abuelo. Se dice que en sus clases se limitaba a leer los manuscritos de este último, que tenían más de 100 años.

Hemos visto dos caminos, muy diferentes entre sí, para ingresar y transitar el terreno académico de la medicina, ejemplificados en las familias de los Hunter y de los Monro. Por un lado, John Hunter, que después de la ayuda inicial de su hermano William, se educó a sí mismo y siguió su propio camino, con resultados sorprendentes que aún perduran. Por el otro, Alexander Monro, influenciado, aconsejado y guiado por su padre desde su infancia, con mucho éxito.

Prof Dr Alfredo Buzzi

Profesor Emérito y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Presentación del libro *Sanidad Militar. Principios Tácticos y Operacionales. Su Historia*

La Asociación Médica Argentina convocó el pasado 7 de abril a sus socios y a colegas del Prof Dr José Raúl Buroni, Miembro Honorario Nacional de AMA y Miembro del Instituto Nacional Sanmartiniano, para la presentación de su última obra sobre historia de la medicina, tema con el que colabora frecuentemente en la Revista de la Asociación Médica Argentina. Lo acompañaron ese día en el estrado los Dres Elías Hurtado Hoyo, el Cnl Gustavo Tamaño, el Gral Br VGM Diego Alejandro Soria y el Sr Gral Rodolfo Campos.

Palabras del Señor Presidente de la Asociación Médica Argentina, Prof Dr Elías Hurtado Hoyo

La Comisión Directiva de la AMA se siente muy reconocida con el Dr José Raul Buroni por presentar en esta Institución el libro de su autoría, *Sanidad Militar. Principios Tácticos y Operacionales. Su Historia*. En lo personal le agradezco la posibilidad de ser uno de los presentadores y poder compartir con este panel que, de por sí, jerarquizan aún más la obra. Aprovecho la oportunidad de los presentes para reconocerle públicamente al Gral Rodolfo Campos



Cnl Gustavo Tamaño, Carlos Apestuegui, José R Buroni, Elías Hurtado Hoyo,
Gral Br Diego Alejandro Soria, Miguel Falasco y el Sr Gral Br Rodolfo Campos

que el año pasado, cuando conducía la Dirección General de Salud del Ejército Argentino, adhiriese a los médicos de los 13 Hospitales del mismo a nuestro Programa de Recertificación Profesional (CRAMA).

Introduciéndonos en el tema que hoy nos convoca comenzaré refiriéndome primeramente al lugar donde estamos haciendo la presentación del libro.

La AMA se fundó en 1891. Dentro de los fundadores estaban Juan B Justo y la primera mujer médica del país, Cecilia Grierson. Nuestro primer presidente fue Emilio Coni, a quien se lo conocía como el “médico de las ciudades”, pues se dedicó gran parte de su vida a mejorar las condiciones sanitarias de distintas ciudades del país como Mendoza, Paraná y otras, junto a los arquitectos e ingenieros [...]. Pero lo que más deseo es relacionar su imagen con la presentación del libro recordando que su padre tenía una imprenta en la Provincia de Entre Ríos, la cual traslada a la ciudad de Buenos Aires. La niñez de Emilio transcurre en ese ambiente entre papeles y tinta, por eso no llama la atención que siendo él un joven estudiante de medicina, por cierto muy destacado, fuese convocado para colaborar en revistas Científicas. Durante su carrera participó en 14 publicaciones nacionales y extranjeras en distintos roles como redactor, corrector, comentarista y director. Todo ello justifica que apenas asumiese la conducción de la AMA propusiese la creación de una Revista de la AMA, la cual comienza su edición en 1892 manteniendo su vigencia hasta la fecha. Su primer Director fue Leopoldo Montes de Oca. Otro fue Bernardo Houssay, el Premio Nobel de Medicina de 1947, quien trabajó en la AMA por más de 45 años. Disminuyó su presencia cuando pasó a tener la conducción del CONICET. El actual es Alfredo Buzzi, Decano de la Facultad de Medicina de la UBA.

Haremos otra breve referencia histórica. Hace un poco más de cien años presidía la AMA un médico psiquiatra del cual todos hemos leído algo, como *El Hombre Mediocre*. Nos referimos a José Ingenieros.

En segundo lugar quiero resaltar el vehículo necesario para tener el libro. Se lo debemos a la Editorial Fundación Soldados, cuyo Presidente, el Cnl Gustavo Tamaño, nos va a comentar sobre la misma. Sólo deseo felicitarlo por su impresión, el tamaño de la letra utilizada; las figuras y gráficos, los cuales facilitan que sea de lectura fácil y amena. Siempre estuve convencido de que la forma de presentar la edición de un libro hace a su imposición en el medio. Destaco también las tapas que definen con claridad el objetivo del libro.

En tercer lugar, el autor, que es lo más importante del acto que deseo resaltar dada su atrayente personalidad. Como médico, se formó como cirujano en la prestigiosa Escuela Quirúrgica Gastroenterológica que condujo el eminente don Emilio Etala. Buroni fue uno de sus más brillantes discípulos donde aprendió “el método” de los cirujanos del

Hospital Rawson. Como militar alcanzó el grado de Coronel Médico, llegando a conducir hospitales militares de la Patagonia. Es un gran lector y escritor empedernido, tanto de temas quirúrgicos, como históricos. Recuerdo su relato de la “Historia de la Medicina” en su libro *Lecciones de Cirugía* que publicase en 1996. Es miembro de la AMA y de la Academia Argentina de Cirugía. También recuerdo sus numerosas ponencias y escritos sobre el Gral San Martín, los cuales lo condujeron a ser incorporado como Miembro de Número de la Academia Sanmartiniana del INS, del Instituto de Historia Militar Argentina y de otras entidades afines.

Pocos saben que también es un afamado pintor, habiendo ganado numerosos premios y distinciones. Por lo que vemos tiene una sensibilidad especial que determina su poder de convocatoria y que hace que llegue a sus numerosos amigos y al público en general, de ahí vuestra presencia. Como resumen diría que es un hombre de la Cultura con mayúscula y que por su espíritu artístico todo lo hace con seguridad y suma elegancia.

El cuarto punto es el Libro en sí, del que voy a hacer pocas consideraciones. Inicio agradeciéndole haberme pedido que le escribiese el Prólogo. Amigo José Raúl, lo sentí como un gran honor. Es de lectura sencilla y clara; señalo que si bien es de interés histórico, médico y militar, va a tener alta repercusión en la población general, ya que se lee como una novela.

Comienza hacia 2.600 años aC con el egipcio Imhotep, conocido por los griegos como Asklepios (Esculapio). Su relato nos acerca a la medicina de hace 4.700 años. Termina llevándonos a la época moderna y hacia el futuro. Nos introduce de pleno en las Sociedades del Conocimiento. Nos habla de la telepresencia con el telediagnóstico y la telecirugía; de la nanociencia, nanomedicina y armas de similares tamaños. Nos señala la cirugía robótica, realizada por el *robot* Mona y el *robot* Zeus, programada no sólo para los eventos a distancia, sino también los que ocurrirán en el espacio.

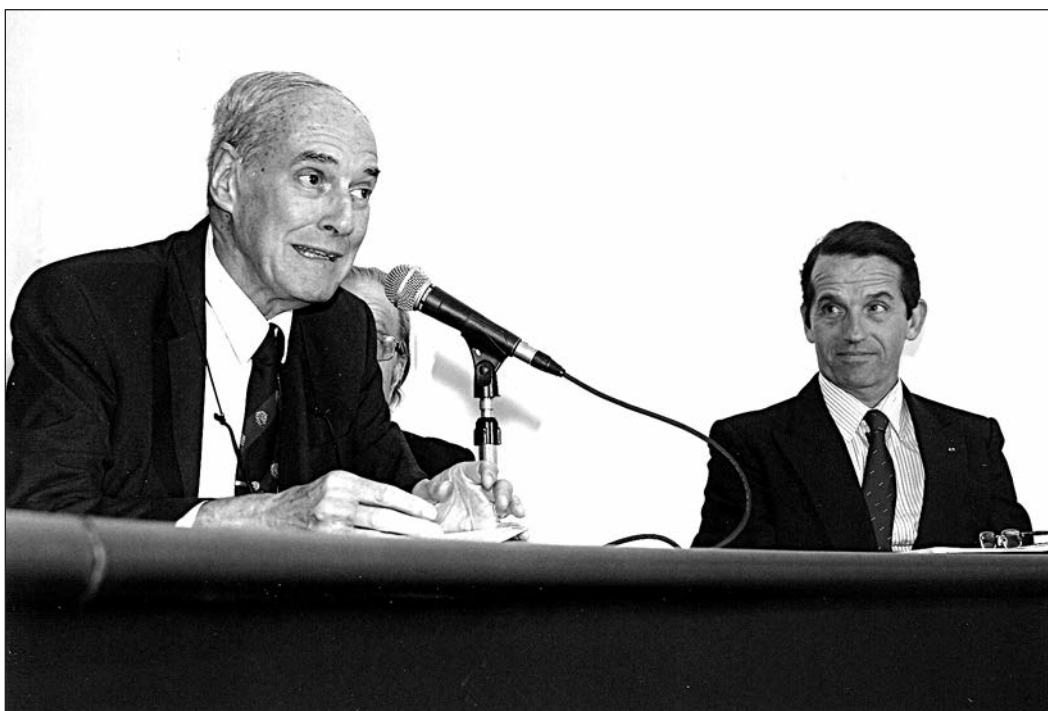
Sres, Buroni nos conduce a pensar sutilmente no ya en el dudoso poshumanismo, sino en cómo debemos hacer los humanos para tener en el plushumanismo mejor calidad de vida; aunque no duda en dejarnos la incógnita sobre un transhumanismo determinado por la inteligencia artificial creando inteligencia artificial. Es su advertencia.

Muchas gracias.

Conceptos vertidos por el Sr Presidente de la Fundación Soldados, Cnl Gustavo Tamaño

Es motivo de particular satisfacción estar presente en la AMA presentando esta obra del Dr Buroni.

Cuando llegó hasta mi despacho para propon-



Gral Br Diego Alejandro Soria y el Sr Gral Br Rodolfo Campos

erme este libro descubrí casi de inmediato su gran valor. Es que el Dr Buroni ha sintetizado en forma didáctica, amena y ágil la evolución de la medicina militar. Su contenido no sólo es apto para los que se dedican específicamente a este tema, sino también para cualquier lector que desee conocer la evolución de este arte a través de los tiempos. Esto me decidió a incorporarlo en nuestros proyectos editoriales.

La Fundación que presido es una entidad civil sin fines de lucro, cuyo objetivo es promover la relación del Ejército con la sociedad civil y entre sus propios integrantes. Para ello cuenta con un periódico mensual, un diario digital, dos revistas trimestrales, una radio FM y un programa televisivo. También nos dedicamos a editar libros y otras obras, como las colocadas en soportes digitales. Siempre bajo el lema “preservar el pasado, difundir el presente, educar para el futuro”.

Con esta obra del Dr Buroni iniciamos la “Colección Profesional”, cuyos contenidos están orientados a aspectos que contribuyan al desarrollo de los conocimientos del público institucional.

Presentación del Sr Presidente del Instituto Nacional Sanmartiniano, Grl Br VGM Diego Alejandro Soria

Esta obra es, a la vez, un estudio de historia militar y un texto doctrinario del servicio sanitario en campaña.

Debemos tener en cuenta que el estudio de la civ-

ilización es el estudio de la guerra, de la preparación para la guerra y de la recuperación de la guerra.

A lo largo de la historia la guerra, en sus diversas formas, ha estado presente. Son pocas las naciones afortunadas que han podido prescindir durante un importante período de tiempo de los estragos directos de ella. Dicho de otro modo, la mayoría de los países se han visto envueltos de manera constante en situaciones de guerra.

La historia militar es una rama de la historia que se dedica a estudiar no sólo la historia de la guerra, sino también de todos los aspectos relacionados con ella. Y justamente, uno de los más importantes es el de sanidad.

La sanidad militar es un componente fundamental de la organización de los ejércitos porque la historia ha demostrado que el factor médico es crítico para tener éxito en la guerra.

El libro nos permite seguir la evolución de la atención sanitaria en los ejércitos desde la guerra de Troya. Al respecto, en la *Ilíada* Homero describe el tratamiento de heridos y dice: “*un médico vale él solo más que muchos combatientes; él sabe sacar los dardos de las heridas y calmar con bálsamos suaves los sombríos dolores*”.

Jenofonte relata en su crónica de la retirada de los 10.000 el efecto de las condiciones meteorológicas en las tropas, específicamente del frío. También leemos que en la guerra del Peloponeso las epidemias jugaron un papel decisivo en la derrota de Atenas.

En estos tres ejemplos de la historia de la Grecia Clásica encontramos los tres elementos que debe enfrentar la sanidad militar en campaña: las heridas provocadas por la acción de las armas del enemigo, las bajas que causan el clima y las condiciones meteorológicas y los estragos de las enfermedades.

El libro continúa con la evolución de la atención sanitaria en la guerra a través del tiempo.

Finalmente, en las guerras de la república y el imperio francés encontramos al barón Dominique Jean Larrey, que es considerado el padre de la medicina militar, pues a él se le debe la concepción moderna de esta disciplina, dado que fue quien introdujo los principios fundamentales del tratamiento de los heridos en combate que se mantienen hasta la actualidad.

La guerra de Crimea constituye otro hito en la historia de la sanidad militar porque ella hizo comprender la importancia de los cuidados de enfermería por la constancia, voluntad, valentía, esfuerzo y capacidad de organización de Florence Nightingale. Ella fue la responsable de la introducción de las enfermeras en los hospitales militares en el teatro de operaciones.

En 1904 estalló la guerra ruso-japonesa, otro hito en la historia de la sanidad militar. Hasta entonces, en todas las guerras los ejércitos tenían varias veces más bajas por enfermedades que por acción de las armas. Los japoneses fueron los primeros que lograron revertir esa proporción porque se abocaron con toda seriedad a la medicina preventiva.

En el siglo XX se desarrollaron las guerras más grandes y sangrientas de la historia por el aumento de la capacidad de destrucción de las armas, pero los progresos logrados en materia quirúrgica, anestésica y radiológica contribuyeron a reducir la mortalidad entre los heridos asistidos por los servicios sanitarios.

Llegamos por fin a la Guerra de las Malvinas y aquí yo quiero referirme brevemente a la experiencia del Regimiento que tuve el honor de comandar en ella, el 4 de Infantería, donde pese a las dificultades, teníamos plena confianza en la capacidad, valentía y espíritu de sacrificio del personal sanitario, lo cual es fundamental para el mantenimiento de la moral.

La última parte del libro está dedicada a la técnica y aspectos doctrinarios de la sanidad militar, inclusive la del futuro, y ello nos permite reflexionar sobre los desafíos que tendrá que afrontar en el caso particular de nuestra patria.

Hace poco más de 20 años en EE.UU. se empezaron a clasificar las guerras en “generaciones” y llegamos a las de 4ª generación, que comprende principalmente, entre otras, la guerra asimétrica, la de baja intensidad, la guerra contra la

guerrilla y contra el terrorismo, y se considera que si nuestro país llega a verse envuelto nuevamente en una guerra, Dios no lo quiera, sería de 4ª generación. De hecho, ya la hemos sufrido en el último cuarto del siglo pasado.

Ahora oficialmente la Argentina no tiene hipótesis de conflicto. Esto no es cierto. Lo que no tenemos es hipótesis de guerra, porque evidentemente tenemos un conflicto con Gran Bretaña por las Islas Malvinas, así como tuvimos hace un par de años otro con Uruguay por la papelería en Fray Bentos.

Normalmente, los conflictos no conducen a la guerra, pero hay que estar preparados (no olvidemos que los romanos decían: *“si vis pacem, para bellum”*).

La necesidad de la sanidad militar, de adecuarse a la situación táctica y disponer de alta movilidad para poder seguir el ritmo de la batalla sin interferirla, hace necesario evacuar las bajas hacia la retaguardia, y ello condiciona una serie de requisitos, entre los cuales el principal es la normatización de los procedimientos. La sanidad militar que se encuentre en esa situación, necesariamente deberá adaptar su organización y comportamiento a esas circunstancias.

El libro compara los numerosos principios comunes que tienen la medicina civil y la medicina militar.

En ese contexto se reconoce que tanto en una como en otra la prevención es el objeto más importante de la medicina.

Lo que debe tenerse muy en cuenta es que la prevención en el ámbito militar es tanto una responsabilidad de comando como una responsabilidad del cuerpo médico porque la prevención está fuertemente ligada a la disciplina y al cumplimiento de las directivas preventivas.

Como reflexión final puedo decirles que éste es un libro muy importante para el público en general, pero imprescindible para los integrantes de la sanidad militar y para los estudiosos de la historia militar.

Presentación del libro por el Señor Gral Br Rodolfo Campos

La historia es el laboratorio de la experiencia. Debemos estar seguros de que todo lo que resolvemos es producto de lo que hemos estudiado.

A un general alemán le preguntaron, luego de haber ganado una batalla en forma brillante, “general; a quién de los grandes estrategas imitó para ganar esta batalla”. A lo cual él respondió: “a nadie en particular, la estrategia utilizada seguramente fue el producto de todos los grandes militares que he estudiado en la historia militar”.

Ya de lleno en el libro deseo expresar que su estructura en capítulos desde la guerra de Troya

hasta Afganistán en nuestros días se basa en cada uno de ellos en ejes conceptuales, tales como: organización de la sanidad, enfermedades médicas, enfermedades ambientales, psiquiátricas, heridos, evacuaciones; lo cual facilita la lectura, la comprensión y la reflexión.

Me toca presentar el libro desde el punto de vista de la organización y operatividad del sistema de sanidad militar y para ello lo haremos a través de los siguientes dos conceptos:

1. Se trata de una especialidad médica dentro de la medicina y de una especialidad militar dentro de la milicia.
2. La sanidad incide directamente sobre el poder de combate a través del mantenimiento de los efectivos y del mantenimiento de la moral.

El autor señala: “La sanidad militar es una especialidad, con conocimientos específicos cuyos principios y prácticas no se enseñan en las Facultades de Medicina, por otra parte, su aprendizaje no puede dejarse librado a la voluntad de cada uno de los individuos, pues su conocimiento no es atractivo, dado que no se sabe cuándo se aplicarán esos saberes, en consecuencia son las Fuerzas Armadas quienes deben impartir su enseñanza.”

A lo largo de la lectura se pueden apreciar las particularidades de esta especialización a través de un camino histórico muy ameno de leer. De ello podemos afirmar que:

1. La guerra genera enorme demanda de atención médica.
2. Los medios con que se cuenta en la guerra generalmente no poseen las calidades de las instalaciones hospitalarias de la paz.
3. La atención médica se debe realizar inserta en las operaciones militares, lo cual significa la existencia de continuos movimientos.
4. Los pacientes también estarán en continuo movimiento por la necesidad de evacuarlos hacia la retaguardia.
5. Durante la evacuación los pacientes cambiarán de mano, de quien los atienda, en forma constante, así como también de lugar de atención.
6. En consecuencia, los esfuerzos médicos se deben realizar en medio del terrible ambiente de los combates.

Hace pocos días se hizo un reportaje al general Menéndez, a propósito de los treinta años de la Guerra de Malvinas. Se le preguntó qué fue lo que más le impactó durante el conflicto, a lo cual respondió: “la visita al Hospital, ver como médicos y enfermeros eran sobrepasados por los heridos, sin los medios y el ambiente adecuados, y entonces aplicaban toda su creatividad y voluntad para cumplir con su misión de salvar vidas”.

Como conclusión de estas aseveraciones podemos decir que la medicina militar:

1. Debe ser enseñada por las Fuerzas Armadas y en ambientes castrenses.
2. Debe ser practicada y ejercitada en forma constante.
3. Deben redactarse los reglamentos y procedimientos correspondientes que normalicen todas las actividades, desde la atención prehospitolaria, la clasificación de los heridos, lo referido a la evacuación y hasta la hospitalización y los procedimientos médicos y quirúrgicos.

A través de la historia se nos invita a recorrer la manera en que la sanidad militar incide directamente en el poder de combate en base al mantenimiento de la salud de los efectivos y el mantenimiento de la moral.

Un combatiente se forma sobre tres pilares: la inteligencia, la resistencia física y su formación espiritual. Este último es el más importante en la preparación de un soldado, a quien se le deben dar los valores que lo preparen a dar la vida si fuera necesario; ellos son la disciplina, lealtad, abnegación, honor y coraje, entre otros.

A modo de conclusión final deseo expresar que:

Todos los médicos militares deben leer este libro, especialmente los más jóvenes. Así surgirán propuestas para mejorar el sistema de la sanidad militar.

Se debe entender que la Sanidad Militar debe ser practicada, ejercitada y estudiada en forma profunda y constante.

La historia nos ayuda a mejorar el futuro.

Y el combatiente necesita de ustedes, los médicos, y ustedes, cuando nos atienden, no deben olvidar lo dicho por el Doctor Favaloro:

- De lo que no hay que olvidarse jamás es del paciente.
- De lo que no hay que olvidarse nunca es del humanismo médico.
- La medicina sin humanismo médico no merece ser ejercida.

Tampoco hay que olvidar lo que expresara el Dr Marañón durante una entrevista:

La gran revolución en la medicina fue la silla. Luego de un silencio explicó que recién cuando el médico se sienta al lado del paciente y lo escucha es cuando comienza a ganar la batalla por su salud.

Médicos y militares hemos elegido las mejores profesiones y vocaciones que puedan existir. Tenemos un denominador común, ambos estamos para *Servir*. Con esta acción damos cuenta que la abnegación es un valor preponderante. Todo lo renunciamos para dar la vida, sea por la patria, sea para salvar vidas.

Palabras del autor, Cnl Prof Dr José Raúl Buroni

La única razón que justifica mi presencia en el estrado es para cumplir con un precepto latino que ya tiene más de dos mil años y que debemos a Marco Tulio Cicerón, quien dijo: “No hay deber más necesario que el de dar las gracias”.

Para hacer cosas en la vida es imprescindible apoyarse en los demás.

Todos somos lo que somos en la vida gracias a otras personas, más allá de los propios méritos y errores.

En primer lugar debo agradecer a mi esposa, compañera y amiga. Lidia me hizo el lugar espacial y temporal para que yo pudiera darme el gusto de investigar y escribir.

Debo agradecer también a la Fundación Soldados, en la persona de su Presidente, el Coronel Gustavo Adolfo Tamaño, quien me abrió prestamente las puertas de su despacho, y en cuanto vislumbró que la obra podría ser de utilidad para el Ejército, se puso y puso a su gente a trabajar en el diseño para que este libro pudiera ver la luz.

A mi antiguo amigo, el Prof Dr Elías Hurtado Hoyo, que preside esta Institución, quien confeccionó el Prólogo con la calidez con la que él suele tratar a los amigos, ofreció espontáneamente este Salón de la Asociación Médica Argentina para realizar este acto y él se prestó para participar en la presentación.

Al Presidente del Instituto Nacional Sanmartiniano, General de Brigada y Veterano de la Guerra de Malvinas Diego Alejandro Soria, con quien nos conocemos desde el año 1992, cuando nos ofreció las instalaciones del Instituto que preside para presentar nuestro libro sobre la medicina en la Guerra de Malvinas. Posteriormente se fortaleció una corriente de mutuo afecto desde mi incorporación como Miembro de Número de la Academia Sanmartiniana que él preside. También se ofreció inmediatamente de haberlo solicitado para participar en esta presentación. También debo mencionar a quien fuera hasta hace poco tiempo el Director de Salud del Ejército, General Rodolfo Campos, a quien conozco hace poco, pero me pareció imprescindible su participación en esta presentación, porque el “target” de esta obra es justamente el personal de Sanidad que se encontraba a sus órdenes. Él aceptó inmediatamente integrar el panel al advertir que la obra podría ser de alguna utilidad para ese personal.

Finalmente, debo agradecer a Uds, mis consecuentes amigos, quienes se hacen presente cada vez que los convoco, y que conforman el público que da



Dr José Raúl Buroni

marco a este acto. Debo destacar la presencia entre el público de:

- El actual Director de Salud del Ejército, General Marcelo Carlos Gutiérrez.
- El Director del Hospital Militar Central *Cirujano Mayor Dr Cosme Argerich*, su Director General: General D Juan Carlos Adjigogovic.
- El Director Médico del Hospital Militar Campo de Mayo *Cirujano Primero Dr Juan Madera*: Coronel D Juan Carlos Stel.
- El Decano de los médicos militares, General D Alberto Vicente Donnes.
- El ex-Decano de la Facultad de Medicina de La Plata, mi amigo, el Dr Enrique Frutos Oritz, quien se ha venido desde Brandsen.
- Los Camaradas del Ejército y de la Marina de Guerra.
- Una delegación de médicos que han venido desde La Plata.

Para finalizar englobo a todos en un
Muchas Gracias.

Primer simulacro de amputación traumática de miembro superior de necesidad y rescate en un escenario inhóspito. Base Marambio, Antártida Argentina. 9 de diciembre de 2011

Dres José Antonio Rapisarda,¹ Ernesto Setton,² Roberto Rogelio Romero,³ Roberto Hernán Romero,⁴ Federico Etchenique⁵

¹ Jefe del Departamento de Urgencia, del Hospital Tornú -Buenos Aires- Presidente de la **Fundación Salvar Vidas**

² Médico Anestesiólogo -Hospital Tornú, Buenos Aires- Vicepresidente de la **Fundación Salvar Vidas**

³ Jefe de Unidad de Guardia -Hospital Tornú, Buenos Aires- Secretario de la **Fundación Salvar Vidas**

⁴ Médico traumatólogo de Guardia -Hospital Tornú- Buenos Aires.

⁵ Médico de Guardia -Hospital Tornú, Buenos Aires- Vocal de la **Fundación Salvar Vidas**

Índice de la presentación

1. Resumen y Summary
2. Antecedentes de los autores en el escenario Antártico.
Primer Simulacro de incidente Aéreo en la Base Marambio, 2008
3. Reseña histórica de las amputaciones
4. Resumen bibliográfico del tema
5. Consideraciones generales sobre las amputaciones
6. La escena y el lugar
7. Metodología
8. Desarrollo del ejercicio. Procedimientos
9. Fotografías
10. Conclusiones
11. Bibliografía
12. Agradecimientos

1. Resumen

Se efectuó un simulacro de amputación de necesidad y rescate en dependencias de la Base Marambio (Antártida Argentina). La amputación de una extremidad constituye un dilema al cual está sujeto un médico en determinadas situaciones críticas. Además, los intentos infructuosos para salvar una extremidad irrecuperable están asociados a una alta morbilidad y muchas veces son letales para el paciente. Existen innumerables discusiones en relación con los criterios de predicción para conservar

un miembro lesionado, por lo que se han propuesto varios índices de valoración para determinar qué extremidad puede ser conservada o cuál amputada. Por ello en el presente trabajo se efectúa una revisión bibliográfica sobre el uso de tablas y/o criterios para la toma de tal decisión. Se efectuó un ejercicio simulado en el cual se consideró la escena (situación de aislamiento geográfico, características inhóspitas y recursos limitados en la Antártida) y el estado de atrapamiento de la víctima, más la irrecuperabilidad de la porción distal del miembro superior, en donde debía priorizarse la vida del paciente, respecto a la pérdida de la extremidad que ya se encontraba mutilada en forma irreversible, con el fin de ser estabilizado y extricado del lugar para ser trasladado a otro espacio para completar con mejores medios su tratamiento definitivo. Dicho ejercicio se realizó como parte de la capacitación continua del personal que se desempeña en las Bases Antárticas, que dadas las características del escenario antártico, hacen necesaria tal preparación para afrontar situaciones de extrema gravedad en un lugar inhóspito y alejado del continente.

Palabras claves. Amputación, escenario inhóspito, trauma miembro superior, cirugía de rescate y necesidad.

Summary

We conducted a mock amputation and rescue agencies need the Marambio Base (Antarctica Argentina). The amputation of a limb is a dilemma which is subject to a doctor in certain critical situations. In addition, unsuccessful attempts to save a limb unrecoverable are associated with high morbidity and are often lethal to the patient. There are countless discussions regarding prediction criteria to retain an injured limb, so that several indices have been proposed assessment to determine what can be preserved limb amputated or what, why in the present study the authors reviewed the literature on use

Correspondencia: José Antonio Rapisarda
Fundación Salvar Vidas -Entidad sin fines de lucro-
E-mail: jose_rapisarda@yahoo.com.ar

of tables and/or criteria for making such a decision. We conducted a simulation exercise, which was considered the scene (geographical isolation, limited resources and inhospitable features in Antarctica) and the state of entrapment of the victim, plus the irrecoverable from the distal upper limb, where needed to prioritize the patient's life, about the loss of the limb that was already irreversibly mutilated, in order to be stabilized and extricated the place to be moved to a place with better ways to complete definitive treatment. This exercise was conducted as part of the continuous training of personnel working in the Antarctic Bases, that given the characteristics of the Antarctic scenario necessitates such a preparation to deal with situations of extreme gravity in an inhospitable place and away from the continent.

Keys words. Amputation, bleak scenario, upper limb trauma, surgery and need rescue.

2. ANTECEDENTES DE LOS AUTORES EN EL ESCENARIO ANTÁRTICO

Primer simulacro de incidente aéreo en la Base Marambio. Antártida Argentina. 5 de enero de 2008

"Nuestra Antártida, donde la frontera entre lo terrenal y Dios no existe, donde el cielo se confunde con las aguas y el hielo y nuestros corazones parecen llorar de emoción con lágrimas del alma".

Dr José A Rapisarda, enero 2008

Dr José A Rapisarda

Jefe Departamento Urgencia a/c del Hospital Tornú.

Comodoro Osvaldo Marchesini

Director de Asuntos Antárticos.

Vice-Comodoro Ricardo Valladares

Jefe Base Marambio, Dotación XXXIX.

Dr Ernesto Setton

Médico Anestesiólogo del Hospital Tornú.

Dr Roberto Romero

Jefe de Unidad de Guardia del Hospital Tornú.

Dr Federico Etchenique

Médico de Guardia del Hospital Tornú.

Dr Jorge Alcalde

Médico Neurólogo del Hospital Bocalandro.

Sub-Com Alejandro Varela Gómez

2do jefe División Cuartel Ezeiza- PFA.

Of Insp Diego Coria

Cuartel El Palomar- PFA.

Sra Edit Szteingolc

Fotografía.

Historia de una aventura, una experiencia de vida, una enseñanza

Nota: El siguiente texto es parte del publicado por

el Dr José Rapisarda en la sección "Anecdotario" de la página web de la Fundación Marambio. Gracias a la gentileza del Dr Juan Carlos Luján.

"Nuestro equipo de trabajo se encuentra con gran sacrificio abocado a la docencia en Emergentología desde hace más de 10 años y ha efectuado varios Simulacros y cursos de capacitación para el personal médico y no médico, en diferentes escenarios geográficos de todo el país y en Capital Federal, pero nunca nuestras expectativas fueron tan significativas como ante el hecho de planificar un ejercicio y colaborar con nuestros compatriotas, aprendiendo de ellos en un lugar tan remoto e inhóspito como la Antártida Argentina.

El comienzo del vínculo se logró gracias al hecho de permitarnos participar en el Primer Simulacro y puesta en marcha del Plan de Contingencia de la Base Aérea El Palomar, sede de la 1ra Brigada el día 2 de noviembre de 2006.

Un grupo de trabajo de médicos, encabezado por quien suscribe, junto al personal todo de la Base efectuó el día 5 de enero de 2008, aproximadamente a las 02,30 AM, el Primer Simulacro de Incidente Aéreo, en la historia de la Base Marambio desde su fundación.

Estamos haciendo Historia, marcando una fecha, un hito en nuestra Antártida, somos los primeros".

Simulacro de alerta III. Base Antártica Marambio 5 de enero de 2008

Hipótesis del simulacro

Despiste y falla en tren principal de DHC-6 Twin-Otter, con víctimas múltiples en cabina y dentro de la aeronave y en pista.

Víctimas: 2 en cabina, 2 dentro fuselaje y 1 en pista.

Lesiones por politraumatismos varios y dos víctimas con severas lesiones, en tórax y otra en muslo en shock.

Puesta en marcha de operativo de rescate y atención de víctimas.

Triage, Asistencia inicial y estabilización de pacientes críticos y posterior traslado a Puesto de Atención médica de la Base.

Estandarización de extracción de tripulación y asistencia médica.

Aeronave DHC-6 Twin-Otter FAA.

Desarrollo del ejercicio

Se realizó en base a un alerta III (Incidente Efectivo). Fecha y horario: sábado 5 de enero de 2008, 02,30 hs AM.

Debido a las inclemencias del tiempo y a los fuertes vientos cruzados, la aeronave ya en la posición final y sobre el umbral de pista, realiza un brusco descenso incontrolado dando un fuerte golpe sobre la pista provocando una rotura parcial del tren principal y el despiste sobre uno de los laterales de la pista. No desarrollándose fuego, pero sí la pérdida de combustible por la rotura del tanque trasero producto del impacto.



Bibliografía

1. Auf der Heide E. La importancia de las pruebas basadas en la planificación de desastres. *Ann Med Emerg.* Enero de 2006;47(1):34-49.
2. Craig A Goolsby, MD, Staff Physician: Planificación de Desastres, Departamento de Emergencia de Medicina de la Universidad de California en Los Angeles/Olive View-UCLA Medical Center, 2006.
3. King, David R MD, MC et al: Simulation Training for a Mass Casualty Incident: Two-Year Experience at the Army Trauma Training Center. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care.* October 2006;61(4):943-948.
4. Del Campo S, Esteban M, Galussio JC, Rapisarda JA. "Emergentología 2000" –Editorial Sigma. Buenos Aires, 2000.
5. Rapisarda JA, Setton E. "Emergentología –Situación de catástrofe", Curso de Adm Hosp, Hosp Mil Centr, Bs As, 1992.
6. Rapisarda JA y col: Modelo Práctico de simulacro de atención de víctimas numerosas, *Rev Patología de Urgencia, SAPUE, AMA, Bs As, Año 8, Nº 2, dic 2000.*
7. Rapisarda JA y col: Simulacro de emergencia y atención de víctimas numerosas; *Rev Patología de Urgencia, SAPUE, AMA, Bs As, Año 13, Nº 1, sept 2004.*
8. Rapisarda J.A y col: Simulacro general del plan de Emergencias Aeródromo Base Aérea El Palomar: 2 de noviembre de 2006; *Rev Patología de Urgencia, SAPUE, AMA, Bs As, Año 16, Nº 2, pág.14-16, julio 2007.*
9. Rapisarda JA y col: Primer simulacro de incidente aéreo en la Base Marambio. *Antártida Argentina: 5 de enero de 2008; Rev Patolog de Urgencia, SAPUE, AMA, Bs As, Año 17, Nº 3, pág.6-10, julio 2008.*

3. RESEÑA HISTÓRICA DE LAS AMPUTACIONES

Las amputaciones quirúrgicas constituyen uno de los procedimientos mayores más antiguos en la historia del hombre. Por siglos, las amputaciones han tenido diversas indicaciones, luchando contra el dolor, la hemorragia y la infección. Existen evidencias de la realización de amputaciones desde hace miles de años aC, pero sólo en el siglo XX estos procedimientos se han convertido en seguros y técnicamente reglados.



El término amputación fue, durante cierto tiempo, sinónimo de la pérdida de cualquier segmento corporal, pero en la actualidad sólo se refiere a la extirpación de una extremidad, en forma parcial o completa.

En la civilización babilónica se hace referencia a ellas en el *Código de Hammurabi* (1750 aC) en el mismo se puede leer en uno de sus párrafos: "Si el médico hace una herida grave con el cuchillo quirúrgico de bronce y mata al paciente o abre un tumor con el cuchillo quirúrgico de bronce y destruye el ojo, sus manos deberán ser cortadas".¹

En India, Sushruta (c 700 aC) escribió un tratado denominado *Sushruta Samhita* donde se describen curaciones y vendajes, férulas, suturas y técnicas quirúrgicas incluyendo varios tipos de amputaciones.²

Homero (c 800 aC) en el poema épico *La Ilíada* describe heridas de guerra, a las que clasifica acorde al mecanismo de lesión y a su localización, con una elevada mortalidad.³

Hipócrates (460-377 aC) se refiere a la amputación de las extremidades con niveles de sección sobre tejido viable con la idea de formar un muñón funcional en los casos de aplastamiento. El funda-

mento era evitar la hemorragia y el dolor, dado que en esa época no se conocía el torniquete.³

El cirujano francés Ambroise Paré (1510-1590) durante sus tareas como cirujano militar aprendió, al efectuar una amputación, que era más eficaz ligar en forma individual los vasos del muñón que intentar el control de la hemorragia por cauterización, ya fuera con el hierro ardiente o el aceite hirviendo. Para realizar la ligadura utilizaba dos técnicas, una con pinza hemostática con forma de pico de cuervo y luego ligaba el vaso, la otra forma era por transfixión con aguja. Estas técnicas son descriptas en su obra: *Dix Livres de la chirurgie avec le magasin des instruments nécessaires a icella* (1564). Para el control temporal de la hemorragia usó un torniquete primitivo hecho con cuerda.⁶⁻⁸

Jean Louis Petit (1674-1750), cirujano francés, en 1718 consolidó el término "torniquete". Diseñó un aparato a rosca que fue muy usado en su época y luego fue modificado por diferentes cirujanos. Además, mejoró la técnica de la amputación circular, realizando el corte por planos a dos diferentes niveles, en lugar de la técnica en guillotina.

John Hunter (1729-1793), cirujano escocés que trabajó en Londres, tenía ideas conservadoras sobre las amputaciones, aconsejando realizarlas sobre tejido necrótico. *Pensaba que la única indicación para realizar este procedimiento en el campo de batalla respondía a que era más fácil desplazar o sacar a un herido atrapado sin un miembro que con el mismo destrozado.*¹¹

Desde tiempo inmemorial, en que se iniciaron los procedimientos quirúrgicos de amputación, tres fueron las preocupaciones de los cirujanos: *evitar el dolor, la hemorragia y la infección.*

Durante años la morbi-mortalidad de las amputaciones fue elevada debido a que las infecciones eran la regla. En el siglo XIX el cirujano inglés Joseph Lister (1827-1912) introdujo los conceptos de asepsia y antisepsia (1867), siendo una contribución fundamental para el desarrollo de la moderna cirugía, ya que se combatieron las complicaciones como la sepsis, la gangrena gaseosa y la hemorragia secundaria.

Bibliografía

1. Lain-Entralgo P (ed). Historia Universal de la Medicina. México: Masson-Salvat. 1998.
2. Rutkow IM (ed). Surgery. An illustrated history. St Louis, MO: Mosby-Year Book Inc. 1993.
3. Magee R. Amputation through the ages: the oldest major surgical operation. Aust NZJ Surg 1998;68:675-678.
5. Bayers RM. Barber poles. Battlefields and wounds that will not heal. Am J Surg 1996;176:613-617.
6. Robinson KP. Historical aspects of amputations. Ann R Coll Surg Engl 1991;73:134-136.

7. Sachs M, Bojunga J, Encke A. Historical evolution of limb amputations. World J Surg 1999;23:1088-1093.
8. Oppenheim EB. An historical view of a therapeutic team. Surg Gynecol Obstet 1974;138:91-93.
9. Mullick S. The tourniquet in operations upon the extremities. Surg Gynecol Obstet 1978;146:821-826.
10. Willetts IE. James Moore, John Hunter and amputation under analgesia in 1784. Ann R Coll Surg Engl 1995;77(Suppl.):310-314.
11. Aldea PA, Aldea GS, Shaw WW. Historical perspective on the changing methods of management for major trauma of the lower extremity. Surg Gynecol Obstet 1987;165:549-562.
12. Austin OMB, Redmon HP, Burke PC, Grace PA, Bouchier-Hays DB. Vascular trauma. A review. J Am Coll Surg 1995;181:91-108.
13. Wangenstein OJ. Has medical history importance for surgeons? Surg Gynecol Obstet 1975;140:434-442.
14. Macleish DG. Cooper and some of his contemporaries. Aust NZJ Surg 1998;64:263-266.
15. Franchetti MA. Trauma surgery during the civil war. South Med J 1993;86:553-556.
16. Dougherty PJ. Wartime amputations. Mil Med 1993;158:755-763.
17. Ortiz-Quezada F. Hospitales. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
18. De la Garza VL. Cronología histórica de las amputaciones. Rev Mex Angiol 2009;37(1):9-22.

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Existe una necesidad de presentar como complemento de esta presentación una revisión bibliográfica de trabajos de investigación sobre los diferentes criterios de amputación. De todas las publicaciones que se han elegido, a los fines prácticos sólo dos se transcriben brevemente a continuación.

Criterios de amputación de una extremidad lesionada

Amputation criteria of an injured extremity

Dr Ricardo J Monreal González I; Dr Humberto Díaz Ramos II; Dr Pastor León Santana II; Dr Luis F Paredes González II

Ciudad de La Habana, Cuba.

Resumen

Se revisaron y discutieron la fuerza, las debilidades y la validación clínica de los sistemas de evaluación, ya publicados, de una extremidad severamente lesionada. Se expusieron los sistemas de evaluación relacionados con la toma de decisión para la amputación o preservación de la extremidad lesionada. El sistema de puntuación de severidad de la extremidad lesionada (PSEL) que se planteó es el que más se emplea por su fácil cálculo y seguridad.

Palabras claves. Amputación, extremidades lesionadas, sistemas de evaluación.

Sistemas de clasificación

Indicaciones de Lange

Lange y otros en 1985 publicaron las indicaciones absolutas y relativas para la amputación después de las fracturas abiertas de tibia con lesión vascular.¹

Índice del síndrome de la extremidad lesionada (ISEL)

En 1985, Gregory y col publicaron el primer sistema de puntuación para las extremidades severamente lesionadas, el índice del síndrome de la extremidad lesionada (ISEL). Este sistema combina una escala de puntos de acuerdo a la lesión de partes blandas, lesión nerviosa, vascular, ósea, índice de severidad de lesión, edad, condición médica preexistente y tiempo en que demoró la reparación vascular (Tabla 1).

Tabla 1. Índice del síndrome de la extremidad lesionada.

Criterio	Puntuación
Índice severidad lesional	
< 25	1
25-50	2
> 50	3
Lesión partes blandas	
Guillotina	1
Apastamiento/quemadura	2
Avulsión/decolamiento	3
Lesión nerviosa	
Contusión	1
Sección	2
Avulsión	3
Lesión vascular	
Sección venosa	1
Sección arterial	1
Trombosis arterial	2
Avulsión arterial	3
Lesión ósea	
Simple	1
Segmentaria	2
Segmentaria/conminuta	3
Pérdida de hueso > 6cm	4
Articular con pérdida ósea > 6cm	6
Tiempo de retardo de la reparación vascular: 1 punto por cada hora después de las primeras 6 horas	
Edad	
< 40	0
40-49	1
50-59	2
> 60	3
Enfermedad preexistente	1
SOC	2

Índice predictivo de salvación (IPS)

En 1987, Howe y col introdujeron el índice pre-

dictivo de salvación (IPS) para el uso en pacientes con lesiones ortopédicas y vasculares combinadas. Más simple que el sistema ISEL, el sistema IPS asigna puntos de acuerdo con el nivel de la lesión arterial, el grado de lesión ósea, el grado de lesión muscular y el intervalo de tiempo entre el momento de la lesión y el arribo del paciente al quirófano.

Puntuación de severidad de la extremidad lesionada (PSEL)

En 1990, Johansen y col propusieron el sistema de puntuación de severidad de la extremidad lesionada (PSEL), el cual está basado en cuatro criterios clínicos: lesión ósea y de partes blandas, isquemia, shock y edad (Tabla 2).

Tabla 2. Puntuación de severidad de la extremidad lesionada.

Factor	Puntuación
Lesión esquelética/partes blandas	
Baja energía (herida, fractura civil)	1
Mediana energía (fractura abierta o múltiple)	2
Alta energía (lesión por arma de fuego, aplastamiento)	3
Muy alta energía (lo anterior más gran contaminación)	4
Isquemia del miembro	
Pulso reducido o ausente pero perfusión normal	1*
Pulso ausente, relleno capilar disminuido	2*
Extremidad fría, insensible y paralizada	3*
Shock	
Presión sistólica siempre > 90 mm Hg	0
Presión sistólica transitoriamente < 90 mm Hg	1
Presión sistólica persistentemente < 90 mm Hg	2
Edad	
< 30	0
30-50	1
> 50	2

*: Se duplica el valor si la duración de la isquemia excede las 6 h.

Un PSEL menor de 7 puntos es predictivo de salvación del miembro con 100% de seguridad. Este sistema es el único validado con un estudio prospectivo y se concluye que es útil como una guía de ayuda en la decisión de amputación.

Índice de salvación de la extremidad (ISE)

En 1991, Russell y col propusieron el índice de salvación de la extremidad (ISE), el cual se basa en una revisión retrospectiva de 70 extremidades inferiores.⁵

Puntuación de la lesión nerviosa, isquemia, lesión/contaminación de partes blandas, lesión ósea, shock, y edad (NIPBOSE)

En 1994, McNamara y col introdujeron el sistema de puntuación NIPBOSE que se deriva de las pa-

labras siguientes: lesión nerviosa (N), isquemia (I), lesión/contaminación de partes blandas (PB), lesión ósea (O), *shock* (S) y edad (E).⁶ Este sistema es una modificación del PSEL, en el cual la lesión ósea y de partes blandas han sido separadas. Asimismo, se añadió la puntuación de la lesión ósea.

Es de gran valor predictivo para determinar la amputación, incluso más sensible y específico que los anteriores, pero tiene las mismas limitaciones que el PSEL, además de ser más complejo en su cálculo.

Conclusiones

Aunque existen varios sistemas de evaluación para la toma de decisión para la amputación o preservación de la extremidad lesionada, ninguno supera el juicio clínico y la experiencia del cirujano y siendo aquéllos solo complementarios.

El sistema más empleado es el PSEL.

Por último, estos sistemas solo son válidos para ser aplicados a las lesiones de la extremidad inferior y no para la extremidad superior, donde deben ser considerados otros criterios.

Bibliografía

1. Lange RH, Bach AW, Hansen ST. Open tibial fractures with associated vascular injuries: Prognosis for limb salvage. *J Trauma*. 1985;25:203-208.
2. Gregory RT, Gould RJ, Peclet M. The Mangled Extremity Syndrome (MES): A severity grading system for multisystem of the extremity. *J Trauma*. 1985;25:1147-1150.
3. Howe HR, Poole GV, Hansen KJ. Salvage of lower extremities following combined orthopedic and vascular trauma: A predictive salvage index. *Am Surg*. 1987;53:206-208.
4. Johansen K, Daines M, Howey J. Objective criteria accurately predict amputation following lower extremity trauma. *J Trauma*. 1990;30:568-573.
5. Russell WL, Sailors DM, Whittle TB. Limb salvage versus traumatic amputation: A decision based on a seven-part predictive index. *Am Surg*. 1991;213:473-481.
6. Mc Namara MG, Heckman JD, Cooley FG. Severe open fractures of the lower extremity: A retrospective evaluation of the Mangled Extremity Severity Score (MESS). *J Orthop Trauma*. 1994;8:81-87.
7. Slauterbeck JR, Button C, Moneim MS. Mangled Extremity Severity Score: An accurate guide to treatment of the severely injured upper extremity. *J Orthop Trauma*. 1994;8:282-285.
8. Roessler MS, Wisner A, Holcroft JW. The Mangled extremity: When to amputate? *Arch Surg*. 1991;126:1243-1249.
9. Bonani F, Rhodes M, Lucke JF. The futility of predictive scoring of mangled lower extremities. *J Trauma*. 1993;34:99-104.

Amputaciones del miembro superior

H Barouti, M Agnello, P Volckmann

París. Enciclopedia médico-quirúrgica -26-269-A-10

Resumen

Las amputaciones del miembro superior son raras. Son más frecuentes en los hombres que en las mujeres y el miembro dominante está afectado en el 74% de los casos; la distribución derecha/izquierda es igual. Las causas más frecuentes son traumáticas y tumorales. La prescripción de una prótesis es todavía aleatoria, en función del nivel de amputación y del beneficio esperado. El 50% de los amputados se beneficia con la prótesis.

Epidemiología

Los amputados del miembro superior representan el 14% del total de los amputados. Los estudios epidemiológicos son raros, antiguos y con frecuencia parciales (a diferencia de los estudios sobre los amputados de los miembros inferiores).

Etiologías

Los diferentes autores presentan idéntica distribución en la frecuencia de las etiologías. Las amputaciones traumáticas o secundarias a tumores son más frecuentes en los hombres que en las mujeres (Cuadro 2). Bender confirma estas cifras para el adulto mayor de 18 años. Debe señalarse la gran proporción de quemaduras eléctricas en los pacientes quemados que han necesitado una amputación.

Cuadro 1

	André, 1990	Wright, 1995
Desarticulación del hombro	1%	15%
Desarticulación del brazo	28%	40%
Desarticulación del antebrazo	70%	33%
Desarticulación de la muñeca		11%

Cuadro 2

	André, 1990	Wright, 1995
Traumático, mecánico, quemadura	83%	75%

Cuadro 3

	Coic, 1988	Wright, 1995
Amputación del brazo	42%	43%
Amputación del antebrazo	55%	60%

5. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS AMPUTACIONES

Introducción

La incidencia de amputaciones es considerable, siendo las causas más frecuentes la patología diabética o vascular y la traumática.

Las amputaciones por incidentes y lesiones profesionales son más frecuentes en varones.

Indicaciones para la amputación

La pérdida irrecuperable de aporte sanguíneo y/o la destrucción tisular irreversible constituyen la principal indicación, siendo además su conservación un riesgo de vida para el paciente la acumulación de metabolitos tóxicos y/o la infección. *La segunda indicación de la amputación, luego de las causas vasculares, es la lesión traumática aguda cuando el miembro está destruido en forma irreparable.*

Principios elementales técnicos

1. Uso de manguito neumático.
2. Nivel de amputación sobre tejido sano.
3. De ser posible, dejar colgajos cutáneos para la reconstrucción del muñón.
4. Tratamiento correcto de los nervios.
5. Ligadura de los paquetes vasculares.
6. Resección ósea sin bordes agudos para facilitar la cobertura con tejidos blandos.

Clasificación de las amputaciones

Amputaciones Cerradas

Amputaciones Abiertas

Se indican en heridas traumáticas graves con gran destrucción de tejido y posible contaminación. Son de dos tipos, con colgajos cutáneos y las abiertas circulares.

Amputaciones del brazo (por encima del codo)

Este tipo de amputación se define como aquella realizada a cualquier nivel deseado entre la región supracondílea del húmero y el nivel del pliegue axilar.

Conclusión

La única indicación para la amputación es la falta de riego sanguíneo en un miembro afectado o lesionado en el cual el daño es irreparable.

Clasificación de la amputación traumática según CIE-10

Clasificación internacional de enfermedades - OMS

Anexo: CIE-10 Capítulo XIX: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa.

(S40-S49) Traumatismos de los hombros y brazos

(S48.1) Amputación traumática a nivel entre el hombro y el codo

(T79) Complicaciones traumáticas

- (T79.0) Embolia gaseosa (traumática).
- (T79.1) Embolia grasa (traumática).

- (T79.2) Hemorragia traumática secundaria y recurrente.
- (T79.3) Infección postraumática de herida, no clasificada en otra parte.
- (T79.4) Choque traumático.
- (T79.5) Anuria traumática.
- (T79.6) Isquemia traumática de músculo.

(T81) Complicaciones de procedimientos, no clasificadas en otra parte

- (T81.0) Hemorragia y hematoma que complican un procedimiento, no clasificados en otra parte.
- (T81.1) Choque durante o resultante de un procedimiento, no clasificado en otra parte.

(T92) Secuelas de traumatismos de miembro superior

- (T92.6) Secuelas de aplastamiento y amputación traumáticas de miembro superior.

Conceptos sobre revascularización y posibles reimplantes

Se transcriben resúmenes de trabajos realizados, consignando las citas correspondientes y la opinión de los autores.

Revascularizaciones y reimplantes mayores de miembros Siete años de experiencia

Major limb revascularizations and replantations: a seven-year experience

Búlfaro CD; Pérez Brey AR; Lanza HL

Rev argent cir plást junio 1997;3(2):78-86.

Resumen

El objetivo de la presente comunicación es presentar nuestra experiencia de los últimos siete años en revascularizaciones y reimplantes mayores de los miembros. Hemos llevado a cabo un total de 28 procedimientos, 25 en miembros superiores y 3 en miembros inferiores, con un porcentaje de éxito del 78,57%. Del total de casos encontramos que los resultados fueron excelentes o muy buenos en 18 (64,27%).

Las indicaciones para estos procedimientos incluyeron casi todas las amputaciones traumáticas, excepto aquellas que presentaban gran atrición tisular o aplastamiento y pacientes con otras lesiones acompañantes de gravedad o patologías preexistentes.

La edad no constituyó una limitación. Severa atrición o arrancamiento fueron las causas de los fracasos en 6 casos.

Reimplantación de miembro superior. Presentación de un caso

Yovanny Ferrer Lozano, Iván Rodríguez, Leyter Pérez Ferro

Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Vol 7, No 3 (2009), Cuba.

Discusión

Ante la amputación de un miembro, el implante es un procedimiento que debe ser realizado de la manera más rápida posible. *Esta decisión debe ser tomada de manera racional, electiva e individual, teniendo presente el siguiente orden de prioridades: 1) salvar la vida, 2) salvar el miembro, 3) salvar la función, y 4) salvar la estética.*

Una extremidad superior lesionada tiene un impacto mayor sobre la función que la inferior y los objetivos del tratamiento, por lo tanto, son diferentes. Siempre deberá existir, antes de reimplantar, una expectativa razonable de funcionalidad.

En 1985, Gregory y col publicaron el sistema de puntuación para las extremidades severamente lesionadas: el índice del síndrome de la extremidad lesionada. Éste combinaba una escala de puntos de acuerdo a la lesión de partes blandas, lesión nerviosa, vascular, ósea, índice de severidad de lesión, edad, condición médica preexistente y tiempo que demostró la reparación vascular.

Bibliografía

1. Schlenker J, Kleinert E. Methods and results of replantation following traumatic amputation of the thumb in sixty-four patients. J Hand Surg. 1980;5:63-69.
2. Bez L, Souza G, Sena K, Pinto D. Vascular trauma in the upper limb treated with extra-anatomic bypass: a case report. J vasc. bras. 2003;2(2):141-144.
3. Godoy J, Mendes R. Compartment syndrome of the upper limb: case reports. Sci med. 2004;14(4):301-303.
4. Mattar R, Paula E, Rezende M, Mattar T. Critical analysis of upper limb replantations. Einstein (São Paulo). 2006;4(2):83-88.
5. Sepúlveda S, De Carolis V. Microcirugía reconstructiva en trauma complejo de extremidades. Rev chil cir 2002;54(1):27-37.

6. LA ESCENA Y EL LUGAR

La Base Marambio -Antártida Argentina

Reseña Histórica

Esta Base, que lleva el nombre de uno de los pioneros de la Fuerza Aérea en las operaciones

Antárticas, el Vicecomodoro Gustavo Marambio, fue fundada el 29 de octubre de 1969.

La acción se remonta al 1º de diciembre de 1951, cuando un avión *Avro Lincoln* designado "Cruz del Sur", al mando del Vicecomodoro Marambio, atraviesa el temible Pasaje de Drake y se interna en el Continente Blanco para efectuar lanzamiento de elementos de supervivencia.

Ubicación

Está ubicada en la Isla Marambio (ex-Seymour) sobre el Mar de Weddell a 64º de latitud Sur y 56º de longitud Oeste, en una meseta de catorce kilómetros de longitud y ocho kilómetros de ancho, a 200 metros de altura sobre el nivel del mar, a una distancia de 3.600 kilómetros de Buenos Aires y 2.800 kilómetros del Polo Sur.

Características

La Base Marambio depende del Comando de Operaciones Aéreas de la Fuerza Aérea Argentina. La Unidad constituye el único y principal punto de apoyo argentino que, a través del transporte por modo aéreo y durante todo el año, está en capacidad de brindar a las Bases de la Comunidad Antártica Internacional los siguientes servicios: evacuación sanitaria, búsqueda y rescate, traslado del personal y carga.

Marambio es la base más grande que la República Argentina posee en la Antártida. La pista de aterrizaje tiene una longitud de 1.200 mts. Su estructura habitacional permite albergar una dotación permanente de 45 hombres y a la comunidad científica durante el verano, llegando a ser habitada por más de doscientas personas en ese período. Para facilitar sus actividades, la Base cuenta con una aeronave DHC-6 *Twin-Otter*, a la cual se suma como refuerzo de la actividad científica un Escuadrón de helicópteros integrado por 2 máquinas *Bell 212*.





Objetivos

- Poner en práctica los procedimientos del plan de emergencia.
- Completar y reforzar la adquisición de conocimientos brindados en el programa del curso pre-antártico. Materializar en forma práctica los conocimientos adquiridos.
- Incorporar conductas y mecanismos de respuesta ante contingencias. Mejorar y corregir dichos mecanismos de respuesta.
- Efectuar el análisis y devolución de cada uno de los ejercicios de capacitación y adiestramiento.

Situación

- Aislamiento geográfico.
- Terreno de difícil transitabilidad.
- Clima con vientos y temperaturas extremas.
- Reabastecimiento de agua limitado en tiempo y volumen.
- Atención sanitaria inmediata limitada.

7. METODOLOGÍA

Se efectuó un simulacro de amputación de necesidad y rescate en dependencias de la Base Marambio (Antártida Argentina).

Se designó a un voluntario de la dotación, quien ofició de víctima. Al mismo se le colocó un miembro superior ficticio, ocultando su extremidad con un vendaje sujeto al tronco, realizando un *moulage* con carne vacuna, simulando un arrancamiento con destrucción total del miembro superior por encima del codo derecho, siendo totalmente irrecuperable los sectores del codo, antebrazo y mano que quedaron atriccionados dentro de una maquinaria.

La víctima supuesta se encontraba trabajando en el Obrador a una distancia de 300 metros de las Instalaciones principales de la Base y de Sanidad.

Se efectuó el llamado de alerta y despliegue del equipo de rescate y equipo médico, el cual evaluó la situa-

ción de la víctima atrapada en la maquinaria descrita.

Se decide, ante la irrecuperabilidad de la porción distal del miembro superior atrapado y la imposibilidad de ser extricado del lugar (imponiéndose la necesidad de efectuar maniobras de soporte vital en el lugar y procediendo a la amputación de necesidad con el objeto de cohibir la hemorragia, ligando los elementos en forma distal y efectuando el vendaje del muñón) inmovilizarlo y trasladar a la víctima a la instalación de Sanidad de la base allí se completa su estabilización para decidir luego su traslado al Continente para completar su atención definitiva según normativas internacionales de soporte vital y estabilización inicial.

8. DESARROLLO DEL EJERCICIO PROCEDIMIENTOS

Primer simulacro de amputación traumática de miembro superior de necesidad y rescate en un escenario inhóspito. Base Marambio – Antártida Argentina 9 de diciembre de 2011

Introducción

La amputación de una extremidad es un dilema al cual está sujeto un cirujano en determinadas situaciones críticas. Sin embargo, los intentos infructuosos para salvar una extremidad irrecuperable están asociados a una alta morbilidad y muchas veces son letales para el paciente.

Existen innumerables discusiones en relación con los criterios de predicción para conservar un miembro lesionado, por lo que se han propuesto varios índices de valoración para determinar qué extremidad puede ser conservada o cuál amputada.

El empleo de guías para ayudar en la toma de la decisión de la amputación de una extremidad severamente lesionada tiene sus orígenes durante la Guerra Civil en los EEUU cuando Frank Hastings Hamilton recomendó la amputación después de las fracturas provocadas por armas de fuego. Kirk definió las indicaciones generales para la amputación considerando que cualquier intento de conservación de la extremidad no debía comprometer la vida del paciente. Kirk NT. Amputations 1989;243:3-16.

Hoy en día, técnicas en el manejo de las lesiones como la reparación vascular y nerviosa, y la reconstrucción microquirúrgica han mejorado notablemente las posibilidades de salvación de un miembro lesionado, pero todo ello debe considerarse en el contexto y/o escenario donde se encuentra la víctima, como así también la proximidad o accesibilidad a los lugares donde dicha cirugía se pueda efectuar.

En el artículo de referencia se efectuó una revisión crítica sobre la validación clínica de los sistemas de evaluación ya publicados de una extremidad lesionada de modo importante.

La mayoría de las extremidades severamente lesionadas (aplastadas) son consecuencia de traumatismos cerrados, siendo las colisiones vehiculares y las lesiones durante el trabajo industrial las causas más frecuentes en las extremidades inferiores.

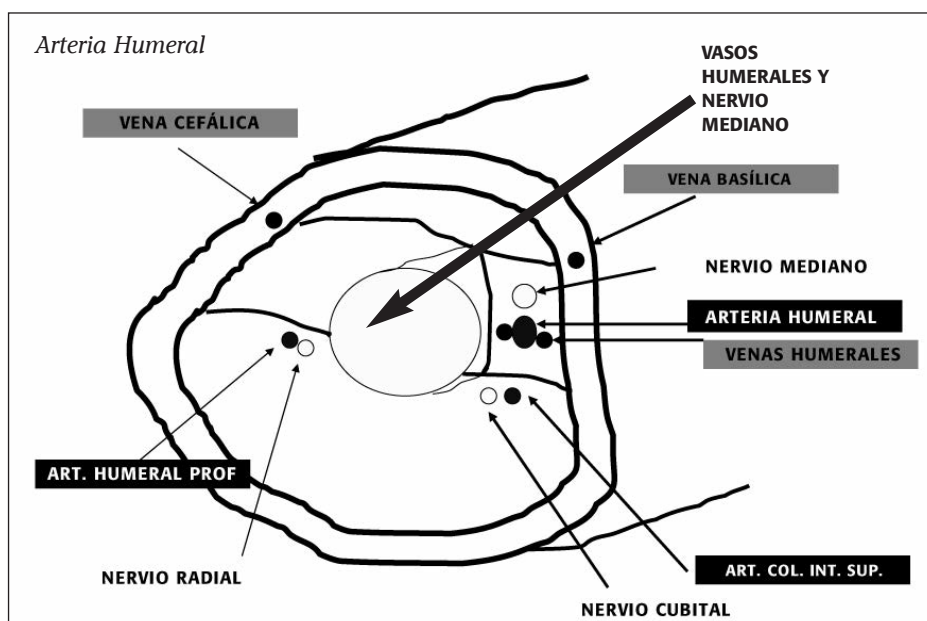
La extremidad superior lesionada tiene un mayor impacto sobre la función que la extremidad inferior, por considerarse al miembro superior como básico en sus funciones de prehensión, defensa y fun-

ciones más avanzadas como las habilidades manuales, escritura, expresión, etc; por lo cual los objetivos del tratamiento son diferentes.

Las amputaciones más frecuentes ocurren como consecuencia del trauma secundario, de incidentes de tránsito o maquinarias industriales, armas de fuego o quemaduras eléctricas.

El primer objetivo de la cirugía de amputación es remover la porción disfuncional del miembro afectado, controlando la hemorragia y con una correcta analgesia, y el segundo objetivo es la reconstrucción del miembro residual.

Anatomía de la amputación



Arteria Humeral



Bibliografía

1. Gosling J, Harris P, y col. Anatomía Humana, texto y atlas en color; Interamericana-McGraw-Hill; 1992.
2. Lumley J. Anatomía de Superficie; Churchill Livingstone; 1992.
3. Man-Chung Han. Cortes Anatómicos correlacionados con RM y TC; Ediciones Doyma; 1990.

Técnica realizada durante el ejercicio

Se produce el acceso a la víctima luego de asegurar la escena, el corte de suministro eléctrico y la evaluación de cualquier otro potencial riesgo en el lugar. Se realiza la estabilización inicial por parte del personal de bomberos, la inmovilización manual y luego con collar cervical.

Accede el equipo médico con la orden de escena segura, se procede a asegurar el soporte ventilatorio

y de oxígeno suplementario, además de la colocación de dos vías venosas gruesas y expansión de volumen para compensar el estado hemodinámico, por la hemorragia provocada por la destrucción traumática distal y el atrapamiento del miembro superior.

El equipo médico y los cirujanos deciden, ante la no viabilidad del miembro, el riesgo de vida del paciente y la imposibilidad de extricarlo del lugar, que deberá efectuarse una amputación de necesidad y rescate.

Se coloca un manguito neumático a los fines hemostáticos, procediendo luego a examinar los bordes distales de la extremidad. Evaluada la situación, se procede a la identificación y ligadura de vasos y nervios, completando la amputación, siempre con el soporte vital, vía aérea, administración de fluidos a chorro y analgesia dados por un médico anestesiólogo.

Controlado el sangrado y con el paciente ya estable, se aplica presión con gasas en el extremo del muñón, se desinfla el manguito y se realiza un vendaje del muñón resultante, completándose la inmovilización con tabla y se procede a la extricación completa de la víctima retirándola del lugar y transportándola hacia el exterior del Obrador para proceder a su traslado en la Ambulancia hacia la instalación de Sanidad de la Base y completar la estabilización y monitoreo del paciente hasta que se pueda efectuar su traslado por medio aéreo al continente para efectuar, en un lugar de mayor complejidad quirúrgica, el tratamiento quirúrgico de confección del muñón, con el objeto de prever la futura colocación y adaptación protésica.

9. FOTOGRAFÍAS DEL EJERCICIO

Figura 1. Llegada del personal de Bomberos.



Figura 2. Arribo del personal médico y evaluación de la lesión.



Figura 3. Manejo de la vía Aérea, vías venosas y apoyo analgésico.

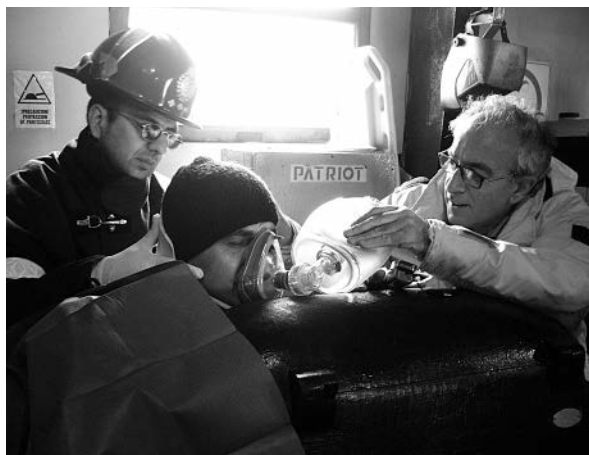


Figura 4. Identificación de vasos y nervios. Ligaduras.



Figura 5. Equipo completo trabajando sobre la víctima.



Figura 6. Continuidad de las maniobras de extricación.



Figura 7. Traslado hacia la Ambulancia para ser transportado a la instalación de Sanidad de la Base.



Figura 8. Nuestro grupo en la pasarela de la Base Marambio (de izquierda a derecha, Dres Rapisarda, Setton, Romero RR, Romero RH y Etchenique).



Figura 9. El grupo de trabajo en la jefatura Militar de Base Marambio con el Sr Jefe de Base Vicecomodoro Enrique Videla (cuarto de pie de izquierda a derecha).



Figura 10. Otra vista maravillosa: Nuestra Antártida.**Figura 11.** Las pasarelas de la Base Marambio.**Figura 12.** El grupo que realizó el ejercicio dentro del Obrador de Marambio.

10. CONCLUSIONES

Los diferentes escenarios en los cuales puede ocurrir una situación con víctimas atrapadas y en condición crítica obligan a la efectivización de programas de capacitación continua, sobre todo para el personal que se desempeña en lugares alejados e inhóspitos, tal como ocurre en nuestras bases antárticas. Como parte del mismo se desarrolló un ejercicio sobre la hipótesis de una víctima atrapada con destrucción irreparable del miembro superior que obligó a la realización de una amputación de necesidad, con el objeto primero de priorizar la vida del paciente y segundo de proceder a la extricación del lugar para trasladarlo luego a un ámbito en el que pueda completarse su atención en mejores condiciones asistenciales.

El ejercicio fue de suma utilidad para todo el per-

sonal actuante, como parte de su capacitación y para reforzar los criterios y prioridades de acción. Además, fue fructífero para recordar conceptos como los siguientes: se debe comenzar por el paciente y la prioridad no es la lesión sino la vida misma del paciente, no debiéndose demorar el tiempo en la escena del trauma, donde el factor manejo de la vía aérea y control de la hemorragia deben considerarse como básicos para brindar el soporte del trauma en escena, con un paciente atrapado y evitando que las dificultades de extricación determinen demoras que pueden costar la vida de la víctima (Quintero, 2005).

Tal escenario prehospitalario suele ser grave e intimidante para el personal de rescate y médicos, dentro de un contexto desfavorable, un sitio inhóspito,

posiciones incómodas, iluminación defectuosa, condiciones climáticas adversas, con un examen difícil de la víctima, generando además estrés al no disponer de los elementos óptimos para brindar atención médica. Todo ello refuerza la necesidad de realizar tales ejercicios de capacitación para el personal que tiene a su cargo tales acciones.

Dicha intervención obliga a continuar con programas de educación y capacitación que contemplen las circunstancias mencionadas.

Además, debemos enfatizar el criterio de prevención de ocurrencia de tales eventos, creando una idea de cultura preventiva en el trabajo, desde una posición firme, para evitar que los mismos ocurran. Estos son los objetivos de este ejercicio y los autores creen haber cumplido con tal motivación al realizar el simulacro y publicar esta presentación.

Bibliografía

- Ali J, Adam RU, Gana TJ, et al. (1997). Trauma patient outcome after the prehospital trauma life support program. *J Trauma* 42:1018.
- ATLS (2005). Programa avanzado de apoyo vital en trauma para médicos. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos. Séptima Edición. 2004.
- Akerlund JE (2005). Trauma mechanisms. En: www.nordictraumacad.com/Syllabus/Traumamechanisms.pdf
- Bledsoe, B (2002). "The golden hour: Fact or Fiction". *Emergency Medical Services* 6(31):105-28.
- Brooks A, Holroyd B, Riley B (2003). Missed injury in a major trauma patients. *Injury* 35(4):407-410.
- Bunn F, Kwan I, Roberts I, Wentz R (2001). Effectiveness of pre-hospital trauma care. Report to the World Health Organization Pre-hospital Care Steering Committee. Geneva: WHO, 2001.
- Lee C & Bleetman A (2004). Commonly missed injuries in the accident and emergency department. *Trauma* 6(1):41-51.
- Lerner EB & Moscati (2001). "The golden hour: Scientific Fact or Medical "Urban Legend?". *Academic Emergency Medicine* 8(7):758-760.
- Dalton AM (1995). Prehospital intravenous fluid replacement in trauma: an outmoded concept? *J R Soc Med*. 1995;88(4):213-216.
- PHTLS (2003). Basic and Advanced Prehospital Trauma Life Support. Prehospital Trauma Life Support Committee of The National Association of Emergency Medical Technicians in Cooperation with The Committee on Trauma of The American College of Surgeons. Fifth Edition. Mosby, St Louis, Missouri, 2003.
- Robertson R, Mattox R, Collins T, Parks-Miller C, Eidt J, Cone J. (1996). Missed injuries in a rural area trauma center. *Am J Surg* 1996;172(5):564-568.
- Senthil K, Gul A, Sen R, Nagi ON (2006). A missed injury in multiple trauma patient-is it avoidable? *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology* 16(2):181-184.

Spahn DR, Cerny B, Coats TJ, Duranteau J, Fernandez-Mondejar E, Gordini G, Stahel PF, Hunt BJ, Komadina R, Neugebauer E, Ozier Y, Riddez L, Schultz A, Vincent JL, Rossaint R (2007). Management of Bleeding Following Major Trauma: a European Guideline. *Crit Care* 2007;11(1). START TRIAGE (2007). En: <http://www.start-triage.com/>, consultada el día 4 de agosto del 2007.

Stephan P, McCarley MC, O'Keefe GE, Minei J (2002). 23-Hour observation solely for identification of missed injuries after trauma: Is it justified? *J of Trauma* 53(5):895-900.

Lerner EB, Billittier AJ, Dorn JM, Wu YW (2003). Is total out-of-hospital time a significant predictor of trauma patient mortality? *Acad Emerg Med* 2003, 10:949-954.

Pohs P, Moore E, Cusich J (1984). Prehospital venous access in an urban paramedic system. A prospective on-scene analysis. *J of Trauma* 24(10).

Quintero L (2005). TRAUMA, Abordaje inicial en los Servicios de Urgencias. Cap. 31. Atención prehospitalaria del paciente traumatizado. Pag. 405. Publicaciones Salamandra, Tercera edición. Santiago de Cali, Colombia. 2005.

Yanes Coloma José. La estrategia española promotora de cultura preventiva. Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo (España); Conferencia internacional 15, 16 y 17 de abril de 2009 en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia-Santiago de Compostela (España).

11. BIBLIOGRAFÍA

Las citas bibliográficas se encuentran detalladas en cada punto del presente trabajo.

12. AGRADECIMIENTOS

Por segunda vez en la historia la *Fundación Salvar Vidas* ha sido pionera en la realización de Simulacros. En la Antártida Argentina, en Base Marambio, el 5 de enero de 2008 efectuó el Primer simulacro de despegue de una aeronave *Twin-Otter* en la historia de la Base. Ahora, el 9 de diciembre de 2011, realizó otro evento histórico, el primer Simulacro de amputación traumática de necesidad y rescate.

Los autores agradecen a las Autoridades de Fuerza Aérea Argentina el haber permitido efectuar tal tarea, al Com Osvaldo Marchesini (Director de Asuntos Antárticos), al Com Roberto Aguirre, al ViceCom Enrique Videla (Jefe de Base) y al Capitán Alexis Hernández.

La *Fundación Salvar Vidas* agradece a las Autoridades de la Fuerza Aérea Argentina el permitirle trabajar con ellos y ser los pioneros en la realización de tales eventos que tienen por objeto prepararse para preservar la vida.

A todos eternas Gracias.

Peritos Médicos. Experiencia de la Asociación Médica Argentina 2002-2011



Prof Dr Elías Hurtado Hoyo¹



Prof Dr H Gutiérrez Zaldivar²



Prof Dr Juan Carlos García³



Dra Nora Iraola⁴



Sr Rolando Michel⁵

¹ Prof Consulto Cgía UBA; Doctor Honoris Causa Univ Nac Morón e Inst Univ H Barceló. Miembro de Acad Argent Cirugía; Cienc Méd Córdoba; Nac Medic Paraguay y Argent de Ética Médica. Presidente Asociación Médica Argentina.

² Abogado. Prof Titular Derecho Político Univ Salvador y Univ la Sorbone (París I). Asesor Legal y MHN AMA. Presidente del Comité de Peritos AMA. Miembro Comité Bioética AMA. Comité de Asuntos Legislativos AMA.

³ Abogado. Presidente Comisión Asuntos Legislativos AMA. Miembro Comité de Bioética AMA. Miembro Tribunal de Ética AMA. Ex-Director General Pericial de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

⁴ Médico Legista MT-AMA. Presidente del Tribunal de Ética AMA. Miembro del Comité de Bioética AMA. Comité de Asuntos Legislativos AMA.

⁵ Secretario Administrativo.

Introducción

La Asociación Médica Argentina (AMA) desde su creación en el año 1891 cumplió estrictamente con sus Estatutos que delimitaron con claridad el objetivo para el que se le dio origen, que es el de la Educación de Postgrado para todo el Equipo de Salud. El mérito está basado en la riqueza intelectual y moral de todos los socios. Fueron y son los forjadores de la verdadera historia de nuestra casa. Un gran reconocimiento para todos aquellos que han mantenido con gran hidalguía y fortaleza los Principios Básicos con los que sus fundadores le dieron vida: independencia política, libertad de razas y credos, protección de los valores éticomorales, e igualdad de sexos.^{11,14} Defender estos principios muchas veces no fue una tarea fácil, como lo prueba el simple relato de los hechos sucedidos en la República Argentina y en el mundo, tanto los cambios políticos como las violencias y por los enfrentamientos internos, así como por las peripecias tanto económicas como sociales acontecidas en estos ciento veinte años. Todo ello permite comprender los esfuerzos realizados y valorar los méritos de la Institución al constituirse en un foco de libertad para la evolución del pensamiento al servicio del hombre y de la salud.¹⁰

Uno de los temas que más interés y preocupación generó en las distintas Comisiones Directivas y de los Socios es todo lo relacionado con los Juicios de Responsabilidad Legal por Actos Médicos.^{1,2,6,7,13} En esta comunicación comentaremos lo realizado por la AMA en los últimos diez años como contribución a la justicia y al país. Hasta principios del siglo XXI la mayoría de los Peritos Médicos designados en los juicios no tenían relación con la especialidad en cuestión. La AMA en estos últimos diez años para ordenar alguno de sus aspectos más preocupantes como es la formación y el contralor de la validez de los Títulos y los Certificados que presentaban los Peritos Médicos, dado que muchos de los mismos no eran equivalentes a los reconocidos por las entidades universitarias y a su vez tampoco eran médicos legistas. Por otra parte, frecuentemente la comprobación o la explicación de ciertos hechos denunciados por las partes dentro de un Proceso Judicial requieren conocimientos técnicos específicos que son ajenos al saber técnico del Juez, por lo que para la apreciación y determinación de esos hechos que se denuncian se necesita el auxilio de personas y profesionales que posean conocimientos específicos de la ciencia, arte o industria a la que los hechos denunciados se refieran. Tales auxiliares de la Justicia son denominados "Peritos" y se encuentran encargados de informar al Juez acerca de las causas y de las consecuencias que de acuerdo a su saber y experiencia técnica deben adjudicarse a los hechos

Correspondencia: Asociación Médica Argentina

E-mail: peritos@ama-med.otg.ar

sometidos a su observación. Cuando el Perito es designado por el Juez es denominado "Perito de Oficio", mientras que cuando dichos Peritos son designados por alguna o por ambas partes para defender sus posturas particulares, son llamados "Consultores Técnicos". La especial función de estos últimos es componer y redactar en la demanda o en el responde de la demanda, cuáles serán los "Puntos de Pericia" sobre los que deberá expedirse el Perito de Oficio en su informe técnico pericial, el cual a su vez será confrontado o aceptado por los Consultores Técnicos de las partes. Asimismo, también deberán asistir a los exámenes que realice el Perito designado por el Juez, controlando las personas o los elementos involucrados en los dichos de las partes dentro del proceso. La imparcialidad de criterio que debe prevalecer en el Perito designado de Oficio se contrapone con el criterio parcial que puede proponer un Consultor Técnico designado por las partes. El análisis, el informe, las apreciaciones y el dictamen del Perito de Oficio tienen, en principio, mayor relevancia para el Juez, debiendo por ello los Consultores Técnico-Médicos de las partes, extremar su ciencia y análisis ponderado, para oponerse y poder frustrar la fuerza convictiva para el Juez que tiene un Informe Médico Pericial.

En el área de la administración de Justicia en los Fueros Penales habitualmente los Jueces designan para las pericias médicas al Cuerpo Médico Forense, el cual integra la estructura del Poder Judicial. Fue creado precisamente para cumplir la tarea profesional médica de asistencia a la Justicia Penal. Quienes deseen actuar como Consultores Técnico-Médicos de parte en el ámbito Nacional, deben cumplir con los requisitos de la especialidad e inscribirse ante los Fueros Penales pertinentes, por disposición del Código de Procedimientos en lo Penal de la Nación.

Hasta los hechos que reseñaremos acaecidos a partir del año 2001, la AMA de por sí prestó su apoyo y participación con las actividades de la Justicia Nacional, de las Provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de la respuesta sustanciada a los oficios diligenciados durante el trámite de las causas, y además, simultáneamente con la colaboración científica que le era requerida. Un gran número de veces lo hace con la participación de las Sociedades, Asociaciones y Comités que la integran.

Actualidad de la intervención de la AMA en las actividades periciales

1. El contralor de Títulos y Especialidades Médicas a través de la Inscripción y Registro Anual de Peritos para la Justicia.^{3-5,9}

En el año 2001 uno de nosotros, Juan Carlos García, que en ese tiempo se desempeñaba como

Figura 1. Acto de entrega de los datos de la Primera Inscripción y Registro Anual de los Peritos Médicos efectuada por la AMA a la Dirección General Pericial. Noviembre 2002.



De izquierda a derecha, Dres Hernán Gutiérrez Zaldivar, Armando Maccagno, Elías Hurtado Hoyo y Juan Carlos García.

Director General Pericial (DGP) de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN), se interesó, por sugerencia del Bioquímico Dr Oscar Locani, y presentó un proyecto a la AMA para procurar que la Inscripción de los **Peritos Médicos** que actuarían ante las ocho jurisdicciones de la Justicia Nacional dentro del ámbito de la Capital Federal, pudiese ser realizada en forma unificada dentro de la Sede de la AMA y bajo la supervisión de sus agentes, quienes verificarían los originales de los Títulos de Médicos y de las Especialidades Médicas Periciales.

No era este un proyecto menor, habida cuenta de que, hasta entonces, la verificación se hacía ante el personal administrativo de cada uno de los ocho Fueros Nacionales (civil, penal económico, comercial, laboral, contencioso administrativo, seguridad social, civil y comercial, y criminal y correccional) actuantes en la Capital Federal, quienes en razón de sus tareas auxiliares dentro de la órbita del Poder Judicial, no contaban necesariamente con la capacitación específica que les permitiera deslindar la procedencia o improcedencia de los títulos y certificados presentados como tampoco de las especialidades periciales específicas, lo cual implicó que se asentasen en un año, según lo informado por la DGPCSN, cerca de 8.000 inscripciones de médicos que, sumado al registro de especialidades, se concretasen alrededor de 28.000 registros entre médicos y especialidades profesionales, con la consiguiente dificultad para los Peritos de obtener designaciones para actuar como tales a través de los sorteos que en cada caso se hacen en los Tribunales, unido a ello a que en muchas oportunidades se designasen como Peritos a médicos que no contaban en su currícula con la especialidad requerida.

De tal suerte la AMA, bajo las directivas, orientación y supervisión de la DGPCSJN redactó una presentación al Superior Tribunal, donde además de reseñar su prolongada historia y su proficua labor en todas las áreas de la docencia e investigación médica, propuso realizar sin costo alguno para la Justicia un trabajo de verificación de la documentación idónea habilitante para las diversas especialidades. Respecto de este último aspecto, se aceptó tomar como base para la Clasificación de Especialidades Médicas, dada la vasta experiencia que se había obtenido con el **Programa de Recertificación de la AMA (CRAMA, 1994)**,^{8,12,15} las reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación. Se sugirió, además, a las diferentes Superintendencias de las ocho Cámaras de Apelaciones, que en caso de querer adicionar algunas especialidades que considerasen necesarias para el fuero y que no estuviesen contempladas en esa Clasificación, también la AMA se encargaría de adoptar su inclusión. Esto no es un hecho menor si se toman en cuenta las distintas oportunidades y las horas invertidas en las que, junto a otras organizaciones nacionales, se trató de hacer un listado único de especialidades dada la dispersión existente (asistencial, universitaria, judicial y otras). En estos diez años la Justicia nunca solicitó la incorporación de otra especialidad médica.

Habiendo sido aceptado el proyecto de verificación e inscripción propuesto por la AMA, el Superior Tribunal con fecha 23 de abril del 2002, mediante **Resolución CSJN N° 669/2002**, designó a nuestra Asociación como agente único inscriptor y registrador anual de Peritos Médicos para actuar ante la Justicia Nacional y Federal dentro de la órbita de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para cumplir con tal cometido y actividades ulteriores atinentes a la Comisión Directiva, creó simultáneamente un grupo especial de trabajo dentro de la órbita de la AMA, el **Comité de Peritos Médicos (COPEME-AMA)** (www.ama-med.org.ar) que abastecería las evoluciones de las tareas encomendadas y proveería, desde entonces y hasta la actualidad inclusive, la docencia médico-pericial, a través del Curso Anual de Responsabilidad Médico-Legal y Actividades Periciales que se dicta dentro de la órbi-

ta y bajo la supervisión de la **Escuela de Graduados de la AMA (EGAMA, 1977)**. La Comisión Directiva designó como Presidente del mismo al Dr Hernán Gutiérrez Zaldivar, como Vicepresidente al Dr Miguel Vizakis, y como Secretario administrativo al Sr Rolando Michel. Para su desarrollo se establecieron cuatro SubComités: de Inscripción y Registro, de Educación, de Informática, y de Normatización. Se designó, asimismo, un Consejo Asesor integrado por los Dres Armando Macagno *, Eduardo A Zancoli, Vicente Gutiérrez Maxwell, Víctor L Poggi, Juan Carlos García, Antonio Bruno, Miguel Falasco, y Elías Hurtado Hoyo. Se llevó a cabo la primera inscripción de Peritos durante el mes de octubre del año 2002 en la sede de la AMA. Los interesados en inscribirse por primera vez en la AMA deben exhibir los Títulos de Médico y de las Especialidades originales para su cotejo y control de veracidad. Pueden inscribirse simultáneamente para actuar ante uno o más fueros de la Justicia Nacional. Los solicitantes deben pagar en el Banco Ciudad de Buenos Aires, en la Agencia ubicada en la Planta Baja central del edificio de Tribunales, calle Talcahuano 550, un arancel que se registra en las boletas que allí se les entrega y cuyo importe está destinado a la cuenta de la Justicia Nacional. Insistimos que la AMA no percibe ingreso alguno por su cometido inscriptorio, pero requiere la exhibición del comprobante de pago antedicho.

Hasta ese momento los médicos debían concurrir a cada uno de los fueros para inscribirse, es decir, de uno a ocho lugares distintos donde estaban las Superintendencias inscriptoras según su interés. Eso demandaba desplazarse de un lugar a otro con la consiguiente pérdida de tiempo y costos. A partir de octubre del año 2002 se pudieron inscribir en la AMA simultáneamente en uno o más fueros en un solo lugar y en el mismo momento. Para concretar la primera inscripción se necesitó entre siete y diez minutos por Perito, merced a la planilla especial que se implementó en la AMA y la condigna apertura de legajos para cada inscripto. Las posteriores se fueron simplificando porque quedaban asentadas en un Registro de la AMA los Títulos y Certificados aceptados.

Cuadro 1. Registro e Inscripción Anual de Peritos Médicos para actuar ante las 8 Cámaras Nacionales de Apelaciones. Efectuada por la Asociación Médica Argentina. Período 2002 – 2011.

AÑO	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Inscriptos	1.057	1.074	1.037	1.037	956	905	849	842	801	810
Nuevos Peritos		232	62	48	46	82	72	94	90	95
Registros	12.292	13.859	13.189	13.189	10.972	9.263	8.793	7.874	6.730	6.274
Personal	6	4	4	4	2	2	2	2	2	2
Tiempo	8' a 10'	5' a 7'	3' a 5'	3' a 5'	3' a 5'	3' a 5'	3' a 5'	3' a 5'	2' a 3'	2' a 3'

Los Peritos Médicos o Consultores Técnico-Médicos que se inscriben ante la Justicia Penal, deben además entregar un Certificado de Antecedentes que se expide en la Dirección Nacional de Reincidencia sito en la calle Tucumán 1.353 de la Capital Federal dentro del horario de 7.30 a 13.30 hs, el cual se entrega en tres días y tiene vigencia por tres años. También en el momento de la inscripción deben suscribir el Acta Compromiso que se les presenta.

Pese a lo novedoso que representaba para los agentes empleados de la AMA la actividad inscriptora de Peritos Médicos Judiciales, la tarea se llevó a cabo adecuadamente, encontrándose además presentes durante todo el horario de inscripción entre las 8 y las 13,30 hs, profesionales médicos socios de la AMA con experiencia en la Justicia, como, entre otros, los Dres Nora Iraola, Pedro Gómez, Miguel Vizakis, Luis Fodaro y Juan C Nassif, que colaboraron desinteresadamente respondiendo a las consultas técnicas o requerimientos de sus pares que concurrían a inscribirse. En esa primera actuación al efecto, se inscribieron 1.057 médicos que computaron para todos los diferentes Fueros un total de 12.292 Registros de Especialidades. Actuaron para ello seis agentes de la AMA. En los primeros días de noviembre, terminada la Inscripción, se entregan a la DGPCSN los datos registrados electrónicamente.

A partir de la inscripción del mes de octubre del año 2005 se les solicitó a los Peritos el optar para que sus datos personales y profesionales fuesen difundidos a requerimiento de personas públicas o privadas que necesitasen de sus servicios. Aproximadamente el 97% de los profesionales optaron afirmativamente por esta posibilidad. En el año 2010, a petición y como requisito obligatorio para la inscripción de los Peritos Médicos en el Fuero Nacional en lo Civil, se agregaron a la base de datos los correos electrónicos de los profesionales médicos.

En la última actuación realizada en el mes de octubre del año 2011 se inscribieron o reinscribieron para actuar durante el año 2012 ante la Justicia Nacional, 810 profesionales médicos que representaron 6.274 registros de especialidades en relación con el total de los fueros en los cuales se asentaron

para actuar como Peritos. En esta oportunidad la cantidad de personal de la AMA afectado a la tarea de contralor de reingresos o ingresos para el cometido fue de dos personas, y el tiempo estimado de atención por Perito fue de dos a tres minutos para las reinscripciones y de cinco minutos para inscripciones nuevas. En el Cuadro N° 1 se resume lo actuado en estos 10 años de haber instalado este sistema de Inscripción y Registro.

2. Inscripción y Registro Anual de Peritos Médicos para actuar ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

La CSJN en sus más de 140 años de existencia nunca había establecido un Registro de Peritos Médicos y Especialistas Médicos para actuar específicamente ante el Supremo Tribunal de Justicia, designando durante su existencia y cuando ello fue así requerido, los Peritos Médicos registrados en los Fueros Judiciales Nacionales. Fue por ello que la AMA recibió como particular honor y deferencia al cometido de nuestra entidad, que la CSJN mediante **Acordada 22/2006**, de fecha 13 de junio del año 2006, reglamentada mediante la **Resolución CSJN 1470/2006** del 26 de septiembre del año 2006, resolviera la designación oportuna para que la AMA inscribiese y registrase anualmente a los profesionales médicos especialistas que requiriesen actuar y ser designados para ello ante dicho Superior Tribunal, a partir del mes de noviembre del año 2006. En atención a la magnitud de la tarea de atender a los profesionales médicos que desearan inscribirse, se le pidieron a los solicitantes inscribientes algunos requisitos diferenciales en relación con quienes se hubiesen inscripto como Peritos Médicos para actuar ante la Justicia Nacional en sus ocho Fueros. Ellas fueron: a) el título de especialista en Medicina Legal, Legista, con independencia de las demás Especialidades Médicas; b) obtener y aportar el Certificado de Ética Profesional expedido por el Ministerio de Salud de la Nación; y c) un resumen de las actividades curriculares médicas y especialidades durante los últimos diez años, a presentarse en soporte papel.

Cuadro 2. Registro e Inscripción Anual de Peritos Médicos para asesorar en forma directa a la Corte Suprema de Justicia de la Nación, efectuada por la Asociación Médica Argentina. Período 2006 – 2011.

AÑO	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Inscriptos	45	27	11	3	10	5
Registros	116	71	27	10	25	15
Personal	1	1	1	1	1	1
Tiempo	3' a 5'	3' a 5'	3' a 5'	3' a 5'	2' a 3'	2' a 3'

Habiéndose producido durante el mes de noviembre del año 2006 en el domicilio de la AMA, con la atención de un agente de la AMA (RM) la inscripción de los médicos especialistas que así lo requirieron y cumplieron los requisitos para actuar ante las CSJN, se inscribieron un total de **45** médicos que registraron un total de **116** especialidades médicas. En el Cuadro N°2 se presentan los datos de los cinco años de Inscripción y Registro Anual para asesorar a la CSJN. Se observa una franca disminución de interesados en ejercer esta responsabilidad.

Permanentemente se reciben en el COPEME-AMA las consultas de diferentes Tribunales y de abogados solicitando información sobre Peritos y especialidades periciales, que merced a los Registros y Legajos instrumentados y existentes en la AMA, permiten satisfacer en muy breve tiempo, cuando no inmediatamente, dichos requerimientos. Inclusive se ha recibido desde la Ciudad de México y desde el interior del país, solicitudes acerca del modo para generar un adecuado sistema para la inscripción de Peritos.

La AMA desde sus orígenes se ha volcado a cumplir su tránsito hacia la comunidad médica principalmente a través de la docencia, y procurando a la vez dar un permanente soporte a los profesionales de la salud, relacionándolos con la sociedad a través de diferentes acciones y manifestaciones que ocasionaron entre otros reconocimientos que la Cámara de Diputados de la Nación declarase los objetivos de la AMA de **Interés Legislativo (2000)**. En la presente reseña hemos intentado mostrar también cómo la presencia de la AMA no se agota en sus objetivos estatutarios, sino que procura colaborar también con el Poder Judicial en una oferta de servicios franca, capacitada y sin intereses mezquinos, complaciéndonos en formar parte y coadyuvar con todos y cada uno de los fines de la AMA que le dieron su origen y una continuidad inusual a través del tiempo.

Comentarios

La Inscripción y Registro Anual de Peritos Médicos ante los ocho Fueros Federales (2002) y para asesorar a la CSJN (2006) es un hecho de alta responsabilidad, y un gran honor para nuestra Institución, entendiendo que se lo ha sabido ganar a través de su trayectoria.

Esta decisión de la Corte es de trascendencia para la actividad asistencial de los médicos, para el funcionamiento de la Justicia, y, por lo tanto, para el país.

En la actualidad, la base de datos de profesionales que han pasado por la Institución para realizar esta inscripción asciende a 1.980 médicos.

De los profesionales inscriptos, prevalecen aquellos que poseen las especialidades de Medicina Legal, Psiquiatría y, Ortopedia y Traumatología.

En su mayoría los profesionales poseen hasta dos especialidades médicas, y en menor medida, de tres a cinco especialidades.

Surge de la estadística que a similar cantidad de

inscriptos, en los últimos años, se redujeron la cantidad de registros. Esta situación puede corresponder a dos razones: por un lado, la selección de los Fueros en los cuales se inscriben, y por otra parte, a la reducción de especialidades con las cuales desean peritar para la Justicia Nacional.

Se observa una franca disminución de interesados para asesorar en forma directa a la CSJN.

El perfil del Perito Médico debe garantizar experiencia asistencial y manutención actualizada de los conocimientos.

Por último, entendemos que también debería introducirse la exigencia de la Recertificación (CRAMA), en especial para los Peritos Médicos que actúan para asesorar a la CSJN.

Bibliografía

1. Bidart Campos G; Macagno A; Hurtado Hoyo E y otros: "Responsabilidad legal del médico". Bibl Digit Asoc Méd Argent. Buenos Aires. 1996. Multimedia Cd Rom.
2. Garay OE: "Tratado de la Responsabilidad Civil en las Especialidades Médicas". Tomo II. XXXIV: Ed Errepar. Buenos Aires. 2009. 1191-1206.
3. García JC; Gutiérrez Zaldivar H y Michel R: "La Asociación Médica y su aporte a la Justicia Argentina: El contralor de Títulos y Especialidades Médicas, a través de la Inscripción y Registro de Peritos para la Justicia". Rev Asoc Med Argent 2011;124:30-32.
4. Gutiérrez Zaldivar H e Iraola LN: "La importancia de los Peritos Médicos como Auxiliares de la Justicia. Sus funciones y responsabilidades". Rev Asoc Méd Argent 2002;111:39-42.
5. Gutiérrez Zaldivar H: "Inscripción de Peritos Médicos para actuar en la Justicia Nacional". Consultor de la Salud 2005;372 (Suppl AMA):1-2.
6. Hurtado Hoyo E: "Responsabilidad Legal del Jefe del Equipo Quirúrgico". Rev Asoc Méd Argent 1994;107:25-27.
7. Hurtado Hoyo E: "El Síndrome Clínico Judicial". Editorial Rev Asoc Méd Argent 1995;108:3-6; y Reeditado en: Rev Linfología 1995;1:4; La Prensa Méd Argent 1995; Rev Coleg Méd de Santa Fe 1999; 90; Rev Flebología 1996;2:4; Rev Coleg Méd Gastroenter 1996;1:6; Rev Conciencia. Bahía Blanca 1997;13:165; Bolet Coleg Méd Tucumán 1997; Rev Coleg Méd de Chile. Concepción 1998;8:18, y otros.
8. Hurtado Hoyo E: "Programa de Recertificación de la AMA". Editorial Rev Asoc Méd Argent 2002;114:3-5.
9. Hurtado Hoyo E: "Peritos Médicos". Editorial. Rev Asoc Méd Argent 2002;115:2:3-5.
10. Hurtado Hoyo E: "La Asociación Médica Argentina del ayer al mañana". Rev Asoc Méd Argent 2004;117(1):7-16.
11. Hurtado Hoyo E: "Ética y Realidad en Salud". Rev Asoc Méd Argent 2004;117(3):23-32.
12. Hurtado Hoyo E; Galmés MA: "Colegio Médico". Editorial. Rev Asoc Méd Argent 2006;119(1):3-6.
13. Hurtado Hoyo E; Gutiérrez Zaldivar H; Iraola N; Rodríguez de Salvi AL: "El Síndrome Clínico Judicial". Rev Asoc Méd Argent 2006;119 (4):8-16.
14. Hurtado Hoyo E; Dolcini H; Yan;enson J y col: "Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina". EDIAMA, 2º Edición. Buenos Aires. 2011. Traducido al griego, inglés, francés, portugués, ruso, árabe, hebreo, italiano, japonés, alemán y checo. www.ama-med.org.ar
15. Martínez Marull A: "Responsabilidad Ética y Jurídica de las Instituciones Médicas". Relato. 62º Cong Argent Cirug. Revista Argentina Cirugía (Núm Extraord) 1988;61-101.

Metástasis de carcinoma de esófago en falange. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Dres Gonzalo Ruben Di Mario,¹ Irma Martínez Lazzarini,² Roberto Loiacono,³ Guillermo Darsy,³ Ana Airoidi,³ Mónica Carassai,⁴ María Virginia Caronia⁵

¹ Médico Oncólogo – Ex-Concurrente Servicio de Oncología; ² Médica Oncóloga – Jefa del Servicio de Oncología;

³ Médicos Oncólogos del Servicio de Oncología; ⁴ Médica Patóloga del Servicio de Patología; ⁵ Médica Residente del Servicio de Patología.

Hospital General de Agudos Dr Ignacio Pirovano, Av Monroe 3555. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Las metástasis acrales en huesos o partes blandas de manos o pies son localizaciones poco comunes de la diseminación a distancia de una enfermedad oncológica. El propósito de este trabajo es presentar el caso de un paciente con cáncer de esófago con metástasis acral en mano izquierda y una revisión de trabajos acerca de esta rara entidad.

Metastatic carcinoma of the esophagus in phalanx. A case report and review of the literature

Summary

Acral metastases in bone or soft parts of the hands or feet are rare entities of distant dissemination of an oncological disease. The purpose of this paper work is to present a patient case with esophageal cancer with metastases acral in his left hand and to review the literature about the pathology.

Presentación del caso clínico

Un paciente de 52 años oriundo del Paraguay se presenta a la consulta con biopsia de tercio superior de esófago, con diagnóstico de **carcinoma escamoso semidiferenciado infiltrante**. Evaluado por el servicio de cirugía, es derivado a nuestro servicio para realizar tratamiento neoadyuvante.

Se solicitan estudios para estadificación del paciente, no hallándose enfermedad a distancia en los mismos, por lo cual se indica iniciar tratamiento de quimio-radioterapia concurrente, comenzando el mismo en noviembre de 2006.

Durante el tratamiento sufre como intercorrerencia episodio de hemorragia digestiva alta (HDA), secun-

daria a patología de base. Una vez estabilizado y compensado de la misma, el paciente abandona el tratamiento y regresa a Paraguay, donde vuelve a presentar nuevos episodios de HDA reiterados, motivo por el cual sus familiares deciden traerlo nuevamente a este nosocomio de la ciudad de Buenos Aires.

Al arribar al hospital, el paciente se encuentra hemodinámicamente descompensado y con hematocrito de 9%, luego de múltiples episodios de HDA durante el viaje desde Paraguay. Se compensa él mismo, queda internado en Sala de Cirugía, y se indica inicio de tratamiento radiante hemostático paliativo, en diciembre de 2006, motivo por el cual es derivado a otro nosocomio, dado que el hospital no cuenta con dicho servicio.

En marzo de 2007 concurre un familiar del paciente informando que el mismo presentaba dolor en el dedo índice de mano izquierda, había recibido tratamiento antimicótico oral en otra institución y se encontraba actualmente con tratamiento analgésico.

Al evaluar al mismo se constata tumoración de dedo índice izquierdo, con transformación completa de falange distal (Figuras 1).

Figura 1.



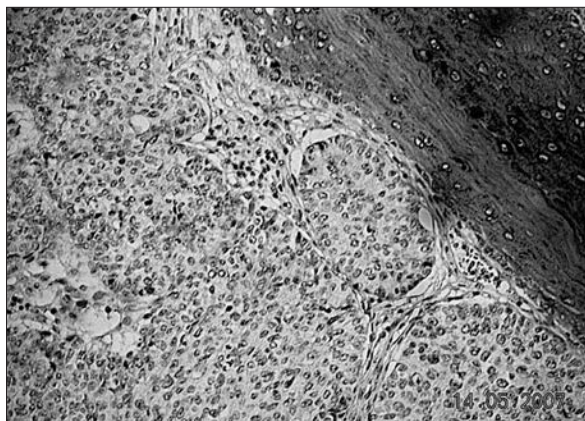
Correspondencia: Dr Gonzalo Ruben Di Mario

E-mail: gondm@yahoo.com

MRdbP D



MRdbPc G



Durante la internación sufre episodio de disnea grado IV. Se realiza radiografía de tórax que evidencia múltiples imágenes pulmonares metastásicas en suelta de globos, por lo que es derivado a la Unidad de Terapia Intensiva y fallece el día 12 de abril de 2007.

Previo a tratamiento definitivo, se realizó centellograma óseo (Figura 2) y angioresonancia magnética nuclear de mano izquierda.

Se realiza amputación paliativa del dedo índice y se envía el mismo al servicio de Anatomía Patológica para estudio diferido, con diagnóstico de **o e u no ne mu e o ne i e ey uno** (Figuras 3).

MRdbPc G



do u u no ye yuo e e

Las metástasis en huesos de las manos y pies son raras entidades oncológicas, y la incidencia es de 0,25-0,6% en tumores que presentan diseminación ósea. Las metástasis en partes blandas son aún más raras, con pocos casos descriptos, y las mismas suelen presentarse como lesiones nodulares dolorosas que luego se ulceran. Ambas presentaciones son comúnmente manifestaciones de diseminación generalizada de la enfermedad con muy mal pronóstico, siendo el tiempo de vida promedio menor al año.¹⁻⁷

Es más frecuente esta manifestación de origen escamoso, siendo excepcional el origen no escamoso. Entre las neoplasias más frecuentes que pueden presentar esta diseminación se encuentran el cáncer de pulmón, el cáncer de riñón, el cáncer de mama y el cáncer colorrectal.

En dos estudios retrospectivos de Lookingbill se estudiaron 7.316 y 4.020 casos de metástasis cutáneas respectivamente. Solo 4 de los mismos estuvieron relacionados con tumores de la vía digestiva alta, aunque durante la revisión bibliográfica realizada para este reporte se encontraron tres trabajos donde el esófago fue el sitio primario tumoral.⁵⁻⁷

Es importante reconocer que la metástasis se puede presentar como la primera manifestación de una patología oculta, y que son lesiones confusoras de diagnóstico (por ejemplo, de proceso inflamatorio infeccioso), lo que lleva a la demora del diagnóstico y tratamiento.¹

En estos casos la amputación quirúrgica suele ser la mejor opción de tratamiento paliativo, y en ocasiones, la radioterapia puede ser efectiva.^{1,2,4}

Sú y r e p e

1. Comolli R y Col. Acrometástasis en tejidos blandos de la mano: Una forma de manifestación infrecuente del cáncer de pulmón: Revisión de la literatura. Revista del Hospital J M Ramos Mejía Edición Electrónica, Vol 10, Nro 1, 2005.
2. Aguiar Bufanda D y Col. Some unusual paraneoplastic syndromes: Case 1. Metastatic squamous cell esophageal cancer to the thumb. Journal of Clinical Oncology, Vol 21, No 13 (July 1), 2003: pp 2620-2625.
3. Healey J. Acrometastases. A study of twenty nine patients with osseous involvement of hands and feet. J Bone Joint Surg Am. 1986;68:743-746.
4. Janne PA, Datta MW, Johnson BE: Lung cancer presenting with solitary bone metastases. Case 2: Acrometastasis as an initial presentation of non-small-cell lung carcinoma. J Clin Oncol 1999;17:2998-3001.
5. Silfen R, Amir A, Tobar A, Hauben DJ. The digital pulp as a presenting site of metastatic esophageal carcinoma. Ann Plast Surg 2001;46:183-184.
6. Seyed-Reza M, Afshin G, Aram T. Metastasis of esophageal cancer to finger. Archives of Iranian Medicine. Vol 8, No 4, October 2005.
7. Iwanski G, Block A, Keller G, Muench J, Claus S, Fiedler W, Bokemeyer C. Esophageal squamous cell carcinoma presenting with extensive skin lesions: a case report. Journal of Medical Case Reports 2008;2:115.

Lupus eritematoso sistémico ampollar. Presentación de un caso pediátrico

Dres Salomé Santarcángelo,¹ Daniel Navacchia,² Gabriel Cao,³ Lidia Ester Valle⁴

¹ Profesora Adjunta Departamento de Pediatría. Jefa División Clínica Pediátrica; ² Médica Oncóloga – Jefa del Servicio de Oncología Médico Patólogo. Jefe Departamento Servicios Centrales Diagnóstico y Tratamiento; ³ Médicos Oncólogos del Servicio de Oncología Médico Patólogo. Médico de Planta División Patología; ⁴ Profesora Universitaria en Medicina. Presidente Comité Dermatología y Sub Comité Dermatología Pediátrica AMA. Jefa Unidad Dermatología Pediátrica (1994-2010).

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

Resumen

El lupus eritematoso sistémico ampollar es una rara enfermedad subepidérmica mediada por autoanticuerpos que ocurre en el lupus eritematoso sistémico. Presentamos una paciente de 14 años de edad con lesiones ampollares distribuidas en cuero cabelludo, axilas, región abdominal, genital, dedos de manos y dorso de pies, con afectación de mucosa oral. Fue medicada con corticoides vía oral, hidroxiclороquina y daminodifenil-sulfona con una rápida y adecuada respuesta.

Palabras claves. Lupus eritematoso sistémico ampollar, infancia.

Bullous lupus erythematosus. Pediatric case report

Summary

Bullous systemic lupus erythematosus is a rare autoantibody-mediated subepidermal disease that occurs in lupus erythematosus. We present a 14 year old girl with blisters distributed on the scalp, axillae, abdominal area, genitals, fingers and dorsum of feet, with involvement of oral mucosa. She was medicated with oral corticosteroids, hydroxychloroquine and daminodifenilsulfona with rapid and appropriate response.

Key words. Bullous systemic lupus erythematosus, childhood.

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad con un amplio espectro de manifestaciones sistémicas. Se expresa como una entidad inflamatoria crónica, multiorgánica, con afectación habitual en piel, sangre, riñones y articulaciones. Los síntomas hallados en forma más frecuente son: fiebre mayor a 38° C (en el 95% de los casos), artralgias (90%), astenia (81%), erupciones en piel (74%), anemia (50%), afección renal (50%), pérdida de peso, fatiga. Otros síntomas presentes en menor porcentaje son: pleuritis, fotosensibilidad, alopecia difusa no cicatrizal, alteraciones de la coagulación, síndrome de Raynaud (se observa en el 15% de los pacientes), manifestaciones neurológicas o psiquiátricas y trastornos vasculíticos.¹ El lupus eritematoso sistémico ampollar (LESA) es una forma específica de afección cutánea, de escasa frecuencia en la infancia.² Tiene características clínicas, histológicas, inmunopatológicas y de microscopía electrónica que lo hacen un subtipo distinto del LES; la mayoría se asocia a formas subagudas de LES.³ El motivo de la presentación es reportar el caso de una paciente de 14 años de edad con manifestaciones ampollares de LES y repercusión orgánica escasa al momento de la evaluación.

Caso clínico

Paciente de 14 años, de nacionalidad paraguaya, con residencia actual en una localidad del conurbano bonaerense, que es hospitalizada por presentar lesiones ampollares generalizadas y adenomegalias múltiples.

Como antecedentes personales el cuadro clínico había comenzado un año antes del ingreso hospitalario presentando enfermedad ampollar y serositis pleuropéricárdica (diagnóstico por imagen ecográfica con examen bacteriológico negativo de líquido de punción pleural). La paciente además refería fotosensibilidad.

Fue medicada con corticoides, hidroxiclороquina

Correspondencia: Dra Lidia Ester Valle

Av Rivadavia 3740 – 1° Piso. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Celular: 011 155 013 2321

E-mail: lidiavalle@hotmail.com

E a
 E
 u a E r I
 r ge au s rfd r m(a á r els r
 eil s á roo au aó E T
 a E T
 E E T
 E E T
 a E T
 a E T
 E E T
 ó a E E T
 u E E T
 E a s
 : A: e f A
 u E T
 a s :í K
 ó s u s T
 : s E A
 - 6% 8% m f C C
 I C



- 6% (% n C s I
 y Ii C I



a d s nt m ius y rns nt f pu
 E @M VOZHI H, ; 42 l a f d c ' : d h o l f f i m a
 T ARUNVMUHI, @I 2 e d d c a r g f (a u I T
 a
 T 9DE2 e e d a f r o o a
 CZVbMUHa bVtSM2 o l l e s: A u r g l f m c s
 u e T r d f g c s u f T r d f p d
 T c s: A n x e T r d f c a x f T
 r d f d c a T r g l d c
 r : A
 A : c U J R V M a P M g b J H f Z M H S 2 a
 T C M N S b R Z V L M / 2 a
 3 U b J c M Z W a H U b R O S R H L R U H) M U L V T R a R V) b Z H U a O S c b H)
 T R U H a H 2 a
 C 9 d c L R V a M V S J O J V 2 a ó x a á a T
 D a a a a x a a x a
 @452 a
 CC72 a
 9 d c L R V R U T c U V S J O J V 2 u r C e c m i d s u
 í u r E : u A C s u : x A C s r E r E u á u
 r t f d s u á u r t f d s x f r t
 f d s x f r t f d s á g r n d E c : T
 A

eus uo fnf f p r i u s y f l f E e a c L

5 c M S V 2

E

E

a

Fj Z H e 2

E

au

a

3 I L V T M J 2

a

T

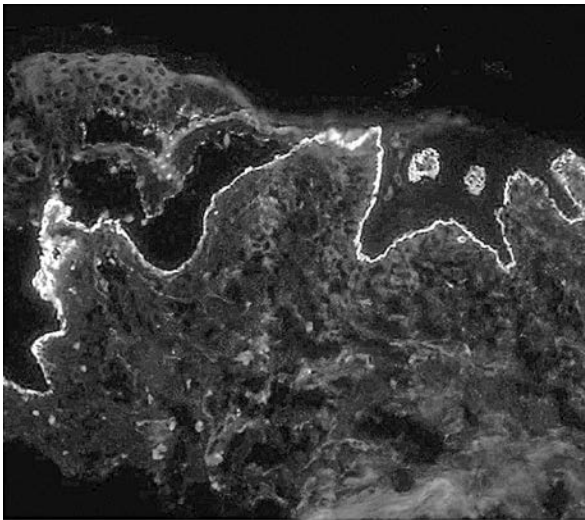
u

u

E a e f l E

f f d e f c g l

ó u
fl l d c s
E
α⁹El
fd c s l d c s l c c E T
a
- 6% , %
I
Ct rgt í gnu



2w bs r v
ó ó u
ó
E
í
a
a
:
A
ó u
T
ó a

T 1 rasrwl Pe P
T ea óa í a ó a
T u ó a ó í a x u a
fax E E x a
a u í
eppl ægeni o l fa
ga uE E a T
r
a á
fddpæmi Agl f l gnda
i a E í a óa
á í epof s o r f d n f e o a
l a E x E ax r T
a í
f dedsf n : i Agng l gnu
na T E ó E ó í ax a
r
á fddgsnf : e Age l gna
na á á E x a T
a fddesemol l p e a
oa E á E a
a í eppl æf : f Aego l e i a í r
edæeeec ael fl l e i ndæppl a ddei da a : f d d i c e f A
pa uEu E ax
a ax
í eppl ægf r p f e l p f o a
edaá á E a
r
a u u í epogsp : n p f i l p gga
eea E a T
au í fddos : e A f g l a
efa a
aí fddes l : e A i d l i a
ega E u a
a í
T fddos p : g A e g d l e gga
ei a u a T
T fddns l f d a í redæe on e l i n l d p n l f d a
el a E E ax T
ó a í fddl s g f : e f A e d f e l d f n a

Rectores de la Universidad de Buenos Aires

Dres Alfredo Buzzi y Federico Pégola

Buenos Aires, Ediciones Médicas del Sur, 2011, 149 p.

Comentario: Dra Norma Isabel Sánchez

Departamento de Humanidades Médicas; Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina; FM/UBA.

Los autores nos brindan, una vez más, un libro que -estimamos- resultará de frecuente y rápida consulta, pues en él referencian, brevemente, a quienes han tenido a su cargo la conducción de la Universidad de Buenos Aires desde su creación hasta la actualidad.

Se inicia, es obvio, con una Introducción que presenta tres figuras claves para que se hiciera efectiva tal instalación: Antonio Sáenz, Bernardino Rivadavia y Martín Rodríguez. De inmediato, aluden a la puesta en marcha de la casa de altos estudios (por un decreto del 12 de agosto de 1821), del Departamento de Medicina (decreto del 8 de febrero de 1822) y la Academia Nacional de Medicina (decreto del 9 de abril de 1822), donde se dio la particularidad de un no-médico nombrado Académico de Número y Presidente de Honor (Rivadavia).

Los estudios superiores se organizaron con cinco departamentos (Ciencias Sagradas, Jurisprudencia, Medicina, Matemáticas y Ciencias Preparatorias).

A continuación, a modo de un diccionario de 74 entradas, en la mayoría con referencias bibliográficas mínimas, se presentan los cinco primeros rectores religiosos (en gran semejanza con lo que había acontecido con la casa de Córdoba): Antonio M N Sáenz, "su fundador" (1821-1825), José Valentín Gómez (1826-1830), Santiago M Figueredo (1830-1832), José P Gari (1832-1849) y Miguel García (1849-1852). A tono con los tiempos, los hubo rivadavianos y rosistas. Después de Caseros, todos serán civiles.

El nuevo ciclo se inicia con los abogados: José Barros Pazos (1852-1857) y Antonio Cruz Obligado (1857-1861). Es la época del territorio secesionado. Tras la unificación, Juan M Gutiérrez (1861-1874), acompañará con su gestión a los dos primeros Presidentes de la Nación Argentina (Mitre y Sarmiento). Viene el turno de Vicente Fidel López y de (un futuro primer mandatario) Manuel Quintana (1877-1881). Llegó Nicolás Avellaneda, quien asumió este cargo al terminar su mandato como responsable máximo del Ejecutivo Nacional y fue autor de una ley ad hoc. Le sucedió Leopoldo Basavilbaso, sobre el que aclaran los autores: "se mantuvo más tiempo en el cargo" (21 años: 1885-1906).

Le llegó la hora a los médicos: Eufemio Uballes y José Arce. Durante la responsabilidad del primero (1906-1917) se habilitaron dos nuevas facultades: la de Agronomía y la Veterinaria más la de Ciencias Económicas. La labor de Arce (período 1922-1926) está claramente señalada en este escrito. Su imagen ilustra la tapa del libro. Posiblemente sus responsables, los dos médicos, sientan por este destacado cirujano un especial aprecio y valoren cuánto hizo por la Facultad de Medicina desde sus diversos cargos públicos, que cubrieron una gran parte de su vida política y académica.

A continuación asumió un sólido autodidacta, sin título universitario, pero fogueado en la conducción de la Facultad de Filosofía y Letras: Ricardo Rojas (1926-1930). Su sucesor, el ingeniero Enrique Butty.

Tres tuvieron un corto mandato, un abogado, un médico y un naturalista: el interventor Benito Nazar Anchorena, Mariano R Castex y Ángel Gallardo. Otra vez un abogado y, con sorpresa, un filósofo: nos referimos a Vicente C Gallo y Coriolano Alberini.

Carlos Saavedra Lamas, hombre del derecho, el primer premio Nobel de la Paz de la Argentina, ocupa el Rectorado entre 1941 y 1943. Después, llegó el turno de un economista (si bien su título era de abogado): Alfredo Labougle.

Los autores destacan la nueva aparición de los rectores interventores o de breves mandatos: Emilio Ravignani, Tomás Casares, David M Arias, Carlos Obligado, Nicolás Matienzo, Carlos P Waldorp, Antonio Benítez, Salvador Oría y Horacio C Rivarola. Luego vinieron nuevos médicos: Oscar Ivanissevich y Fernando M Bustos. Tras ellos asumieron el abogado Agustín Nores Martínez y el ingeniero agrónomo Carlos Emery, hasta el turno del arquitecto Julio V Otaola. Los tres siguientes actuaron durante los años del primer peronismo: Carlos A Bancalari (médico), José Fernández Moreno (abogado) y Jorge Taina (médico).

Una vez más, se sucedieron momentos difíciles en el país. Ernesto Crámer, Ernesto Cholvis y José L Romero se harán cargo, sucesivamente, del Rectorado. Este último era un reconocido historiador, graduado en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La

Correspondencia: Dra Norma Isabel Sánchez

E-mail: akohnlon@fmed.uba.ar

Plata. Vino a continuación José Babini, ingeniero y matemático muy versado en historia de la ciencia e interesado en su amplia difusión. Nuevamente asumió un médico: Alejandro Ceballos.

Aparecen tres figuras sobre las cuales los autores hacen una interpretación positiva: uno, el filósofo Risieri Frondizi (Rector entre 1958 y 1962), hermano del Presidente en ejercicio, Arturo Frondizi. Esta fue una época difícil donde sobresale el debate entre los que sostenían la conveniencia para el país de la enseñanza laica y los que se volcaban por la enseñanza libre. La otra figura es el joven abogado de 33 años, Julio H G Olivera (1962-1965), especializado en asuntos económicos. El tercero, el ingeniero civil Hilario Fernández Long (1965-1966), truncado en sus propósitos ya que se sintió obligado a renunciar tras los trágicos sucesos que condujeron a “la noche de los bastones largos”. Leemos en el texto: “se cerraba, [...] la época de esplendor de la vida universitaria argentina que había nacido pocos años atrás con la elección de Risieri Frondizi. Los sucesivos golpes militares, desacuerdos e intervenciones produjeron el éxodo de docentes e investigadores y sumieron la vida académica [...] en una larga noche”.

Nuevos designados fueron: Luis Botet, Raúl Devoto, Andrés A Santas, Bernabé Quartino, Carlos A Durrieu y el muy apasionado político de izquierda Adolfo Puiggrós. También asumieron Enrique Martínez, Alberto Banfi, Ernesto Villanueva, Vicente Solano Lima, Raúl Federico Laguzzi, Alberto Ottalagano, Eduardo Mangiante, José Alocén, Edmundo E Said, Alberto Costantini, Sol Rabasa, Luis C Cabral, Alberto V Donnes, Lucas Lennon, Alberto Rodríguez Varela y Carlos Segovia Fernández.

Y los últimos en lograr dicho cargo fueron: el economista y sociólogo Francisco Delich (1983-1986), uno de los responsables de la creación del Ciclo Básico Común (CBC), de la apertura de las carreras de Ciencias Políticas y Ciencias de la Comunicación así como también de la Facultad de Psicología; el contador, de largo mandato, Oscar Shuberoff (1986-2002); el médico Guillermo Jaím Etcheverry (2002-2006); hasta el actual, el médico veterinario Rubén E Hallu.

Hasta la fecha, ninguna mujer ha ocupado este cargo.

El libro está en la línea de uno anterior, de los mismos autores: Decanos. Los decanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Bs As, Ediciones Médicas del Sur, 2010, 127 p). Estas compilaciones, que llevan a quienes las confeccionan un largo tiempo de trabajo, son útiles para los historiadores que buscan rápidos y puntuales datos. Aceptamos el valor de los “micro-relatos”: quienes los aprovechan logran -en ocasiones- resultados finales superiores a las partes; pero sin éstas, no se llega a aquéllos.

Dra Norma Isabel Sánchez

*Departamento de Humanidades Médicas;
Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina; FM/UBA.*