

BOLETÍN
DE LA



VOL. 92 (1) – 1er SEM. 2014

Enero-Junio 2014

ISSN 0374-647 X



BOLETÍN DE LA
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
(BUENOS AIRES)

Queda hecho el depósito que prevé la Ley 11.723
Inscripción en el el Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual en trámite
ISSN 0374-647X

La Honorable Academia no se responsabiliza por los
conceptos vertidos por los autores en los
trabajos presentados.

Diseño y corrección: Mariluz Giorgetti

© Copyright 2014
Academia Nacional de Medicina
Fax: +5411 4806-6638
www.acamedbai.org.ar
publicaciones2@anm.edu.ar

Buenos Aires

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA BUENOS AIRES

Fundada el 17 de abril de 1822

Presidente Honorario Perpetuo
BERNARDINO RIVADAVIA

AUTORIDADES

Presidente
Dr. Roberto N. Pradier

Vicepresidente
Dr. Manuel L. Martí

Secretario General
Dr. Antonio R. de los Santos

Secretario de Actas
Dr. Marcelo V. Elizari

Tesorero
Dr. Rómulo L. Cabrini

Protesorera
Dra. Mercedes Weissenbacher



BOLETÍN
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
(Buenos Aires)

Fundado en el año 1823

Director: Dr. Antonio R. de los Santos

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Presidente:	Dr. Román L. Rostagno
Secretario:	Dr. Arturo A. Arrighi (E)
Vocales:	Dr. Marcelo V. Elizari
	Dr. Manuel L. Martí
	Dr. Juan A. M. Mazzei
	Dr. Oscar Morelli
	Dr. Jorge A. Neira
	Dr. Miguel L. Podestá
	Dr. Roberto N. Pradier
	Dr. Abraam Sonis (†)

Volumen 92 (1)
1^{er} Semestre 2014
República Argentina

ÍNDICE

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Autoridades	V
Comisión de Publicaciones	VI
Académicos Titulares	XI
Académicos Eméritos	XI
Secciones de la Academia	XII
Comisiones Internas	XIII
Académicos Honorarios Nacionales.....	XVIII
Académicos Correspondientes Nacionales.....	XVIII
Académicos Honorarios Extranjeros	XIX
Académicos Correspondientes Extranjeros	XIX
Asesores Legales Honorarios	XXI
Asesor de Prensa	XXI
Presidentes de la Academia Nacional de Medicina (1822-2014).....	XXII

RENOVACIÓN DE AUTORIDADES

Palabras del Sr. Presidente, Acad. José A. Navia	27
Palabras del Sr. Presidente entrante, Acad. Roberto N. Pradier	33

INCORPORACIONES

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR DR. EDUARDO DE SANTIBAÑES

Palabras de apertura por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto N. Pradier	43
Discurso de recepción por el Acad. Vicente Gutiérrez	45

Discurso del Acad. recipiendario, Dr. Eduardo de Santibañes	51
--	----

**INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO
CORRESPONDIENTE
NACIONAL DR. LUIS ALDAY**

Palabras de apertura por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto N. Pradier (Acad. Antonio R. de los Santos en su representación).....	59
--	----

Palabras del Dr. Alfredo Martínez Marull	61
--	----

“Las cardiopatías congénitas del adulto” por el Acad. recipiendario, Dr. Luis Alday	63
--	----

NECROLÓGICA

Académico Dr. Abraam Sonis

Palabras recordatorias por el Sr. Presidente, Acad. Roberto N. Pradier	77
---	----

TRABAJO CIENTÍFICO

“Linfomas cutáneos primarios en la República Argentina” (Dres. Jorge H. Andrade†, Roberto Meiss, Roberto Chuit, Alejandra Abeldaño, coordinadores y profesionales)	81
--	----

TRABAJOS DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA, IMEX

“¿Cómo escapa <i>Mycobacterium tuberculosis</i> a la respuesta inmune? Nuevo mecanismo de evasión: alteraciones en la generación de células presentadoras de antígenos” (Dra. Luciana Balboa).....	91
---	----

“Aportes locales para el tratamiento y control del Síndrome Urémico Hemolítico” (Dra. Marina S. Palermo).....	101
---	-----

ACTIVIDADES ACADÉMICAS

CICLO CIENTÍFICO CULTURAL

“Chopin y la Medicina. Enfermedades del poeta del piano” (Dr. Jorge D. Lemus)	113
--	-----

“Los rasgos de identidad de los argentinos” (Dr. Pedro Luis Barcia)	127
--	-----

Palabras de apertura por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto N. Pradier	128
“Introducción a la Nanotecnología y la Nanomedicina”	145
Palabras de apertura por el Sr. Presidente de la Academia, Acad. Roberto N. Pradier	147
Palabras de presentación por el Acad. Fortunato Benaim	148
“Ingeniería de tejidos y nanotecnología” (Dra. Alicia Lorenti)	149

ACADÉMICOS TITULARES

SITIAL-NOMINACIÓN	ACADÉMICO	ELECTO
1 "FRANCISCO JAVIER MUÑIZ"	MONTES, Leopoldo F.	29-VI-2006
2 "MARTÍN MARCOS TORINO"	LARGUÍA, A. Miguel	30-VI-2005
3 "EDUARDO BRAUN MENÉNDEZ"	PASQUALINI, Christiane D.	27-VI-1991
4 "FRANCISCO C. ARGERICH"	WEISSENBACHER, Mercedes	26-X-2006
5 "BERNARDO A. HOUSSAY"	CHARREAU, Eduardo H.	25-IX-2003
6 "LUIS GÜEMES"	GUTIÉRREZ, Vicente P.	20-X-1994
7 "PEDRO N. ROJAS"	GADOW, Enrique C.	30-VII-1998
8 "JOSÉ PENNA"	MC LEAN, Leonardo	27-VII-2006
9 "CARLOS E. OTTOLENGHI"	ZANCOLLI, Eduardo A.	25-IV-1985
10 "GREGORIO ARÁOZ ALFARO"	MARTINO, Olindo A. L.	25-VII-1991
11 "EDUARDO WILDE"	PRADIER, Roberto N.	28-VIII-2003
12 "GUILLERMO RAWSON"	PÉREZ, Víctor	26-X-2000
13 "JOSÉ M. RAMOS MEJÍA"	BENAIM, Fortunato	29-VIII-1996
14 "ELISEO CANTÓN"	DE SANTIBAÑES, Eduardo	31-X-2013
15 "DOMINGO CABRED"	PODESTÁ, Miguel L.	25-IV-2013
16 "OSVALDO LOUDET"	DE LOS SANTOS, Antonio R.	28-X-2010
17 "MARCIAL I. QUIROGA"	LEIGUARDA, Ramón Carlos	30-V-2002
18 "ALEJANDRO CABANNE"	ROSTAGNO, Román L.	28-XI-2002
19 "MANUEL PORCEL DE PERALTA"	DE NICOLA, Alejandro F.	29-X-2009
20 "MARCELINO HERRERA VEGAS"	ORÍA, Alejandro S.	24-IV-2008
21 "EMILIO ASTOLFI"	RAVIOLI, Julio Alberto	27-IX-2012
22 "ENRIQUE B. DEL CASTILLO"	ELIZARI, Marcelo Víctor	27-XI-2008
23 "RICARDO FINOCHIETTO"	NAVIA, José Antonio	25-IV-2002
24 "MARIANO R. CASTEX"	TEZANOS PINTO, Miguel	29-IX-1983
25 "MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN"	FAHRER, Rodolfo	30-IX-2010
26 "MARCELO VIÑAS"	MARTÍ, Manuel L.	28-VII-2005
27 "LUIS F. LELOIR"	ARANA, Roberto M.	29-IX-1988
28 "ALBERTO PERALTA RAMOS"	DIAMANTE, Vicente G.	27-VI-2013
29 "NERIO ROJAS"	SONIS, Abraam (†)	1-VI-2000
30 "JUAN ANÍBAL DOMÍNGUEZ"	CABRINI, Rómulo L.	1-VI-1989
31 "NORBERTO QUIRNO"	MAZZEI, Juan Antonio M.	25-X-2012
32 "BERNARDINO MARAINI"	MALBRÁN, Enrique S.	25-VI-1981
33 "JUAN CARLOS AHUMADA"	ARRIGHI, Arturo A.	27-VII-2006
34 "ALEJANDRO RAIMONDI"	NEIRA, Jorge Alberto	1-VI-2006
35 "JUAN CARLOS NAVARRO"	MORELLI, Oscar H.	27-VII-1990

ACADÉMICOS EMÉRITOS

Dr. INSUA, Jorge A.

Dr. FONSECA, Rolando G. R.

Dr. BEVERAGGI, Enrique

SECCIONES DE LA ACADEMIA

MEDICINA Y ESPECIALIDADES MÉDICAS

Presidente.....	Dr. Miguel Tezanos Pinto
Secretario	Dr. Oscar H. Morelli
Vocal.....	Dr. Marcelo V. Elizari
Vocal.....	Dr. Rodolfo Fahrer
Vocal.....	Dr. A. Miguel Larguía
Vocal.....	Dr. Ramón C. Leiguarda
Vocal.....	Dr. Manuel L. Martí
Vocal.....	Dr. Olindo A. L. Martino
Vocal.....	Dr. Juan Antonio M. Mazzei
Vocal.....	Dr. Leopoldo F. Montes
Vocal.....	Dr. Jorge A. Neira
Vocal.....	Dr. Víctor Pérez

CIENCIAS BIOLÓGICAS, FÍSICAS, QUÍMICAS Y NATURALES

Presidente.....	Dr. Rómulo L. Cabrini
Secretario	Dr. Roberto M. Arana
Vocal.....	Dr. Eduardo H. Charreau
Vocal.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
Vocal.....	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
Vocal.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

CIRUGÍA, TOCOGINECOLOGÍA Y ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Presidente.....	Dr. Eduardo A. Zancolli
Vocal.....	Dr. Arturo A. Arrighi
Vocal.....	Dr. Fortunato Benaim
Vocal.....	Dr. Vicente P. Gutiérrez
Vocal.....	Dr. Enrique S. Malbrán
Vocal.....	Dr. Leonardo Mc Lean
Vocal.....	Dr. José A. Navia
Vocal.....	Dr. Alejandro S. Oría
Vocal.....	Dr. Miguel L. Podestá
Vocal.....	Dr. Roberto N. Pradier

SALUD PÚBLICA Y CIENCIAS CONEXAS CON LA MEDICINA

Presidente.....	Dr. Abraam Sonis (†)
Secretario	Dr. Enrique C. Gadow
Vocal.....	Dr. Antonio R. de los Santos
Vocal.....	Dr. Julio Alberto Ravioli
Vocal.....	Dr. Román L. Rostagno

COMISIONES INTERNAS

COMISIÓN DE BIBLIOTECA, PUBLICACIONES, HISTORIA DE LA MEDICINA ARGENTINA Y RENICS Y ARCHIVO-MUSEO HISTÓRICO

Presidente.....	Dr. Román L. Rostagno
Secretario	Dr. Arturo A. Arrighi
Vocal	Dr. Marcelo V. Elizari
Vocal.....	Dr. Manuel L. Martí
Vocal.....	Dr. Juan A. Mazzei
Vocal.....	Dr. Oscar H. Morelli
Vocal.....	Dr. Jorge A. Neira
Vocal	Dr. Miguel L. Podestá
Vocal.....	Dr. Roberto N. Pradier
Vocal.....	Dr. Abraam Sonis (†)

COMISIÓN PARA DIFUSIÓN DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS, DE PROGRAMAS CIENTÍFICOS Y DE RELACIONES INTERNACIONALES

Presidente.....	Dr. Fortunato Benaim
Secretario	Dr. Manuel L. Martí
Vocal	Dr. Rómulo L. Cabrini
Vocal.....	Dr. Eduardo H. Charreau
Vocal.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
Vocal	Dr. Rodolfo Fahrer
Vocal	Dr. Ramón C. Leiguarda
Vocal.....	Dr. Enrique S. Malbrán
Vocal.....	Dr. Olindo A. L. Martino
Vocal	Dr. Oscar H. Morelli
Vocal.....	Dr. José Antonio Navia
Vocal.....	Dr. Roberto N. Pradier
Vocal.....	Dr. Román Rostagno
Vocal.....	Dr. Abraam Sonis (†)
Vocal	Dr. Miguel Tezanos Pinto
Vocal.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE PREMIOS

Presidente.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
Secretario	Dr. Ramón C. Leiguarda
Vocal	Dr. Arturo A. Arrighi
Vocal	Dr. Eduardo H. Charreau
Vocal	Dr. Antonio R. de los Santos
Vocal	Dr. Marcelo V. Elizari
Vocal	Dr. Rodolfo Fahrer

Vocal	Dr. Vicente P. Gutiérrez
Vocal	Dr. Leopoldo F. Montes
Vocal	Dra. Christiane D. Pasqualini
Vocal.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE INTERPRETACIÓN Y REGLAMENTO

Secretario	Dr. Eduardo A. Zancolli
Vocal	Dr. Rómulo L. Cabrini
Vocal	Dr. Enrique C. Gadow
Vocal	Dr. Ramón C. Leiguarda
Vocal	Dr. Oscar H. Morelli
Vocal	Dr. Roberto Arana

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y BECAS

Presidente.....	Dr. Miguel Tezanos Pinto
Secretario	Dr. A. Miguel Larguía
Vocal	Dr. Eduardo H. Charreau
Vocal.....	Dr. Alejandro F. De Nicola
Vocal	Dr. Vicente P. Gutiérrez
Vocal.....	Dr. Alejandro S. Oría
Vocal.....	Dra. Christiane D. Pasqualini
Vocal.....	Dr. Víctor Pérez
Vocal	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE PRESUPUESTO Y PREADJUDICACIONES

Presidente.....	Dr. Rómulo L. Cabrini
Secretario	Dr. Alejandro De Nicola
Vocal	Dra. Christiane Dosne Pasqualini
Vocal	Dr. Manuel L. Martí
Vocal.....	Dr. José Antonio Navia
Vocal.....	Dr. Roberto N. Pradier
Vocal.....	Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN DE EDUCACIÓN EN CIENCIAS MÉDICAS

Dr. Rómulo L. Cabrini
 Dr. Antonio R. de los Santos
 Dr. Rodolfo Fahrer
 Dr. Enrique C. Gadow
 Dr. A. Miguel Larguía
 Dr. Enrique S. Malbrán
 Dr. Oscar H. Morelli
 Dr. Jorge A. Neira
 Dr. Alejandro S. Oría

Dr. Víctor Pérez
 Dr. Julio Ravioli
 Dr. Abraam Sonis (†)
 Dr. Eduardo A. Zancolli
 Dr. Olindo Martino

COMISIÓN PARA EL ESTUDIO DEL LENGUAJE MÉDICO

Dr. Jorge A. Insua Dr. Oscar H. Morelli

COMISIÓN PERMANENTE DE ÉTICA EN MEDICINA

Presidente..... Dr. Fortunato Benaim
 Secretario Dr. Rodolfo Fahrer
 Vocal Dr. Enrique S. Malbrán
 Vocal Dr. Manuel L. Martí
 Vocal Dr. Leonardo Mc Lean
 Vocal Dr. Jorge A. Neira
 Vocal Dr. Julio Ravioli
 Vocal Dr. Eduardo A. Zancolli

COMISIÓN PLAN REGULADOR Y DE MANTENIMIENTO DEL EDIFICIO E INSTALACIONES

Dr. Rómulo L. Cabrini Dr. Roberto N. Pradier
 Dr. Vicente P. Gutiérrez Dr. Miguel Tezanos Pinto

COMISIÓN DE ESTUDIO DEL ORGANIGRAMA (*)

Dr. Rómulo L. Cabrini Dr. Roberto N. Pradier
 Dr. Vicente Gutiérrez Lic. César Menéndez

(*) Con asesoramiento del Dr. Luis Seisedos.

COMISIÓN DE HIGIENE Y SEGURIDAD

Dra. Susana Fink (IIHEMA-IMEX) Acad. Jorge A. Neira
 Sr. Mariano Flotta (Academia) Sra. María Elena Sahores (IIE)
 Dra. Silvia Vanzulli (IEO) Ing. Néstor Rastelli
 Ing. Patricia Aja

COMISIÓN DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TRAUMA

Consultor Dr. Fortunato Benaim
 Presidente..... Dr. Jorge A. Neira I

COMISIÓN MODIFICACIÓN DEL ESCALAFÓN

Acad. Rómulo L. Cabrini
Lic. César Menéndez

Acad. Roberto N. Pradier
Dr. Luis Seisdedos

COMITÉ DE ÉTICA DE LOS INSTITUTOS DE LA ACADEMIA

Presidente..... Dra. María Ángela Lazzari
Vicepresidente Dr. Alfredo Speroni
Secretaria Dra. María Marta E. de Bracco
Vocal Dr. Jorge H. Andrade (†)
Vocal Dr. Miguel Ángel Espeche Gil
Vocal Dra. Hna. Elena Lugo
Vocal..... Dr. Siro Miguel De Martini
Vocal Dra. María del Carmen Sasiain
Vocal Dra. Mercedes Weissenbacher

COMISIÓN BILATERAL ENTRE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA Y EL
CONSEJO DE CERTIFICACIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS

Por la Academia Nacional de Medicina:

Acad. Fortunato Benaim
Acad. Manuel L. Martí
Acad. Juan A. Mazzei
Acad. Antonio R. de los Santos

Por el Consejo de Certificación
de Profesionales Médicos:

Dr. Oscar E. Castillo
Dr. Jorge A. Neira
Dr. Raúl Valli

ACAP – ASOCIACIÓN CIVIL PARA LA ACREDITACIÓN DE
Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE EDUCACIÓN DE
POSGRADO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Presidente: Acad. Rodolfo Fahrer
Vicepresidente: Dra. Marina Narbaitz
Secretaria: Dra. Viviana Falasco
Prosecretario: Dr. Delio Aguilar Giraldes
Tesorero: Dr. Miguel Galmes
Protesorero: Dr. Antonio Tempone
Vocal titular: Dr. Antonio Gallesio
Vocal titular: Dr. Jorge Schiappapietra
Vocal titular: Acad. Antonio R. de los Santos
Vocal titular: Dr. Luis Moggi
Vocal suplente: Dr. Eduardo Busto
Vocal suplente: Acad. Roberto Pradier

Vocal suplente: Dr. Alberto Fontana

Vocal suplente: Dr. Raúl Valdéz

CONSEJO DIRECTIVO DEL IMEX
(INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL, CONICET-ANM)

Presidente:

Dra. Mirta A. Schattner

Miembros en representación de
investigadores del CONICET:

Dra. Mirta Giordano

Dra. Analía Trevani

Dr. Roberto Pozner

Dra. Marina Palermo (suplente)

Miembros en representación de la
Academia Nacional de Medicina:

Dra. María Marta de E. de Bracco

Dr. Eduardo Charreau

Dr. Juan Antonio Mariano Mazzei

Dr. Alejandro De Nicola (suplente)

ACADÉMICOS HONORARIOS NACIONALES

Dr. Barrera Oro, Julio (residente en EE.UU.)	Dr. Martínez Marull, Alfredo (Córdoba)
Dr. Bergoglio, Remo (Córdoba)	Dr. Palacios, Gerardo L. (Tucumán)
Dr. Camerini Dávalos, Rafael (residente en EE.UU.)	Dr. Pellegrini, Carlos A. (residente en EE.UU.)
Dr. Ceriani, Roberto Luis (residente en EE.UU.)	Dr. Sabatini, David Domingo (residente en EE.UU.)
Dr. Delius, Juan D. (residente en Alemania)	Dr. Testa, Humberto J. (residente en Gran Bretaña)

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES NACIONALES

Dr. Acosta, Aníbal (residente en EE.UU)	Dr. Langer, Salomón (residente en Francia)
Dr. Acosta, Juan M. (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Losada, Carlos A. (Neuquén)
Dr. Allende, José N. (Córdoba)	Dr. Mainetti, José A. (La Plata, Bs. As.)
Dr. Allende Minetti, Bartolomé Tomás (Córdoba)	Dr. Manzur Luna, Rafael L. (Mendoza)
Dr. Álvarez Gardiol, Emir (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Martini, Carlos J. M. (residente en EE.UU.)
Dr. Ameri, Domingo (Chaco)	Dra. Moreno, Elsa Margarita (Tucumán)
Dr. Ameriso, José Luis (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Moroni, Jorge M. (Rosario, Santa Fe)
Dr. Astiz, Juan Manuel (Luján, Bs. As.)	Dr. Muniagurria, Alberto J. (Rosario, Santa Fe)
Dr. Barrantes, Francisco J. (B. Blanca, Bs. As.)	Dr. Paganini, José María (La Plata, Bs. As.)
Dr. Basombrío, Miguel Ángel (Salta)	Dr. Pérez de Nucci, Armando (Tucumán)
Dr. Battagliotti, Carlos (Santa Fe)	Dr. Perinetti, Héctor (Mendoza)
Dr. Burgos, Mario H. (Mendoza)	Dra. Pesce de Ruiz Holgado, Aída (Tucumán) (†)
Dr. Cafferata, Eduardo P. (Córdoba)	Dr. Pineda, Rafael Luis (Rosario, Santa Fe)
Dr. Colombato, Mario M. (La Pampa)	Dra. Pogo, Beatriz (residente en EE.UU.)
Dr. Giménez, Carlos Roberto (Rosario, Santa Fe)	Dr. Poliche, Adolfo V. (Tucumán)
Dr. Girauco, Jesús Ramón (Córdoba)	Dr. Rezzónico, Carlos A. (Córdoba)
Dr. Glikstein, Salomón (Rosario, Sta. Fe)	Dr. Rico, Clemente Manuel (Córdoba)
Dr. Gorodner, Jorge Osvaldo (Corrientes)	Dr. Rivero, Isaac Hilario (Mendoza)
Dr. Greca, Alcides Alejandro (Rosario, Santa Fe)	Dra. Roses Periago, Mirta (residente en EE.UU.)
Dr. Gunstche, Enrique M. (Mendoza)	Dr. Russo, José (residente en EE.UU.)
Dr. Herrera, Ramón Nicasio G. (Tucumán)	Dr. Sarría, José Antonio (Córdoba)

Dr. Schmuñis Gabriel Adrián
(residente en EE. UU.)

Dr. Taleisn k, Samuel (Córdoba)

Dr. Tanno, Hugo E. (Rosario, Santa Fe)

Dr. Tozzini, Roberto Ítalo
(Rosario, Sta. Fe)

Dr. Urrets Zavalía, Alberto Jerónimo
(Córdoba)

Dr. Villavicencio, Roberto Lisandro
(Rosario, Santa Fe)

Dr. Zabert, Enrique I. (Neuquén)

ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

Dr. Alderete, J. Antonio (EE.UU.)

Dr. Andrews, Joseph L. (EE.UU.)

Dr. Bockus, H. (EE.UU.)

Dr. Clarkson, Thomas William (EE.UU.)

Dr. Gonella, Joseph S. (EE.UU.)

Dr. Kernberg, Otto (EE.UU.)

Dr. Kumate Rodríguez, Jesús (México)

Dr. Liguory, Claude (Francia)

Dr. Mahler, Halfdan (Dinamarca)

Dr. Monckeberg Barros, Fernando (Chile)

Dr. Montagnier, Luc (Francia)

Dr. Moreno González, Enrique (España)

Dr. Norrby, Erling C. J. (Suecia)

Dr. Obwegeser, Hugo (Suiza)

Dr. Portmann, Michel (Francia)

Dr. Ramírez Boettner, Carlos M.
(Paraguay)

Dr. Serrano Ríos, Manuel (España)

Dr. Silveira, José (Brasil)

Dr. Slavin, Shimon (Israel)

Dr. Snyderman, Ralph (EE.UU.)

Dr. Veronesi, Umberto (Italia)

Dr. Vilardell Viñas, Francisco (España)

Dr. Walton, Henry (Escocia)

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

Dr. Alonso del Hoyo, José (España)

Dr. Allan, Frank (EE.UU.)

Dr. Baroudi, Ricardo (Brasil)

Dr. Barraquer Bordas, Luis (España)

Dr. Barreda, Pedro de la (España)

Dr. Berg, Hans H. (Alemania)

Dr. Bertoni, Franco (Italia)

Dra. Bianchi, Diana W. (EE.UU.)

Dr. Birnbaumer, Lutz (EE.UU.)

Dr. Blasi, Antonio (Italia)

Dr. Bock, Hans E. (Alemania)

Dr. Bollak, Claude (Francia)

Dr. Bonilla Musoles, F. (España)

Dr. Bonnadona, Gianni (Italia)

Dr. Bossa, Guido (Italia)

Dr. Breuer, Nicolás (Paraguay)

Dr. Cáceres, Eduardo (Perú)

Dr. Castello, Manuel Adolfo (Italia)

Dr. Cederbaum, Arthur (EE.UU.)

Dr. Chapman, John S. (EE.UU.)

Dr. Cibils, Luis A. (EE.UU.)

Dr. Cirenei, Anacleto (Italia)

Dr. Civatte, Jean (Francia)

Dr. Clavero Núñez, José A. (España)

Dr. Diebold, Jacques Joseph (Francia)

Dr. Ennuyer, A. (Francia)

Dr. Eridani, Sandro (Italia)

Dr. Fairlamb, Alan H. (Escocia)

Dr. Ferguson-Smith, Malcolm A. (Inglaterra)

Dr. Figueiredo Mendes, T. (Brasil)

Dr. Fisher Enneking, William (EE.UU.)

Dr. Fraga, Clementino (Filho) (Brasil)

Dra. Francés Causapé, M. del Carmen
(España)

- Dra. García Mullick, Florabel (EE.UU.)
 Dr. García Perla, Álvaro (España)
 Dr. Garland, Bryan (Inglaterra)
 Dr. Garro y Gama, Santiago (España)
 Dr. Gerbaud, Augusto (Panamá)
 Dr. Gestal Otero, Juan Jesús (España)
 Dr. Gilsanz, V. (España)
 Dr. Goldstein, Jerome C. (EE.UU.)
 Dr. González Mogena, Heliodoro (España)
 Dr. Grosogeat, Yves (Francia)
 Dr. Guénet, Jean-Louis (Francia)
 Dra. Habr-Gama, Angelita (Brasil)
 Dr. Hachinski, Wladimir (Canadá)
 Dr. Hilario, José (Brasil)
 Dr. Hoet, Joseph (Bélgica)
 Dr. Hökfelt, Tomas (Suecia)
 Dr. Holtmeier, Hans (Alemania)
 Dr. Hornbostel, Hans (Alemania)
 Dr. Hortobagyi, Gabriel H. (EE.UU.)
 Dr. Hoyt, David B. (EE.UU.)
 Dr. Keiderling, Walter (Alemania)
 Dr. Khamashta, Munther A. (Londres, Inglaterra)
 Dr. Knous, Robert (EE.UU.)
 Dr. Lacoste, Jacques (Francia)
 Dr. Lambert, Robert L. (EE.UU.)
 Dr. Landmann, Jaime (Brasil)
 Dr. Lazorthes, Guy (Francia)
 Dr. Leal Prado, Joel (Brasil)
 Dr. Linzenmeier, Götz (Alemania)
 Dr. Llinas Olarte, Juan Pablo (Colombia)
 Dr. Llombart Bosch, Antonio (España)
 Dr. López Ibor, Juan J. (España)
 Dr. Mach, René S. (Suiza)
 Dr. Marchiori Buss, Paulo (Brasil)
 Dr. Martínez Lage, Luis (España)
 Dr. McClelland, Roy (Irlanda)
 Dr. Meade, Gordon M. (EE.UU.)
 Dr. Mello Aguerre, Carlos (Uruguay)
 Dr. Ménard, Henri André (Canadá)
 Dr. Mêndes, Ernesto (Brasil)
 Dr. Meulengracht, E. (Dinamarca)
 Dr. Moncada, Salvador (Gran Bretaña)
 Dr. Moncayo Medina, Álvaro (Colombia)
 Dr. Netto, Juan S. (Paraguay)
 Dr. Nicola, Pietro de (Italia)
 Dr. Nussenzweig, Victor (Brasil—Residente en EE.UU.)
 Dr. Otero Ruiz, Efraín (Colombia)
 Dr. Packer, Lester (EE.UU.)
 Dr. Papa, Sergio (Italia)
 Dr. Perry, Kenneth (Gran Bretaña)
 Dr. Pifarré Sanahuja, Enrique (España)
 Dr. Prehn, Richmond T. (EE.UU.)
 Dr. Reyes, Walter (Uruguay)
 Dr. Richer, Luis A. (Paraguay)
 Dr. Rochemaure, Jacques A. M. (Francia)
 Dr. Rodeck, Charles (Inglaterra)
 Dr. Romero Velazco, Enrique (España)
 Dr. Royo Vilanova, Ricardo (España)
 Dr. Rozman Borstnar, Cirilo (España)
 Dr. Ruiz, Pedro (EE.UU.)
 Dr. Russel, Findlay (EE.UU.)
 Dr. Russell, Anthony S. (Canadá)
 Dr. Samuelsson, Bengt I. (Suecia)
 Dr. Sánchez Moreno Ramos, Francisco (Perú)
 Dr. Sangiorgi, Mario (Italia)
 Dr. Sarre, Hans J. (Alemania)
 Dr. Segovia de Arana, José María (España)
 Dr. Sies, Helmut (Alemania)
 Dr. Soriano, Víctor (Uruguay)
 Dr. Sotelo Figueiredo, Juan Manuel (Representante de OPS—residente en Chile)
 Dr. Souza, Wanderley de (Brasil)
 Dr. Spandidos, Demetrios A. (Grecia)
 Dr. Traeger, Jules (Francia)
 Dr. Verstraete, Marc (Bélgica)
 Dr. Voto Bernales, Jorge (Perú)
 Dr. Wagner, João Ephraim (Brasil)
 Dr. Warter, Julien (Francia)
 Dr. Wenström, Karl G. (Suecia)
 Dr. Wertelecki, Vladimiro (EE.UU.)

ASESORES LEGALES HONORARIOS

Dr. García Belsunce, Horacio

Dr. Santillán, Zenón

Dr. Rodríguez Galán, Alberto

ASESOR DE PRENSA

Dr. López, Pablo

PRESIDENTES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

1822 – 2014

PRESIDENTES DE HONOR

1822-1845	Bernardino Rivadavia
1874-1876	Juan José Montes de Oca
1930-1931	Eliseo Cantón
1956-1958	Marcelino Herrera Vegas
1959-1968	Mariano R. Castex
1978-1993	Marcial I. Quiroga
2000-2008	Julio V. Uriburu

PRESIDENTES

1822	Justo García Valdéz	1916-1917	José Penna
1822	Francisco de Paula Rivero	1917-1918	Domingo Cabred
1823-1824	Manuel Moreno	1918-1919	Daniel J. Cranwell
1852	Francisco de Paula Rivero	1919-1920	Marcelino Herrera Vegas
1856-1858	Pedro Nolasco Rojas	1920-1921	Eliseo Cantón
1874	Manuel Porcel de Peralta	1921-1922	Carlos Malbrán
1878-1879	Santiago Larrosa	1922-1924	Luis Güemes
1880-1884	Manuel Porcel de Peralta	1924-1926	Eliseo Cantón
1884-1886	Pedro A. Pardo	1926-1928	Martín M. Torino
1886-1887	Nicanor A barellos	1928-1930	Mariano R. Castex
1887-1889	Cleto Aguirre	1930-1932	Juan Carlos Navarro
1889-1893	Mauricio González Catán	1932-1934	Carlos Bonorino Udaondo
1893-1897	Leopoldo Montes de Oca	1934-1936	Mariano R. Castex
1897-1900	Enrique del Arca	1936-1938	Bernardo A. Houssay
1900-1902	Juan R. Fernández	1938-1940	Alberto Peralta Ramos
1902-1906	Eufemio Uballes	1940-1942	Mariano R. Castex
1906	Enrique del Arca	1942-1944	Eliseo V. Segura
1906-1908	Eliseo Cantón	1944-1946	Armando R. Marotta
1908-1910	Eufemio Uballes	1946-1948	Gregorio Aráoz Alfaro
1910-1911	Pedro N. Arata	1948-1950	Carlos Bonorino Udaondo
1911-1912	Pedro Lagleyze	1950-1952	Gregorio Aráoz Alfaro
1912-1913	Roberto Wernicke	1952-1957	Alois Bachmann
1913-1914	Antonio C. Gandolfo	1958-1960	Luis Esteves Balado
1914-1915	Luis Güemes	1960-1962	Rómulo Gil
1915-1916	Enrique Bazterrica	1962-1964	Luis Figueroa Alcorta

1964-1966	Pedro A. Maissa	1990-1992	Enrique P. Viacava
1966-1968	Luis Esteves Balado	1992-1994	Leoncio A. Arrighi
1968-1970	Marcial I. Quiroga	1994-1996	Oswaldo Fustinoni
1970-1970	Vicente Gutiérrez	1996-1998	Andrés O. M. Stoppani
1970-1974	Raúl F. Vaccarezza	1998-2000	Armando Maccagno
1974-1976	David E. Nölting	2000-2002	Miguel Tezanos Pinto
1976-1978	Pablo Negroni	2002-2004	César Bergadá
1978-1980	José E. Rivarola	2004-2006	Rómulo L. Cabrini
1980-1982	Horacio Rodríguez Castells	2006-2008	Vicente P. Gutiérrez
1982-1984	Julio V. Uriburu	2008-2010	Roberto M. Arana
1984-1986	Diego E. Zavaleta	2010-2012	Juan Manuel Ghirlanda
1986-1988	Virgilio G. Foglia	2012-2014	José A. Navía
1988-1990	Horacio Rodríguez Castells	2014-	Roberto N. Pradier

RENOVACIÓN DE AUTORIDADES

PALABRAS DEL SEÑOR PRESIDENTE SALIENTE
ACADÉMICO JOSÉ ANTONIO NAVIA

PALABRAS DEL SEÑOR PRESIDENTE ENTRANTE
ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER

22 de abril de 2014

PALABRAS DEL SEÑOR PRESIDENTE SALIENTE¹ ACADÉMICO JOSÉ ANTONIO NAVIA²

Hace tres años asumí como Presidente Interino de la Honorable Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires a causa de la lamentable enfermedad y posterior deceso de nuestro Presidente el Acad. Juan Manuel Ghirlanda. En el año 2012 asumí la Presidencia Plena de manos de nuestro Acad. Vicente Gutiérrez. Han sido tres años de arduo trabajo junto a los Académicos que integraron el Consejo de Administración de nuestra Institución. No tengo más que palabras de agradecimiento para con ellos.



Dr. José Antonio Navia

Me llevo la experiencia, tolerancia, amistad y colaboración de mis queridos pares. Detallar todas las circunstancias sucedidas y actuadas durante este período de tres años sería tedioso para aquellos que no están involucrados en la marcha de esta Institución, por lo que trataré de realizar un racconto de los hechos más relevantes.

Durante estos años se incorporaron 6 miembros titulares: Acad. Rodolfo Fahrer, Acad. Antonio de los Santos, Acad. Julio A. Ravioli, Acad. Juan Antonio M. Mazzei, Acad. Miguel L. Podestá, Acad. Vicente Diamante y próximo a asumir el Acad. Eduardo de Santibañes.

Fueron incorporados durante este período como Miembros Correspondientes Nacionales los Académicos: Dr. Rafael Pineda de Rosario, el Dr. Jesús Ramón Giraudo (Córdoba), el Dr. José María Paganini (La Plata) y el Dr. Carlos Lovesio (Rosario).

Como Miembros Correspondientes Extranjeros recibieron su diploma: el Dr. Henri A. Ménard de Canadá, Paulo Marchiori Buss de Brasil, Pedro Ruiz de Estados Unidos, Antonio Lombart Bosch de España, David B. Hoyt de Estados Unidos y Alcír Vicente Visela Chacard de Brasil.

¹ Acto celebrado el día 22 de abril de 2014.

² Académico Titular, Academia Nacional de Medicina-Buenos Aires, Argentina.

Durante el año 2012, nuestra Academia lamentó los fallecimientos de los siguientes eminentes Miembros Titulares: Dr. Héctor Néstor Torres, Acad. Alberto E. Laurence, Acad. Alberto Agrest, Acad. Juan M. Ghirlanda y Acad. Emérito Alejandro Paladini y los Miembros Correspondientes Nacionales: Acad. Pedro H. Magnin, Dra. Aída A. Pesce de Ruiz Holgado. Todos ellos brindaron su tiempo, esfuerzos y experiencias a esta Institución en forma desinteresada, dejando recuerdos inolvidables entre sus pares y reforzando los valores éticos y morales de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires como legado a las próximas generaciones médicas.

Se realizaron sesiones públicas ordinarias con temas de marcado interés en hematología, oncohematología y oncología en general. La intensa actividad de la Comisión para Difusión de Actividades Académicas, de Programas Científicos y de Relaciones Internacionales bajo la inspiración y motor de nuestro Acad. Fortunato Benaim realizó diversos eventos científicos culturales entre los cuales figuraron las disertaciones del Acad. Juan Berdaguer de Chile sobre Arte y Medicina. El Dr. Mario Augusto Bunge disertó sobre "La medicina entre ciencia y técnica". Se rindieron además homenajes a diferentes colectividades tales como la de Medicina Española, la de Medicina Italiana, la de Medicina Francesa, la de Medicina Inglesa y Estadounidense y sus aportes y sus influencias en la Medicina Argentina. En otro de los actos del ciclo científico cultural, tuvimos la disertación del Premio Nobel Prof. Dr. Luc Montagnier sobre sida y enfermedades crónicas.

En septiembre de 2012 en conmemoración del 190º Aniversario de la Fundación de la Academia, el Lic. Santiago Kovadloff pronunció la Conferencia Magistral sobre el tema: "Sociedad y conocimiento. En la transición del siglo XX al siglo XXI".

Se realizó conjuntamente a dicha conmemoración la Jornada Científico Social: "Progresos en el cuidado de la salud":

Se continuaron realizando durante los años 2011, 2012, 2013 las Reuniones Conjuntas de las Academias del Plata que incluyen la Academia Nacional de Medicina de Uruguay y nuestra Academia. Dicha unión lleva al momento actual 34 años de vida.

Se realizó además el 1er y 2do Cónclave Médico Argentino Brasileiro entre la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y la Academia de Medicina del Estado de Río de Janeiro. La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires estuvo presente en la Reunión del Consejo Directivo de la ALANAM (Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina, España y Portugal) realizada en Madrid en el año 2012. Durante Agosto de 2013 la Academia estuvo representada en la IAMP (Interacademy Medical Panel) realizada en Sudáfrica.

Una nueva modalidad fue instituida en 2013 al realizarse la 1ra Reunión Interacadémica entre la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y la Academia de Derecho y Ciencias Sociales. Dicha iniciativa apunta a una visión interdisciplinaria en temas de tremenda relevancia tales como certificación profesional, historia clínica informatizada, seguridad médica y responsabilidad

jurídica. Este año se sumarán a dicha reunión la Academia de Ciencias Morales y Políticas. El tema central será: Drogadicción bajo la visión médica, legal y ética del grave problema que afecta a nuestra sociedad.

Se firmaron consensos intersocietarios por intermedio del Instituto de estudios oncológicos sobre temas de gran implicancia clínica tales como Melanoma Cutáneo, Cirugía Oncoplástica en Cáncer de Mama, Carcinoma de Pulmón No Células Pequeñas, Cáncer de Vejiga, Cáncer Epitelial de Ovario.

Se realizaron actividades conjuntas con otras Academias y Sociedades Científicas. El consenso de 17 sociedades científicas bajo el auspicio de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires dio como fruto el Consenso denominado: "Categorización de centros para la atención del paciente traumatizado CICCATED (Coalición Intersocietaria para la Certificación Profesional y la Acreditación Institucional en Trauma, Emergencia y Desastre).

La Academia Nacional de Medicina, a raíz de los recientes cambios en la legislación sobre la anamnesis médica pre donación en bancos de sangre, convocó a un grupo de trabajo integrado por hemoterapeutas, hematólogos, virólogos, infectólogos, epidemiólogos, legistas y médicos intensivistas, referentes de prestigiosas entidades regulatorias y científicas bajo la coordinación de la Acad. Mercedes Weissenbacher.

El objetivo fue elaborar un documento de consenso que fue llamado "Grupo de trabajo para la elaboración de un documento consenso sobre el cuestionario y la donación de sangre de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres", con recomendaciones respecto a la selección del donante de sangre.

Si bien los derechos de las personas son igualitarios, no cabe duda de que se debe evaluar la aptitud del potencial donante en la etapa de información y anamnesis médica, las que permiten diferir la donación cuando sea necesario, basándose siempre en la evidencia científica y en la actual situación epidemiológica del país, para evitarle al paciente receptor de una transfusión, el grave perjuicio de recibir infecciones de transmisión por vía sanguínea.

Dicho documento fue enviado a los Ministerios de Salud de la Nación, CABA, y provinciales y a las Comisiones de Salud de las cámaras legislativas nacional, provinciales y CABA solicitándoles incorporar este documento a los debates sobre el tema.

Se llevaron a cabo Sesiones Públicas Extraordinarias en conmemoración de los centenarios de Académicos fallecidos. Los mismos fueron: Presidente de Honor Julio V. Uriburu, Sres. Acads. León de Soldati, Jorge Sánchez Zinny, Horacio Grimoldi, Guillermo Jáuregui, Enrique Müller, Andrés Santas, Leoncio Arrighi, Eduardo De Robertis, y el Bicentenario del Acad. José María Cuenca.

Se firmaron los Convenios de Cooperación Científica entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires;

entre la Academia y el Consejo de certificación de profesionales médicos, con la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de programas de Educación Médica de Posgrado en la República Argentina (ACAP).

Tras un largo período de negociaciones se acordó y firmó el nuevo Convenio Colectivo de Trabajo entre la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y el Gremio UTEDYC, incluyendo la conformación de una Comisión Paritaria de Seguridad e Higiene.

Se realizó un Convenio entre: la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires y la Fundación de la Hemofilia por la cual la mencionada fundación prestará asistencia médica integral a los pacientes con hemofilia que hasta la fecha de la firma de dicho convenio figuraban como pacientes de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. La Academia continuará sosteniendo el apoyo a las investigaciones básicas y rotación de residentes de la Fundación por el Instituto de Investigaciones Hematológicas.

Recientemente se firmó el convenio previo de fusión entre: la Fundación Hermenegilda Pombo de Rodríguez y la Fundación Quirno. El objetivo de este acuerdo es que la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, transfiera su función de Administradora desligándose totalmente de las responsabilidades que tal función le atribuían desde su nombramiento en el resguardo de las mandas testamentarias.

La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires en conjunto con el CONICET continuaron su asociación a través del Instituto de Medicina Experimental: (IMEX) bajo la dirección de la Dra. Mirta Schattner.

En marzo de 2013 asume la dirección del Instituto de Investigaciones Hematológicas, el Dr. Salvador Bruno iniciando un período de reestructuración de dicho afamado Instituto.

Hace pocos días la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires recibió una importante donación gestionada por el Director del Instituto de Hematología para ser aplicada en la compra de equipamiento de última generación para las diferentes áreas del mismo.

Como todos los años, se continuó contestando todas las consultas enviadas por el Poder Judicial y organismos estatales como es de obligación por reglamento de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Las 208 consultas y oficios fueron respondidas por los Sres. Académicos en sus diferentes especialidades y a quienes agradezco su colaboración, tiempo y esfuerzo.

La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires continuó emitiendo declaraciones en diferentes problemas que atañen a la salud de la población tales como la declaración referente a los actos de violencia sufridos por la Facultad de Medicina de la UBA. En el año 2012, el Plenario Académico aprobó la declaración "Dignidad en el final de la vida". En abril de 2013 el Plenario Académico aprobó

la adhesión a la Declaración de IAMP sobre "Refuerzo de la Capacidad para la Investigación en Salud" así como aprobó la adhesión a la Declaración de IAMP sobre Resistencia Antimicrobiana.

Se concedieron auspicios a congresos, jornadas y reuniones de diferentes sociedades científicas que, estando de acuerdo con el reglamento de auspicios, presentaron su solicitud.

Como es tradición se realizaron las Sesiones Públicas Extraordinarias con motivo de la entrega de premios y becas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, del Subsidio de la Fundación Allende y del Premio Hipócrates. Además, se realizó la entrega de los subsidios a la investigación biomédica de la Fundación Florencio Fiorini y el Premio Anual de la Fundación Baron en Ciencias Médicas. Se siguió contando con la inestimable colaboración de la Fundación Roemmers y el laboratorio Novo Nordisk. A todas estas organizaciones filantrópicas les expreso mi agradecimiento por el soporte anual a la ciencia argentina.

Durante el mes de diciembre se celebró como todos los años la misa de Acción de Gracias y, posteriormente, la entrega de medallas a los empleados que cumplieron las bodas de plata con la Institución. Todos ellos han dejado parte de su vida en la Corporación. Reciban el reconocimiento y agradecimiento del Plenario Académico y el mío personal. La Biblioteca considerada entre las más importantes y completas del país continuó su trabajo fecundo y silencioso actualizándose permanentemente.

A partir de 2011 se diseñó, programó y desarrolló la carga de contenidos y puesta *on line* de una nueva página web de la Academia. Asimismo, se comenzaron a editar en forma electrónica los boletines semestrales de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Durante estos últimos tres años se realizó un plan de obras de mantenimiento y mejoramiento de diversas áreas de la Institución como fue la remodelación de la Biblioteca (iluminación, sonido y cortinas eléctricas) con el aporte económico de la Fundación OSDE y Philips Argentina. Se realizaron además, obras de mantenimiento de pintura, alfombrado y equipos de sonido en el Aula Magna. Se recibió como donación del Banco de Galicia un grupo electrógeno para apoyo de los laboratorios del IMEX.

Se colocaron cámaras de vigilancia y monitoreo en diferentes sectores de la Academia. Se encuentra en remodelación el Salón Comedor para los investigadores y personal de la Institución.

Por último, como nota de importancia, se encuentra en avanzadas tratativas un convenio entre la Fundación Centro de Diagnóstico Nuclear y la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires para la instalación y funcionamiento de un tomógrafo por Emisión de Positrones / Tomografía Computada Multicorte (PETCT), en favor de las necesidades de los pacientes oncológicos principalmente, pero también en otras patologías. El Instituto de Investigaciones Epidemiológicas,

continuó desarrollando una importante y reconocida labor docente y de formación de recursos humanos. Es permanente su colaboración con instituciones públicas y privadas en diseño, desarrollo y estudios epidemiológicos. Lamentamos, en el día de ayer el fallecimiento del Secretario Técnico, Dr. Jorge Andrade quien contribuyó al prestigio de dicho Instituto.

En estos años, la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires estuvo sometida, como todo el país, a los avatares e incertidumbre económica. No tengo más que palabras de agradecimiento para los Sres. Académicos que me acompañaron en el Consejo de Administración; lo hicieron brindando su experiencia, apoyo y tolerancia, siempre dentro de un ambiente de respeto y compañerismo. No dudo que extrañaré la reunión de los martes. Hago extensivo mi agradecimiento al personal de Secretaría de Presidencia, en el nombre de la Sra. Silvia Tenconi, así como al Personal de Asuntos Académicos en nombre de la Sra. Ana María Danieletto. Todos ellos hicieron más fácil mi Presidencia brindándome su amabilidad y respeto, manteniendo la tradición de nuestra Institución.

Agradezco también al equipo de Administración, en el nombre del Sr. César Menéndez la idoneidad de su equipo en el manejo administrativo. No dudo que la próxima administración en manos de nuestro próximo Presidente Acad. Roberto N. Pradier, quien tiene sobrada experiencia y conocimiento de nuestra Corporación y su problemática, continuará con planes de desarrollo que todos los Académicos deseamos para nuestra querida Institución.

Sólo me resta agradecerles a los Sres. Académicos que conforman las diferentes comisiones así como a todo el Plenario Académico, la confianza y el apoyo que me brindaron a lo largo de mi Presidencia. Fue un inmenso honor, responsabilidad y orgullo haberlos representado. Es mi aspiración y deseo que nuestra Corporación continúe siendo el reservorio de la ética y moral médica dentro de su espíritu republicano. Agradezco por último, a Dios, mi Señor, el haberme dado la posibilidad de ocupar esta posición como etapa final de mi carrera médica.

Sr. Presidente, Acad. Roberto N. Pradier, lo felicito y lo invito a recibir su diploma y medalla asumiendo la Presidencia de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

PALABRAS DEL SEÑOR PRESIDENTE ENTRANTE ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER³

Con la emoción que intento disimular, asumo en este momento la Presidencia de la Academia Nacional de Medicina. Hago mías las palabras del Dr. Enrique Viacava en las mismas circunstancias: “El haber sido elegido por el honorable Plenario Académico para presidirlo constituye la más alta distinción a las que puede aspirar un médico, distinción por cierto muy superior a mis merecimientos”.

Corresponde agradecer en primer término a mis pares por la honrosa designación y manifestarles mi profundo deseo de ser digno de esta confianza.

Me acompañarán en el Consejo de Administración como Vicepresidente el Acad. Manuel L. Martí; como Secretario General, el Acad. Antonio R. de los Santos; como Tesorero, el Dr. Rómulo L. Cabrini; como Protesorera, la Acad. Mercedes C. Weissenbacher y como Secretario de Actas, el Acad. Marcelo V. Elizari.



Dr. Roberto N. Pradier y Dr. José A. Navia

La trayectoria de todos ellos y su experiencia en la Administración de esta casa, me eximen de todo comentario y, estoy seguro, de que trabajaremos con dedicación y armoniosamente.

La historia de esta Institución se inicia cuando el Gobernador de Buenos Aires, Gral. Martín Rodríguez, junto con su Ministro de Gobierno y Relaciones Exteriores, Bernardino Rivadavia, redactan el decreto de creación de la Academia Nacional de Medicina, el 16 de abril de 1822, es decir, que hace 6 días esta Institución cumplió 192 años de existencia.

Los 15 académicos de número, designados en esta primera vez por decreto del gobernador, se reunieron dos días después en la “Manzana de las Luces” y crearon por aclamación en mayo de ese año, el Sitial N° 16 para Bernardino Rivadavia, nombrándolo Presidente Honorario Perpetuo, como reseña el Dr. Marcial Quiroga en su bien documentada historia de esta Academia.

³ Académico Titular, Academia Nacional de Medicina - Buenos Aires, Argentina.

Estos 192 años no fueron ininterrumpidos; fue cerrada por Rosas en 1838, reinstalada en 1856 y nuevamente cerrada entre 1952 y 1955 por el gobierno de esos años.

Con esta historia es explicable, entonces, el peso del compromiso que siento al asumir esta Presidencia y espero poder cumplir adecuadamente con lo encomendado por mis pares del Plenario en estos dos años que se preanuncian difíciles para la gestión económica de esta Casa.

Cuento para ello, con la colaboración de todos los Académicos, con la amistad y el interés por la tarea común que nos unen.

Me referiré a tres temas en los que he trabajado o considero importantes para la comunidad y el futuro de la medicina.

Educación Médica de Posgrado

Continuando con iniciativas de la gestión del Dr. Navia, quisiera hacer una reseña de una de las preocupaciones que genuinamente atañen a esta Academia. Me refiero a la educación de posgrado de nuestros médicos recién egresados.

Como muchos recordamos, la educación de posgrado hasta bien entrada la década de 1950 del siglo pasado, se basaba en una concurrencia en el servicio de la especialidad elegida y donde el recién egresado encontraría una recepción favorable. El sistema era, sin duda, adecuado para números acotados y sirvió para formar, cuando se dieron condiciones ideales, excelentes profesionales, pero dependía fuertemente de las relaciones interpersonales y era una formación totalmente asistemática.

La incorporación a nuestro medio de la residencia hospitalaria fue relativamente tardía, ya que no alcanzó una difusión amplia, hasta mediados de la década de 1960.

Comenzaré entonces por plantear la necesidad de que todos los graduados cumplan con una residencia en la especialidad que elijan o donde encuentren vacantes en los procesos de selección. Esto dista de ser lo que ocurre en estos momentos donde el recién recibido puede, si se cree capacitado, ejercer la profesión y realizar procedimientos médicos o quirúrgicos, sólo con el título de médico y su matrícula tal como aventuradamente lo habilita la ley 17.132 para el ejercicio de la medicina de 1967.

¿Por qué una residencia? Porque la opinión mundial en todos los países evolucionados insisten en ese período de formación, con responsabilidades progresivas y supervisión constante, con adecuada exposición al contacto con pacientes en número y horarios suficientes. Este período de entrenamiento podrá llamarse distinto en algunos países pero es, en esencia, lo mismo.

Hoy también en nuestro país existe consenso acerca de considerar a la residencia como el mejor sistema de formación de posgrado, inmediatamente después de la graduación.

Existen en este momento, en toda la República, según datos de 2013 que se pudieron confirmar en el Ministerio de Salud, 4845 cargos de residentes de 1º año, que serían casi suficientes para formar a los 4854 egresados anuales de medicina según los últimos datos proporcionados por el Ministerio de Educación en 2011. Estos cargos de residentes de 1º año corresponden a algo más de 1600 programas conocidos, de diferentes especialidades.

La realidad es más compleja porque con sorpresa podemos comprobar que muchos cargos quedan vacantes en proporciones variables según las jurisdicciones, llegando desde el 30% en algunas, hasta el 10% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hay especialidades que tienen muy baja demanda, tales como medicina general, neonatología y terapia intensiva pediátrica, y en menor grado pediatría y ginecología.

Las cifras conocidas en este momento nos permiten concluir que la disparidad entre el número de graduados y el de cargos de primer año de residencias prácticamente ha desaparecido, en contraste con las cifras conocidas hasta hace poco, donde las vacantes alcanzaban apenas para algo más del 50% de los recibidos.

El desafío que se plantea ahora ya no es, por lo tanto, cuantitativo sino cualitativo; el mejoramiento de la calidad de las residencias y sus evaluaciones que sólo se lograrán con la labor protagónica de las sociedades médicas, con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación y sus contrapartes en cada jurisdicción y el compromiso de la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación de Posgrado en la República Argentina (ACAP) avalada por el prestigio de la Academia Nacional de Medicina.

Es reconfortante saber que la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud cuenta con más de 1.300 pedidos de evaluación, 80% de los programas conocidos, incluyendo más de 200 ya evaluados y acreditados.

Al considerar todos estos programas de residencia debemos ser muy cuidadosos, recordando que hay dentro de la oferta ubicaciones no deseadas por su escaso prestigio, por usar a los residentes como mano de obra barata, o localizadas en zonas aisladas, y también por importantes diferencias en la remuneración del residente, todo lo cual no las hace comparables.

Sería deseable que todas las vacantes se concursaran con un único examen y los cargos se asignaran con un sistema similar al matching program de los Estados Unidos, donde se tienen en cuenta los deseos del educando y la opinión sobre el mismo, de los centros de formación, en un intento de satisfacer las ambiciones y las necesidades del mayor número.

De todos modos, pareciera que con la disponibilidad actual de residencias, una vez evaluadas, no serían necesarias, las concurrencias programáticas o no, ni los cursos universitarios, de sociedades o colegios médicos no precedidos o acompañados por una residencia formal. Se terminaría así con la plétora de inadecuadas formaciones profesionales, aceptadas a regañadientes debido al inmanejable excedente de graduados que existían hasta este año y que es, a su vez, expediente al que recurren muchos que no están dispuestos a someterse a la disciplina de una residencia.

Para poder ofrecer a la comunidad profesionales con la mejor formación posible sería deseable promover desde las sociedades médicas y, por cierto, desde esta Academia, la modificación de la mencionada ley de ejercicio profesional y de la ley 24.521 de educación superior, haciendo obligatorios un mínimo de tres años de residencia para habilitar el ejercicio profesional independiente, normativa que sería similar a la vigente en Canadá donde el recién graduado recibe una matrícula que sólo lo habilita para el ingreso a una residencia. Por cierto que esta disposición no podría aplicarse de inmediato sino en un plazo no menor de 5 años para dar tiempo a las cohortes ingresadas de completar su ciclo de grado.

Historias clínicas informatizadas

Quiero retomar la problemática de la historia clínica informatizada que fue muy bien tratada en una reunión conjunta de las Academias de Derecho y Medicina realizadas el año pasado, contando con una excelente presentación del tema a cargo del Dr. Alan March.

Por la importancia del tema y su gran trascendencia en la atención de los pacientes y en la calidad de la medicina practicada, creo conveniente insistir en algunos aspectos:

1. Hay pocos hospitales con historias clínicas informatizadas, un número pequeño considerando el total de las instituciones de salud de nuestro país.
2. Las historias en uso tienen softwares diferentes, no siempre fáciles de comunicarse con otros centros de salud ni de poder recabar datos para registros sin complejas interfaces.
3. Sería deseable constituir una comisión mixta de expertos informáticos, médicos y abogados, capaces de organizar un software amigable que se ofreciera en forma gratuita a todos los hospitales nacionales, provinciales y municipales así como a todos los centros privados de salud. Suficientemente abierto, suficientemente específico y ajustado a los estándares internacionales como el HL7 antes de que se multipliquen los softwares de un solo hospital.
4. Como plan mínimo, esta Comisión Interdisciplinaria debiera generar recomendaciones de interoperabilidad ya que la experiencia mundial

- no ha sido del todo favorable a la implantación de un sistema único de software.
5. Resultan evidentes las ventajas para lograr cifras válidas de incidencia, tratamientos y resultados de diferentes patologías así como para un paciente de obtener sus datos ante una consulta o internación de urgencia o programada lejos de su domicilio, accediendo, por lo menos, a un resumen de su historia clínica, lista de diagnósticos, medicación e informes de estudios complementarios.
 6. La legibilidad de estas historias clínicas, lejos de los impenetrables manuscritos de las tradicionales, así como la posibilidad de acceder a muchas de ellas para consultas en consultorio o estudios clínicos, sin recargar el trabajo del archivo hospitalario, también son destacables.
 7. No serían por cierto menores como ventajas, la incorporación en muchos hospitales de mayor disciplina en el registro de datos, lamentablemente no tan generalizada como deseáramos. Sería otra tarea de la Comisión sugerida, crear recomendaciones nacionales, actualmente inexistentes, sobre estructura y contenidos de los registros médicos, enfatizando la calidad de los datos en todas las historias clínicas, informatizadas o no. Todo esto facilitaría además la posibilidad de evaluar rápidamente la gestión de cada centro de salud.
 8. Sería conveniente desarrollar recursos humanos en la nueva disciplina de informática médica, uniendo una sólida formación médica a los conocimientos informáticos más actualizados, tal como se hace en el Hospital Italiano con su residencia en informática médica que dirige exitosamente el Dr. Daniel Luna, quien me ha aportado algunas ideas para redactar estas líneas.
 9. No todas son ventajas y debemos tener presentes los costos de implementación, la necesidad de aprendizaje, las posibles fallas del sistema, las barreras legales y la alteración de la relación médico-paciente por dispersión de la atención del médico entre el paciente y el monitor de la computadora.

Con todo, el balance es netamente positivo y creemos en la gran ventaja que constituiría su implementación generalizada para los pacientes en primer término y para la gestión hospitalaria, la investigación clínica y el control de la inversión en salud por parte de la comunidad y el estado.

Instituto Nacional del Cáncer

No puedo evitar referirme al Instituto Nacional del Cáncer, que he dirigido en forma honoraria desde su creación en septiembre de 2010 hasta el pasado mes de marzo. En estos 42 meses, se han consolidado sus líneas de trabajo en prevención y diagnóstico temprano, registros poblacionales y hospitalarios, capacitación médica y de enfermería oncológica, cuidados paliativos, apoyo a la

investigación básica y clínica que se han desarrollado con alcance federal, gracias al trabajo eficiente y motivado de su personal y al apoyo e interés del Ministro de Salud, Dr. Juan Manzur, todo esto acompañado de una intensa actividad editorial de manuales, guías de procedimientos, atlas de mortalidad, etcétera.

Creo que este Instituto, en su modalidad de no tener pacientes ni laboratorios propios pero apoyando a lo existente, ha sido aceptado y valorado por la mayoría de la comunidad médica, tal como lo ha sido en Francia el Institut National du Cancer que, en buena medida, fue el modelo que seguimos en los grandes lineamientos al planear nuestra Institución.

Releyendo, más de tres años después, las palabras con las que participé en la ceremonia de creación del Instituto Nacional del Cáncer, en esta misma Aula Magna, tuve la satisfacción de comprobar que se pudieron llevar a cabo la casi totalidad de las medidas formuladas en el planteo original.

Este Instituto tiene, como asignatura pendiente, la promulgación de una ley por el Congreso Nacional que lo cree y le dé presupuesto propio y así lo ponga a cubierto de la fragilidad de un decreto y de los vaivenes de la política asegurando, como propuse en su fundación, que se constituya en una auténtica política de Estado, acorde con la importancia de la 2da. causa de mortalidad en nuestro país.

La necesidad de la creación de este Instituto se reafirma al considerar el contexto de lo que estima, con adecuados fundamentos, el International Prevention Research Institute, que ocurriría a nivel mundial. Las enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares, diabetes y cáncer, entre las principales, reconocen indicaciones de prevención comunes y relativamente simples: abstención del uso de tabaco, mantenimiento adecuado del peso corporal a través de dieta saludable y actividad física regular. Considerando sólo al cáncer, vemos que, por el aumento de población y el envejecimiento de la pirámide poblacional debido a mejor salud, la carga de enfermedad por el cáncer se duplicó en los últimos 25 años y volverá a hacerlo antes de 2030 con una incidencia anual de 20 millones de personas. La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) estima que el 50% de la incidencia ocurrirá en países desarrollados y 2/3 de la mortalidad en países en vías de desarrollo que cuentan con menos recursos para prevención, diagnóstico y tratamiento.

Resultan obvias las consecuencias para nuestro país de todo esto: sólo una política de concientización y prevención, diagnósticos oportunos y tratamientos racionales logrará paliar la carga para la comunidad que esto representará y reducir sus consecuencias humanas y económicas, requiriendo para esto de un enfoque no sólo médico sino multidisciplinario.

Existen en nuestro territorio tasas de incidencia de cáncer desiguales y no del todo bien conocidas en las distintas jurisdicciones. Las de mortalidad se conocen mejor, tiene una tasa bruta de 143 pacientes por año cada 100.000 habitantes como promedio para ambos sexos de todo el país, con variaciones regionales.

Con todo, la tasa ajustada de 115 por 100.000 en nuestro país se ubica bastante por encima de los 102 del promedio mundial, según la IARC.

Refiero, a quien esté interesado, al Atlas de Mortalidad por Cáncer, Argentina 2007 a 2011, publicado por nuestro Instituto Nacional en octubre de 2013.

Soy suficientemente realista como para darme cuenta de que ninguno de estos tres emprendimientos se realizará en el corto plazo, pero creo que tenerlos como meta ayudará a cumplir con nuestra obligación hacia la comunidad y, estoy seguro, contarán con el apoyo de esta Academia.

Quiero agradecer a los que han contribuido a mi educación y formación profesional:

En primer término a la UBA, donde entré a los 13 años como alumno del Colegio Nacional de Buenos Aires, cursé mis estudios de medicina, me formé como interno, residente y cirujano en sus hospitales; primero en el Hospital de Clínicas y, luego, en el Instituto de Oncología "Ángel H. Roffo", prácticamente a lo largo de toda mi vida médica. Desearía, con todo, que la Facultad de Medicina, mi "alma mater", abandonara el facilismo y la desprolijidad y recobrar el camino de orden y excelencia que la hiciera la mejor de la Argentina.

A mis maestros en la cirugía, en particular a Mario Brea, la figura que más influyó en mi formación quirúrgica y ejemplo que tuve presente cada vez que debí tomar una decisión durante mi vida hospitalaria; a Federico Pilheu por introducirme en la cirugía de cabeza y cuello, a Wolfgang Lange, Jorge Manrique y Pedro Hülkamp en la cirugía general y de urgencia. En Estados Unidos, a Frank Marchetta, Kumao Sako y Oscar Guillamondegui, que me enseñaron mucho.

Un lugar principal en mi agradecimiento ocupa mi familia: a mi abuela Lacoste que me enseñó francés y se ocupó de que aprendiera inglés, a mis padres por la educación que me brindaron, a Marta, mi esposa, inseparable compañera en las buenas y en las malas, pilar indiscutido de la estructura familiar, a mis hijos por su comprensión en el retaceo de mi tiempo, al que la cirugía me obligó y por la satisfacción que me dan sus logros, por los cinco, debo también agradecer a la UBA su formación profesional. Tenemos la suerte de que se hayan podido reunir aquí cinco de nuestros doce nietos: cinco viven en Canadá y dos son demasiado chicos.

No quisiera concluir estas palabras, que estoy seguro han tocado temas que no son del interés de todos, sin agradecer su atención y su presencia a los que hoy nos acompañan.

Muchas gracias

INCORPORACIONES

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO
DR. EDUARDO DE SANTIBAÑES

APERTURA DEL ACTO POR EL SR. PRESIDENTE
ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL SR. ACADÉMICO
DR. VICENTE GUTIÉRREZ

DISCURSO DEL ACADÉMICO RECIPIENDARIO
DR. EDUARDO DE SANTIBAÑES

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO
CORRESPONDIENTE NACIONAL
DR. LUIS E. ALDAY
(Córdoba)

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO POR EL
SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO
DOCTOR ALFREDO MARTÍNEZ MARULL

LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO
POR EL ACADÉMICO RECIPIENDARIO
DOCTOR LUIS E. ALDAY

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO TITULAR DOCTOR EDUARDO DE SANTIBAÑES

SITIAL N° 14
“ELISEO CANTÓN”
20 de mayo de 2014

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA, ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER⁴

Esta Honorable Academia Nacional de Medicina abre sus puertas hoy para llevar a cabo uno de sus actos más trascendentes, el de recibir en su seno a un nuevo Académico de Número.

El ingreso de un Miembro de Número es para la Academia un acontecimiento de singular importancia, como lo es también para el homenajeado, ya que constituye la más alta distinción que puede anhelar un médico.



Acad. Eduardo de Santibañes y Acad. Roberto N. Pradier

Para llegar a esta designación los candidatos son escrupulosamente evaluados en sus currícula, sus condiciones éticas y morales y la presunción sobre el servicio que podrán aportar a esta Academia.

Luego de una ordenada secuencia de votaciones, el Plenario Académico de fecha 31 de octubre de 2013 decidió designar al doctor Eduardo de Santibañes

⁴ Académico Titular, Academia Nacional de Medicina - Buenos Aires, Argentina.

en el Sitial N° 14 "Eliseo Cantón", vacante por el paso a Académico Emérito de su maestro, el doctor Enrique Beveraggi, que conservará todos los derechos y prerrogativas pero será liberado de obligaciones.

El doctor Eduardo de Santibañes ha llevado a cabo, en el Hospital Italiano, una muy exitosa carrera en cirugía bilio-pancreáticos con especial dedicación a los trasplantes hepáticos.

Académico Eduardo de Santibañes:

En nombre de la Honorable Academia Nacional de Medicina tengo la grata misión de entregarle este diploma y la medalla que lo acreditan como Miembro Titular de esta Corporación.

Le auguro una feliz y productiva gestión.

Bienvenido.

DISCURSO DE RECEPCIÓN POR EL ACADÉMICO DOCTOR VICENTE GUTIÉRREZ⁵

La recepción de un nuevo académico es desde hace más de cien años una Sesión Pública Solemne. Además, una ceremonia de júbilo, con la presencia de los Académicos, de autoridades y por la compañía de familia, amigos y colegas.

La elección de un Académico es el resultado de una rigurosa metodología, que comienza con la propuesta de candidatos por la Comisión de la respectiva especialidad o por cualquier Académico en forma individual. Continúa con un meduloso análisis de los antecedentes curriculares, de la personalidad de los propuestos y, por lo menos, de tres votaciones secretas en sucesivas Reuniones del Plenario Académico.

Fue así que se eligió al Dr. Eduardo de Santibañes para ocupar el Sitial N° 14. Resultó una feliz coincidencia que suceda a su maestro y mentor, el Académico Emérito Enrique Beveraggi, quien honró a este Sitial y con quien tuve el placer de compartir responsabilidades en el Consejo de Administración. Quisiera explayarme sobre sus virtudes como líder, valiente ciudadano con profundas convicciones republicanas y reiterar mi admiración por toda una vida dedicada al servicio de los demás. Pero esa es tarea de quien lo sucede en el Sitial.

Eduardo de Santibañes nació en Saladillo, antigua ciudad de la Provincia de Buenos Aires, especialmente recordada por los cirujanos argentinos, porque en ella había nacido Alejandro Posadas en 1870.

La trayectoria de Eduardo de Santibañes es ampliamente conocida, razón por la cual solamente haré un resumen de su semblanza y de parte de los antecedentes que influyeron en su elección.

Fue el mejor bachiller en el Colegio Nacional de Saladillo, premiado con una beca para estudiar en la Universidad de La Plata, egresando con calificaciones, de las más altas de su promoción.

El 1974 ingresó al Hospital Italiano de Buenos Aires, para iniciar su residencia en Cirugía General, culminando como Jefe de Residentes.

Continuó con Thomas Starzl en Pittsburgh, integrando en 1981 el primer grupo de Fellows que se incorporaban a la moderna cirugía hepática, incluyendo trasplantes de órganos.

Siguió en el Jackson Memorial Center de Miami con Robert Zeppa, en la Universidad de Mineapolis con David Sutherland, en el Hospital Saint Luque de Bruselas con Jean B Otte y en el Cancer Institute de Washington con Paul Sugarbaker.

5 Académico Titular, Academia Nacional de Medicina - Buenos Aires, Argentina.

A su regreso se integra al plantel del Hospital Italiano, introduciendo las resecciones hepáticas complejas, realizando en 1988 el primer trasplante de hígado en la Argentina y, ese mismo año, el primero pediátrico en Latinoamérica.

Hoy el Servicio de Cirugía Hepato-Pancreato-Biliar es un centro de referencia y de los más requeridos para la formación de especialistas tanto argentinos como extranjeros. Su Unidad de Trasplantes, celebró el año pasado, haber realizado 1000 trasplantes hepáticos.

Actualmente, es Jefe del Servicio de Cirugía General, uno de los más activos de Latinoamérica, superando 7440 operaciones por año y en el que trabajan 22 cirujanos de planta, 11 cirujanos contratados, 22 becarios de especialidad y 28 médicos residentes.

Fue también pionero en el desarrollo de la Cirugía Percutánea con su Tesis de Doctorado sobre el "Tratamiento de los abscesos intraabdominales mediante el drenaje percutáneo guiado".

En la Universidad Buenos Aires siguió todos los pasos de la carrera docente hasta llegar al máximo cargo de Profesor Titular y Director de la Carrera de Especialistas en Cirugía General. Fue hasta el año 2012 Profesor Titular en el Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Servir a la medicina desde una sociedad científica es una tarea voluntaria que demanda tiempo y dedicación. Pero es gratificante ser elegido por los pares, para ocupar cargos directivos. Fue Presidente de la Sociedad Argentina de Trasplantes, del Capítulo Argentino de la International Hepato-Pancreato-Biliary Association, de la Academia Argentina de Cirugía y de la Asociación Argentina de Cirugía. Presidió también el 79° Congreso Argentino de Cirugía y el 1er Congreso Argentino y Latinoamericano de Cirugía Hepato- Pancreato- Biliar en el año 2012.

A nivel internacional fue Presidente del Congreso Mundial de Cirugía Hepato – Pancreato – Biliar en 2010, es Miembro Honorario de la American Surgical Association, de la European Surgical Association, del Royal College of Surgeons of Edinburgh, de la Deutsche Chirurgie Gemeinschaft, del International Surgical Group con sede en Europa, de la Società Italiana Di Chirurgia, de la Academia Peruana de Cirugía y de la Sociedad Brasileiro de Cirugia del Aparato Digestivo.

Fue invitado como conferencista y para demostraciones quirúrgicas en numerosos países de los cinco continentes. De cada viaje regresaba con nuevas ideas para generar cambios. Una muestra de su gran capacidad de trabajo, es que aun después de largas jornadas y cambio de husos horarios, se reintegra rápidamente a sus tareas habituales en el hospital.

Sus aportes a la ciencia han sido constantes con más de 25 trabajos de investigación experimental, más de 300 de investigación clínica y 56 capítulos en libros.

En estas actividades se ve nuevamente el juicio de los pares, al ser designado en el Comité Editorial de HPB Journal, World Journal of Surgery, World Journal of Gastroenterology, Updates in Surgery, Langebeck Archives of Surgery, IASG Hepatogastroenterology, Liver International, Acta Gastroenterológica Latino Americana, Revista Quirón, Liver transplantation and Surgery y Revista Argentina de Cirugía.

Por su trayectoria recibió distintos honores, entre los que cabe destacar el "Premio Laurel de Plata a la personalidad del año" (Rotary Club de Buenos Aires), uno de los 10 "Jóvenes sobresalientes" (Cámara Junior de Buenos Aires), "Personalidad Ilustre de Saladillo", "Premio Fundación Argentina de Trasplante Hepático", "Premio Senador Domingo Faustino Sarmiento" (Cámara de Senadores de la Nación), "Miembro Honorario" de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata, "Maestro de la medicina" (Prensa Médica Argentina), "Premio Chevallier du Tatevein" otorgado por la European Surgical Society y "Premio Konex de Platino 2013" que distingue en las disciplinas de Ciencia y Tecnología, a personalidades relevantes de la década.

Saber equilibrar los tiempos para ser un hábil cirujano, un profesor y un investigador, no es suficiente para ser líder y nadie nace líder. Para ello se necesita de una especial formación, conducir, modificar estructuras y resolver los conflictos que genera todo cambio.

La cirugía actual ya no es responsabilidad de una sola persona, es trabajar en equipo. Son también atributos de un líder, saber reclutar a los más aptos, estimularlos haciendo cumplir objetivos y generando recursos para un constante progreso.

Decía John Kirkling, profesor de cirugía en Alabama: "En Dios creemos, todos los demás deben mostrar sus números". Ya hay suficientes números para demostrar la calidad de quienes son o han sido sus colaboradores, a lo que se suma el ascendente impacto de sus trabajos científicos.

Eduardo de Santibañes es un auténtico líder en nuestro país y a nivel internacional.

Creo necesario resaltar, que para llegar a un alto nivel en cirugía académica, se necesita también de un hospital de alto nivel.

El Hospital Italiano fue fundado por un grupo de filántropos italianos con la garantía de sus bienes personales, pensando en el bienestar de su colectividad, sin fines de lucro.

Un segundo hito a mitades del siglo pasado fue la decisión de sus directivos, de impulsar concursos abiertos para incorporar a los más aptos para cada función. Eso lo transformó de un hospital de colectividad, en una institución abierta y con perfil netamente académico.

El tercer hito fue la visión del hoy Académico Emérito Enrique Beveraggi, en aquel entonces un joven cirujano, quien inculcó tres principios que llevarían al hospital a su actual prestigio. Amor por lo que se hace, sustentabilidad económica y, por lo tanto, una dedicación plena al hospital.

Volviendo a la selección de un nuevo Académico, el Curriculum Vitae no es único parámetro de evaluación. Se pretende, también, una persona cuyas cualidades extracurriculares fueran tan destacadas, como las de su profesión.

Eduardo de Santibañes creció y se educó, rodeado por la calidez familiar en una auténtica ciudad rural, en la que precozmente afianzó su vocación con la imagen de su padre, dos tíos y un bisabuelo médicos.

Crecer en la serenidad del campo, moldea el carácter, hace amar a nuestra tierra y a la vida al aire libre. Es así que Eduardo de Santibañes practicó de los más variados deportes, hasta llegar a su preferencia actual, las actividades ecuestres.

Los deportes son escuelas en las que ganar es tan importante como saber perder, principio útil para quienes siguen una carrera académica, en la que se compete por la excelencia.

Completando esta semblanza, ser padre de familia es una responsabilidad más grande que la de ser médico. Eduardo de Santibañes es padre de 7 hijos, a quienes brinda su amor, su ejemplo y una esmerada educación.

Martín sigue sus pasos en la cirugía, habiendo completado su formación en Heidelberg, Mariana doctora en Filosofía, cursa un Master en Public Administration en New York, Lucía es diseñadora gráfica y empresaria y Eduardo trabaja en la industria de la construcción.

Los trillizos Milagros, Antonia y Gonzalo, de 7 años de edad, nos acompañan en primera fila.

En una ceremonia como la de hoy, la mujer del beneficiario, merece recibir un homenaje. Irene supo adaptarse a las exigencias de la vida de un cirujano líder, al mismo tiempo asumir la ardua tarea de criar trillizos, sin dejar de administrar un coto de caza en La Pampa.

Académico Eduardo de Santibañes:

En nombre de la Academia Nacional de Medicina, la más antigua de América, le doy una calurosa bienvenida y agradezco al Consejo de Administración por otorgarme el honor de pronunciar estas palabras de recepción.

Para muchas personas, ser elegido Miembro de una Academia de ciencias es de los máximos galardones, aunque como tanto insistiera Julio Uriburu, nuestro último Presidente de Honor, no son para dormir en merecidos laureles.

Ser Miembro de la Academia Nacional de Medicina es una seria responsabilidad, de continuar trabajando hasta que sus fuerzas lo permitan, para servir a la medicina argentina y a la salud de todos los seres humanos.

DISCURSO DEL ACADÉMICO RECIPIENDARIO DOCTOR EDUARDO DE SANTIBAÑES⁶

Quiero expresar mi profundo agradecimiento al Plenario Académico, por la designación con la que me han distinguido al incorporarme como Miembro de Número en el Sitial 14 "Eliseo Cantón".

Con sólo enumerar a los últimos 5 cirujanos que ocuparon este sitial: Alejandro Pavlovsky, Jorge Sánchez Zinny, Andrés A. Santas, René G. Favaloro y Enrique Marcelo Beveraggi, mi corazón se llena de orgullo y mi mente de responsabilidad.

Siento una genuina conmoción por observar aquí, entre mis pares, a destacadas personalidades del ámbito científico a quienes siempre admiré y de quienes también recibí enseñanzas, ayuda y consejos.

Agradezco al Prof. Vicente Gutiérrez la generosidad y calidez en sus palabras de presentación. Él ha sido una constante guía y consejero invaluable en la madurez de mi carrera quirúrgica.

También agradezco a quienes hoy me acompañan en este acto, dado que de una u otra forma, ustedes han compartido mis vivencias con la medicina.

¡Este momento es único!

Como académico recipiendario experimento alegría, responsabilidad, miedo, orgullo; pero por sobre todo, hoy siento un profundo agradecimiento por aquellos que contribuyeron con mi formación. Genuinamente entiendo que este honor lo comparto con muchos de los aquí presentes y, por supuesto, también con algunos que ya no están.

En principio mis padres, Eduardo y Ema, quienes me criaron en el seno de un hogar lleno de amor, donde se valoraban los principios éticos, el respeto al prójimo y la educación, dejándome la más preciada herencia: el ejemplo.

Mis hermanos María Emma y Diego, quienes también fueron beneficiarios de ese ejemplo y lo potenciaron, transformándose ambos en un soporte fundamental en mi vida.

Mi padre fue un gran cirujano rural, que me transmitió el amor por la medicina. Pienso que su ejemplo fue el motor y su figura la meta que nunca llegaré a alcanzar.

En mi querida Saladillo, pequeña ciudad de la Provincia de Buenos Aires, completé mis estudios primarios y secundarios, disfrutando de la calidad inmensa de grandes educadores de la escuela pública, maestros y profesores que contribuyeron a mi formación y me transmitieron valores fundamentales. El

6 eduardo.desantibanes@hospitalitaliano.org.ar

privilegio de haber pasado mi juventud en esa pequeña y hermosa comunidad fue, sin duda, una enseñanza extra y una fortaleza en mi vida.

Completé mi carrera médica en la Facultad de Medicina de La Plata, donde junto a mi compañero de estudios Norberto Mezzadri, gozamos del privilegio de contar con Arístides Benvenuto, padre de Norberto, quien era docente de Técnica Quirúrgica en la Cátedra de Cirugía de Federico Christian. Desde los 20 años hasta el final de nuestra carrera de medicina, en un improvisado quirófano experimental, los fines de semana él nos enseñaba, con gran rigurosidad, técnica quirúrgica en animales.

El año 1975 fue trascendental en mi vida, ya que conocí simultáneamente a, Enrique Marcelo Beveraggi y al Hospital Italiano de Buenos Aires.

Todo mi agradecimiento hacia mi querido hospital. El Hospital Italiano es mi casa y esta Institución y todos sus integrantes: sus autoridades, el personal médico, administrativo y de enfermería, son los máximos responsables de que yo esté hoy hablándoles desde este estrado.

Allí, en el Servicio de Cirugía recibí mi entrenamiento como residente y posteriormente pude desarrollar junto a mis pares nuestros proyectos con una única limitación, la imaginación.

Agradezco especialmente a los integrantes del Servicio de Cirugía: médicos, enfermeras y administrativos, los que me enseñaron, los que me enseñan y todos aquellos jóvenes discípulos con quienes comparto el placer de la asistencia, la docencia y la investigación.

A los integrantes de la Unidad de Trasplante Hepático de todos los tiempos, mi agradecimiento, cariño y respeto. Junto a ellos y como pioneros, compartí los momentos de vértigo, estrés, frustración, pena e inmensa alegría por dar vida a quienes la estaban perdiendo. Ese proyecto fue responsabilidad de todos y mi única función fue liderar un equipo fuera de serie.

El Sitial N° 14 que hoy ocupo, lleva el nombre de "Eliseo Cantón", médico tucumano quien descolló en variadas y múltiples disciplinas como profesor universitario, hombre de ciencia, publicista, sociólogo y legislador, tareas en las que se conjugaron una clara inteligencia y un dinamismo fuera de lo común. Él alcanzó la distinción de Presidente de Honor de esta Academia.

Por razones de tiempo, haré sólo una semblanza de mi antecesor más inmediato, el Académico Enrique Marcelo Beveraggi, cuyo sitial vengo a ocupar al ascender él al merecido reconocimiento de Académico Emérito.

Esta circunstancia es muy especial, dado que Beveraggi es mi maestro, y el destino me otorga esta gran oportunidad, este privilegio de expresar mi parecer públicamente, sobre la persona que junto a mi padre, más me ayudó e influyó en mi vida médica.

Aunque la mayoría de sus innumerables amigos y pacientes creen que Beveraggi es chaqueño, él nació circunstancialmente en San Carlos de Bariloche, dado que su padre Enrique Juan, dedicado a la explotación de la industria maderera, estaba obligado a frecuentes viajes junto a su mujer, Esther Parodi. Después de tener el matrimonio 5 hijas mujeres vinieron 2 varones, siendo Enrique el mayor.

A los siete años se radicó en el Chaco, donde completó sus estudios primarios y secundarios y se graduó de chaqueño para toda su vida. Estudió Medicina en la Universidad de Buenos Aires, accediendo por promedio de notas al Hospital de Clínicas, pero dejó el cargo precozmente para pasar al Hospital Español.

Siendo practicante mayor de la guardia, el gobierno de turno, recluyó a Beveraggi en la Cárcel de Devoto por pensar diferente y expresarlo, por un período de 7 meses.

Durante ese período, Margarita Telenta, una estudiante avanzada ayudante en la cátedra de Anatomía Patológica, ingresó en dicha guardia. Por meses escuchó las anécdotas del practicante mayor ausente. Cuando Beveraggi fue liberado y retomó sus tareas habituales, conoció a Margarita. Las discusiones luego de la cena en la guardia del Hospital Español eran famosas, pero más lo eran las de Enrique y Margarita, que se extendían más de la cuenta. Cuando ambos comunicaron que se iban a casar, los compañeros risueños les preguntaban “¿se van a casar o a matar?”.

Pero se casaron y fueron a vivir a Hurlingham.

Beveraggi salía hacia el Hospital Italiano muy temprano todas las mañanas dado que su maestro Alejandro Pavlovsky, habiendo ganado el concurso de Jefe de Cirugía, lo había privilegiado solicitándole que lo acompañara. De esta manera, comenzó la historia de Beveraggi en el Hospital Italiano.

Me apresuro a relatar cómo fue mi primer encuentro con quien sería mi maestro. Tras rendir los exámenes de admisión a la residencia en el Hospital Italiano tuve la entrevista de rigor. Beveraggi, que era entonces Jefe de Docencia e Investigación y uno de los entrevistadores, no intervino demasiado, saliendo del salón incluso antes de que culmine la misma. Como muchos, yo no sabía si iba a elegir esa u otra residencia, de hecho tenía otra en mente, así que era posible que esa hubiera sido la única vez que lo hubiera visto. Pero al salir, me llamó campechanamente “che Saladillo, vení” y comenzó una charla muy provinciana, nada protocolar, muy típica de él, hasta que fue al grano y me contó su sueño: “quiero hacer el mejor servicio de cirugía del país, pero necesito gente que ame lo que yo amo. Vos sos provinciano como yo: tenés que venir acá...”.

Imaginen el alma de un postulante sediento de todo, pero fundamentalmente ¡de una oportunidad...! Quedé seducido por su personalidad, su proyecto resumido en 5 minutos y, gracias a él, elegí la residencia de cirugía general del Hospital Italiano.

Nunca más hasta hoy se cortó ese vínculo con mi maestro, ese entendimiento fácil, a veces sólo con gestos o miradas, esa admiración por alguien que vale la pena admirar.

Este pequeño relato muestra una de las virtudes de mi maestro: su carisma, su capacidad de motivar, de transferir su sueño en forma simple, clara, sin rodeos y siempre con la verdad por delante.

Para nadie de los aquí presentes, Enrique Beveraggi es desconocido. Como Académico han meritado sus logros al distinguirlo por su trayectoria científica y sus valores éticos como par, lo que me exige de enumerarlos.

En el Hospital Italiano, porque su presencia está tallada en el espíritu, en la visión y en cada rincón de sus pasillos.

En los más jóvenes, porque su nombre es tan grande que no puede pasar desapercibido para quienes se acercan a la cirugía.

Podría hablarles semanas, meses, de Beveraggi, pero el tiempo es breve y quisiera sólo rescatar para los jóvenes aquí presentes el ejemplo de un hombre admirable, un maestro genuino que disfruta del éxito de sus discípulos. Que estimula la independencia de criterio y acepta el disenso aprendiendo constantemente del mismo.

Si tuviera que elegir tres virtudes que conforman esta personalidad fascinante les diría: la humildad, la generosidad y la honestidad.

Constantemente desde el año 1975 he sido testigo fiel de las mismas, y como todo discípulo, muchas veces traté de hallar fallas en mi maestro en la búsqueda inconsciente de afianzar mi personalidad.

Imaginen las presiones a las que puede haber sido sometido un esposo, padre de 4 hijos, jefe de Departamento de Docencia e Investigación, Jefe de Servicio de Cirugía, Director del Hospital Italiano, Director del Plan de Salud, Rector de la Escuela de Medicina, Presidente de la Asociación Argentina de Cirugía, Academia Argentina de Cirugía, Ministro de Salud Pública y abuelo múltiple, entre otras.

He sido testigo de ocasiones donde el hombre puede claudicar, yo hubiera claudicado; pero no fui testigo de una claudicación de Beveraggi. Siempre pensé, que si la Argentina tuviera muchos como él, seguramente sería distinta.

Mi padre me repetía con frecuencia esta frase del genial Julio Verne: "Todo lo que un hombre puede imaginar, otros hombres podrán hacerlo realidad" y yo a esto agregaría: "lo difícil es imaginar".

Y esta característica distingue a mi maestro de muchos de nosotros: él tiene la capacidad de imaginar lo impensable y posteriormente hacerlo realidad.

Gracias a Beveraggi conocí a Thomas Starzl.

Cuando habiendo finalizado mi entrenamiento en cirugía me disponía a regresar a mi Saladillo, Beveraggi se apersonó en mi departamento de la calle Humahuaca a las 8 de la noche y luego de una introducción simple y cordial me espetó, “Vos tenés que irte a Estados Unidos a aprender cirugía hepática y trasplante, eso necesita el país. Thomas Starzl se está mudando de Denver a la Universidad de Pittsburgh y yo tengo el contacto para que lo hagas. Mañana escribire. Ése es tu futuro. Hablé con tu padre: no se va a ofender. Te digo más: te va a decir que esa oportunidad él no la tuvo”.

Y así fue, esas fueron las palabras exactas de mi padre por teléfono al día siguiente.

Siguiendo el consejo, partimos con mi familia hacia Pittsburgh en el año 1981; Martín tenía apenas 1 año.

Mientras me entrenaba en Pittsburgh en 1981 pensaba “esto nunca lo vamos a poder hacer en la Argentina, es como mandar un cohete a la luna; no contamos con estos recursos ni humanos ni materiales...”.

Pero Beveraggi me visitaba en Pittsburgh y me cuidaba, estimulaba y motivaba como los verdaderos maestros.

En uno de esos viajes, junto con el Dr. Fernando Bonadeo, me dijo, “ahora tenés que volver. Vamos a trabajar y lo vamos a hacer en la Argentina”. Él tuvo la capacidad de imaginar...

Mientras realizábamos los primeros trasplantes, Beveraggi caminaba por el quirófano y cada hora me preguntaba cómo marchaba todo. Valoren ustedes lo que significaba ese respaldo. Sin dudas, él tenía los mismos temores que teníamos todos por realizar una tarea de pioneros, pero nunca lo dejaba trasuntar y así nos infundía una enorme seguridad. Si él estaba, todo iría bien.

Finalmente, realizamos 6 trasplantes ese año, entre ellos, el primero en un paciente pediátrico en Latinoamérica. Veinticinco años después tenemos más de 1000 trasplantes hepáticos en el Hospital Italiano y nuestros discípulos lideran varios programas en la Argentina y Latinoamérica.

Hago un paréntesis para mencionar al Prof. Víctor Pérez, amigo, consejero y ayuda fundamental en el desarrollo del programa de trasplante de hígado. Conformaban con mi maestro una dupla excepcional con ejecutividad y visión de futuro. Él fue el responsable de conseguir la ayuda financiera para entrenar a diecinueve profesionales en el exterior con quienes a la postre realizaríamos el primer trasplante de hígado en la Argentina. Su desinteresada actitud es doblemente valorada, dado que nunca pretendió nada a cambio. Sólo le interesó el beneficio que obtuvieron cientos de pacientes que morían o los menos que

viajaban al exterior para recibir un trasplante, erogación millonaria que el país no podía solventar. Gracias Víctor.

Como comúnmente se dice, sin pretender abarcar la vastedad de implicancias del concepto, que “la educación Argentina vive aún del empuje que le dio Sarmiento”, podría decirse que el Hospital Italiano exhibe aún el empuje del proyecto médico de Beveraggi, que básicamente se resumía en médicos de tiempo completo que amen lo que hacen, que investiguen hasta los límites de la especialización en busca de la excelencia y que lo difundan en un proyecto docente riguroso.

Pero como es un soñador con los pies en la tierra, imaginó las condiciones para que el proyecto fuera sustentable en un país permanentemente cambiante. Así no sólo apoyó la creación del Plan de Salud sino la introducción de la especialidad de Medicina Familiar y la del Instituto Universitario, del que finalmente fue su primer Rector. Con ello anticipó dos líneas de trabajo que las Academias de Medicina y Ciencias del mundo fomentan de modo creciente: el imprescindible enfoque social que deben tener los centros de excelencia en una sociedad cuyas inequidades son determinantes evidentes de salud y el creciente reconocimiento de la labor de excelencia de muchas de nuestras colegas mujeres, en pie de igualdad por sus capacidades.

Como dije, no voy a mencionar en particular ninguno de los logros Académicos que ha obtenido mi maestro, pero sí les puedo asegurar que accedió a todos. Tan importante como lo anterior es la gran tarea médica y la devoción solidaria que constantemente lo acompañaron en su relación con los pacientes. Siempre dispuesto a ayudar con palabras de aliento, mezcladas con bromas o anécdotas cuando las circunstancias lo ameritaban.

Esta historia, si quisieran novelada en la relación maestro/discípulo, pretende enfatizar las ventajas de tener un mentor, un guía, un padre adoptivo. Con el agregado que a las verdades de nuestro padre biológico seguramente le daremos menos crédito que a las de nuestro maestro.

A los jóvenes les aconsejo que si aún no tienen un mentor, que se esfuercen en conseguirlo, en buscarlo. Él no les golpeará la puerta y les dirá “quiero que seas mi discípulo”. No, eso es muy improbable en los tiempos que vivimos. Pero no se den por vencidos, y demuéstrenle una y otra vez que les apasiona lo que él ama y así la chance será mayor.

Por último, quisiera transferirles una reflexión, un simple enunciado que los ayudará a separar lo esencial de lo superfluo, lo eterno de lo temporal, y que es fundamental para mantenerse centrado, equilibrado, balanceado. Ese equilibrio mágico y sabio que alinea a los astros, se relaciona con los afectos. Los afectos, creo yo, son la base fundamental de una vida plena llena de satisfacciones y de alegrías.

Beveraggi ha vivido rodeado de afectos; su esposa Margarita, sus cuatro hijos, María, Enrique, Bibiana y Paula, sus dieciocho nietos y dos bisnietos, y

los innumerables amigos. Ellos siempre han constituido ese centro esencial directamente relacionado con su equilibrio emocional.

En mi caso, mi esposa Irene, mis hijas Mariana, Lucía, Milagros y Antonia; mis hijos Martín, Eduardo y Gonzalo, mi nieto Estanislao, quien me ha honrado con la distinción de ser abuelo y mis hijos políticos, Josefina, Maxi y Juane. A ellos les agradezco la fuerza y el amor que siempre me transmiten y prodigan. Incluyo en este núcleo íntimo a mis amigos, Fernando de Santibañes, Gustavo Vicente, Miguel Ciardullo y Mito Pertino, por estar siempre.

Tengo el privilegio de tener un maestro, que me enseñó y enseña con el ejemplo, pero también gozo de la alegría y beneficios de tener discípulos. Aquí en la sala están muchos de ellos, quienes ahora comprenderán el origen de algunas virtudes y secretos de nuestra relación.

He experimentado la dicha de enseñarles, motivarlos, desafiarlos, corregirlos, protegerlos, abrazarlos y en esa mágica relación discípulo-maestro les he dado todo de mí y, ellos a cambio, me han hecho una mejor persona.

A ellos les digo que en este día de tanta significación por el Sital con que he sido honrado, he querido que escucharan la historia de un gran hombre como es Beveraggi, no para relatarla y convocar la atención como en una película fascinante, sino para transmitirles el ejemplo de la pasión y decirles que la mejor enseñanza sería lograr que no se conformen con haberla escuchado, sino que se comprometan con el protagonismo de los verdaderos soñadores como él.

Sres Académicos, reitero mi agradecimiento y prometo dar lo mejor de mí para mantener alto el prestigio centenario de esta Institución.

INCORPORACIÓN DEL ACADÉMICO
CORRESPONDIENTE NACIONAL
DR. LUIS E. ALDAY
(CÓRDOBA)

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACADÉMICO ROBERTO N. PRADIER

Dr. Antonio R. de los Santos⁷

Por pedido del Sr. Presidente de la Academia de Medicina, el Acad. Roberto Pradier, tengo el privilegio de abrir esta Sesión.

Sean mis primeras palabras de bienvenida al Dr. Alday.

El 28 de noviembre de 2013, el Plenario de Miembros de la Academia Nacional de Medicina adoptó en forma unánime la resolución de incorporar al Dr. Luis Eduardo Alday como Miembro Correspondiente Nacional de esta Academia.

La incorporación de un nuevo Miembro es un acto trascendente en la vida de nuestra Institución. Ya desde sus comienzos en 1822, la Academia se preocupó por contar con el aporte de miembros correspondientes que enriquecieran sus actividades esenciales en pro de la promoción de la investigación, la enseñanza y la asistencia médica. Con una visión de futuro notable, la Academia de reciente creación eligió para acompañar a los quince miembros fundadores a personalidades tales como el fisiólogo francés François Magendie quien en el futuro sería el maestro de Claude Bernard, a Nathaniel Chapman de Filadelfia, a Valdez de Lima y a José Pedro Oliveira de Montevideo, quien en ese entonces, era una Provincia Cisplatina de Buenos Aires, detentaba un poder equivalente al del protomédico de Buenos Aires.

Hoy, la Academia cuenta con más de cien miembros correspondientes extranjeros junto a noventa y nueve miembros nacionales, quienes son expresión del crecimiento y desarrollo de las ciencias médicas en todo el territorio argentino.

La designación del Dr. Alday, distingue a un médico que a partir de su formación inicial en la Universidad Nacional de Córdoba, complementada luego en distintos centros del Reino Unido, Estados Unidos y Canadá, trasciende el ámbito nacional como referente en cardiología infantil y, particularmente, en el tema que expondrá en la conferencia de hoy.

El profesor Alfredo Martínez Marull hará una semblanza detallada de la personalidad del Dr. Alday, por lo que yo no me extenderé en ese aspecto.

⁷ Académico Titular, Academia Nacional de Medicina - Buenos Aires, Argentina.

Sólo deseo expresar la satisfacción que supone para la Academia Nacional de Medicina contar con el aporte de ideas que sin duda hará el Dr. Alday.



Acad. A de los Santos y Acad. Luis Alday

Nuevamente, en nombre de la Academia Nacional tengo el placer y el honor de dar la bienvenida al Dr. Alday. Consideramos que su conferencia de hoy será su primera propuesta de trabajo a esta Casa para difundir el conocimiento y proponer líneas de acción para resolver o paliar, el problema de creciente prevalencia como son las cardiopatías congénitas que afectan a pacientes adultos.

Muchas gracias.

PALABRAS DEL DR. ALFREDO MARTÍNEZ MARULL

Con gran placer cumpla esta tarea de presentación al nuevo Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina, de Córdoba, el Dr. Luis Eduardo Alday.

Cordobés, nacido en 1938. Estudioso y disciplinado de joven. Cursó la Carrera de Medicina en la Universidad Nacional de Córdoba donde se graduó en 1960, con promedio general de 9.9; Medalla de Oro y Diploma de Honor. Casado con Ana María de Olmos emprenden ese estilo de vida matrimonial de ser dos en uno. Un ejemplo de pareja con seis hijos, a quienes enseñaron la virtud de la verdad y del honor, que asegure el apoyo ético y moral para saber ser personas honorables.

Desde 1961 inicia su etapa profesional con afinidad a la clínica médica y a la cardiología pediátrica, para lo cual cumplió la residencia de medicina interna y los postgrados de cardiología general y de infantil hasta 1970. A partir de allí, y con gran espíritu de sacrificio, desarrolló su tarea profesional, científica, docente, documentada en publicaciones tanto de orden local, nacional y del extranjero.

Miembro de diversas sociedades médicas nacionales y extranjeras, en especial de cardiología. Y en donde en 1998 ocupó la Presidencia, a la que agrega noventa publicaciones en revistas de cardiología del país y del extranjero. De ellas, cincuenta y una son arbitradas por pares y cuarenta en la Revista Argentina de Cardiología, La Revista Médica de Córdoba, Intimidades de Cardiología. Además, importa destacar su activa participación en seis capítulos en libros de cardiología infantil, su especialidad, y de cardiología y medicina en general.

Quizás debía haberlo aclarado previamente, pero al Dr. Alday lo conozco desde hace más de cuarenta años; como persona y como médico. Cuando ambos pertenecíamos al Hospital Honorio de Córdoba, él como residente y yo, como cirujano. Obviamente, ello me permite destacar su sesgo de honradez intelectual y profesional; que desde aquellos tiempos siempre mantuvo, y es la razón de fondo de ese espaldarazo recibido de las sociedades científicas de cardiología y cardiología infantil. Además de las correspondientes de Córdoba.

Ciertamente es a estas palabras enroladas en la presentación, a las que pretendo quitarle el ropaje profesional y académico y mostrar sólo al hombre, a la persona premiada con tal alta distinción. Los maestros de la medicina siempre decían “no se puede ser buen médico si no se es buena persona”. Sin dudas, la mejor razón o quizás la única de que la conducta es el espejo donde se refleja nuestra imagen.

Nuestro nuevo académico es sincero y veraz. Alguien que prefiere el silencio al descuido de la palabra. Una auténtica demostración de que la modestia no es impedimento para prevalecer y que la grandeza sin vanidad es, sencillamente, posible. Pero por encima de todo, deseo resaltar ese tinte ético-moral que ha sabido sustentar siempre en el respeto irrestricto a los valores de vida.

Permítanme comentar que hace pocos días, en una reunión familiar, yo decía que los argentinos debemos reparar la cadena de socialización del hombre, formando padres dedicados a la familia y maestras consustanciadas con la misión de enseñar el valor de estudiar y saber convivir. Sin embargo, todavía nos está faltando el respetar, cumplir y hacer cumplir la ley; para no caer en ese disimulo de “hacer” cuando no hacemos. En síntesis, volver a creer para poder creernos.

Sin dudas esta presentación es una misión que cumpla con placer, pues diseccionando su curriculum aparecen aquellos valores espirituales que le ayudaron a cumplir el trabajo disciplinado y silencioso de su carrera profesional y docente. Aquella actividad diaria y recatada de hacer grandes y pequeñas cosas pero con el respaldo de la ética y la honestidad intelectual; es decir, la mayéutica socrática, ese pacto intelectual de ayudar a pensar.

Los argentinos nos seguimos debiendo un verdadero rescate cultural. Una vivencia nacional que desplace la permisividad, la figuración y el facilismo. Reclamando y reafirmando que ser, no es igual que tener; que para aprender, debemos reemplazar el dominante gen de la estoidés humana por el de la honestidad y bondad sin envidia.

Por otra parte, recordemos que el acto médico está centrado y debe seguir siéndolo, por cierto, en la confianza que se entrega a una conciencia. Es una definición que no deberíamos olvidar en estos tiempos de apoptosis cultural y científica. El estar al día con la medicina y donde la evidencia, como sinónimo de verdad es aquella confianza que hoy parece un mito. ¿Será por ello que sano es alguien insuficientemente explorado? ¿Será moral conocer estas realidades y no plantearlas ante quienes deben resolverlas? Vivimos épocas de grandes cambios en prospectiva y en preferencia. Prospectiva como aquello de pensar el futuro para actuar el presente. Preferencia, aquello de actuar el presente, pensando en el futuro. Ambos, testimonian la esencia del ejercicio de la medicina.

Sir William Osler decía: “la medicina no es un oficio para aprender, sino una profesión para abrazar”. Recordemos además el valor del ejemplo en educación que no es sólo la mejor forma de enseñar, sino la única.

Desde luego, todas las cualidades morales de nuestro beneficiario, al que agrego el puntilloso respeto al paciente, el hombre enfermo; reconociendo que no siempre las decisiones médicas se deben ligar al rigorismo científico sino el sentimiento médico frente al dolor y la esperanza.

Como aquel pensamiento de Osvaldo Loudet: “no es posible estudiar al enfermo por el agujerito de una especialidad”. No debemos fragmentarlo. El enfermo es como un panorama a quien de distintos ángulos debemos comprender.

Sr. Presidente, no sólo para evitar tedios, termino aquí mi cometido, sino por considerar que corresponde ceder la palabra al nuevo Miembro Correspondiente Nacional de Córdoba, el Académico Luis Alday quien nos expondrá su visión actual del tema en cuestión. Dr. Alday, lo invito a ocupar la tribuna.

LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO POR EL ACADÉMICO RECIPIENDARIO DR. LUIS E. ALDAY⁸

Buenas noches.

En primer lugar, agradezco las palabras del Dr. de los Santos, Secretario de la Academia Nacional de Medicina y también del Dr. Martínez Marull, que fueron sumamente bondadosas y que me han conmovido.

Para mí es realmente un honor. Nunca me imaginé que iba a llegar a ser miembro de esta Academia. Y después de escuchar al Dr. Martínez Marull, que tiene una verba poética, creo que es momento de comenzar con la parte técnica de esta disertación que fundamentalmente trataré de hacerla comprensible para toda la audiencia.

Voy a referirme a las Cardiopatías congénitas del adulto, tema sumamente vigente en este momento.

Introducción

Según un meta-análisis reciente, la prevalencia de las cardiopatías congénitas (CC) ha aumentado notablemente desde las estimaciones iniciales en la década del 30 del siglo pasado de 0,6 al 9,1 por 1000. ⁽¹⁾ Este estudio mostró además, una prevalencia estable en las últimas dos décadas que correspondería al nacimiento de 1,35 millones de recién nacidos con CC por año. La gran diferencia entre los datos anteriores que arrojaban una prevalencia de 0,4 a 0,8 por 1000 niños nacidos vivos, se explica porque las CC se diagnosticaban mucho menos frecuentemente que en la actualidad por ausencia de recursos tecnológicos y desinterés en el tema por las escasas posibilidades terapéuticas. Por otra parte, pacientes con condiciones moderadas y severas morían precozmente y los textos especializados de la época se ocupaban fundamentalmente de los hallazgos anatómo-patológicos. ⁽²⁾

Los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las CC ocurridos a partir de mediados del siglo pasado han sido notables. Hoy en día, prácticamente todas las CC pueden ser tratadas y si se cuenta con los medios adecuados, más del 90% de los pacientes pueden llegar a la edad adulta. Un estudio de la base de datos de CC de la provincia de Quebec en Canadá, ha mostrado que en 2010, dos tercios de la población general con CC son adultos aun con variedades severas de cardiopatías, de modo que superan la prevalencia en niños. ⁽³⁾ Los autores alertaron sobre la necesidad de destinar recursos y planeamiento de necesidades de personal entrenado para la atención de esta población con rápido crecimiento.

Como consecuencia de lo antedicho, ha habido un cambio en la mortalidad de las CC que anteriormente predominaba en la niñez mientras que ahora es más prevalente en los adultos con tendencia a acercarse a la mortalidad en la población

8 lealday@arnet.com.ar

general. La curva de mortalidad que tenía conformación bimodal (predominio de mortalidad en las edades temprana y adulta) es más bien semejante a la curva unimodal de la población general. ⁽⁴⁾ Este fenómeno ha sido determinante para el surgimiento de una nueva subespecialidad, la CC geriátrica. ⁽⁵⁾



Figura 1

El incremento de estos pacientes necesariamente ha planteado inquietudes para los profesionales y centros de la salud. Pacientes complejos con mayor expectativa de vida requieren asistencia médica, internaciones, procedimientos, cirugías, reintervenciones y cuidados especiales por embarazos con más frecuencia que la población general. Estos hechos han motivado que las publicaciones sobre temas relacionados a las CC del adulto se hayan triplicado de 20 años atrás a esta parte. (Figura 1) En los congresos médicos el tema comenzó a demandar mayor espacio y, conscientes de su importancia, sociedades cardiológicas comenzaron en Europa, Norte América y Asia Pacífico a desarrollar reuniones totalmente dedicadas a este tópico.

Por todo lo antes expuesto, el objetivo de esta presentación es abordar la problemática que plantea esta población de pacientes que actualmente es la de más rápido desarrollo en cardiología.

Epidemiología

Para los Estados Unidos, con una población de 311 millones de habitantes, se estima que los adultos con CC superan un millón de personas. ⁽⁶⁾ Trasladando esa estimación a América Latina, que cuenta con 595 millones de habitantes, tendríamos poco menos de 1.5 millones de afectados y en la Argentina, con población de 41 millones alrededor de 100.000 adultos con CC.

Ante esta realidad, se efectuó una encuesta a los presidentes de sociedades cardiológicas de Latino América con la finalidad de saber cómo era la situación de estos pacientes formulándoles las siguientes preguntas: 1) Estimación de

la población de adultos con CC. 2) Quiénes son los proveedores de salud. 3) Quiénes efectúan los tratamientos por cateterismo y cirugía. 4) En qué hospitales se realizan. 5) Cómo se lleva a cabo la transición. 6) Cómo se costea la atención médica. No obstante la actualidad e importancia del tema, sólo respondieron de siete países (Argentina, Chile, Cuba, Ecuador, Guatemala, México y Venezuela).

La estimación de adultos con CC para cada país se efectuó trasladando las cifras supuestas en EE.UU. puesto que no existen estadísticas oficiales. Pudo apreciarse de las respuestas que alrededor del 22% de los pacientes continuaban siendo tratados en hospitales pediátricos como consecuencia del desconocimiento y/o falta de medios en los hospitales generales. Los profesionales a cargo de la atención en el 46 y 27% de los casos eran cardiólogos generales o pediátricos respectivamente. Sólo 18% de los pacientes recibían cuidado por especialistas en CC de adultos y en 9% era indistinto el médico a cargo. En cuanto a los procedimientos terapéuticos intervencionistas, el 70% eran realizados por hemodinamistas o cirujanos cardiovasculares pediátricos lo que es lógico dada la mayor familiaridad de éstos con respecto a la contraparte de especialistas en adultos a cargo del 30% restante. La transición del paciente pediátrico a partir de los 16 años era programada en 2/3 de los casos a centros con facilidades para atención de niños y adultos o a hospitales generales y, en el tercio restante, no estaba reglada o el paciente directamente concurría a hospitales generales cuando era necesario. El planeamiento de una transición ordenada evitaría los hiatos sin atención médica que ocurren alrededor de 2 o 3 años desde la edad de la transición y en pacientes con condiciones simples o moderadas. ⁽⁷⁾ Un relevamiento reciente de los centros que asisten adultos con CC en los EE.UU. mostró que el número actual es insuficiente pero que, de los existentes, el 66% funcionaba con facilidades combinadas entre hospitales generales y pediátricos. ⁽⁸⁾ Esta asociación es con la que contamos actualmente en la ciudad de Córdoba que se facilita por la proximidad de los hospitales que permite un fluido intercambio entre cardiólogos, hemodinamistas y cirujanos de ambos grupos etarios. La cobertura de salud en esta población especial, sobre todo, los que presentan CC complejas, es por demás costosa por lo que existen dificultades para acceder a la atención médica. De tal manera, que en 41% de los casos, los gastos corren por cuenta del estado y en sólo 12% por seguros prepagos. Las obras sociales de trabajadores cubren 18% de los pacientes y el resto es costeado por el paciente o familiares o bien parcialmente por algún tipo de seguro. Es importante destacar, que estos datos sólo muestran el 30% del total de sociedades cardiológicas de Latino América, reflejando que las CC del adulto no ocupan un lugar predominante en la agenda de las mismas.

Transición y el síndrome de Peter Pan

Cuando los pacientes con CC alcanzan la edad de la transición, especialmente aquellos que han requerido frecuentes cuidados médicos por condiciones moderadas o complejas, no es infrecuente que no quieran dejar a su pediatra cardiólogo de cabecera que puede tratarse de un profesional que los ha seguido desde el momento del nacimiento. Hoy también podríamos decir aún desde antes de nacer, dado el adelanto que ha tenido la medicina fetal que permite diagnosticar

y a veces tratar, anomalías durante la gestación. Estos niños se han familiarizado tanto con sus médicos que no quieren abandonarlos y pasar a ser atendidos por profesionales especialistas en adultos que poco saben de su historia previa.

Inspirándonos en el personaje de Barrie que no quería crecer, decimos que estos pacientes tienen el síndrome de Peter Pan. ⁽⁹⁾ Puede ocurrir también lo contrario, que el médico no quisiera que el niño a partir de determinada edad sea derivado a especialistas y hospitales que no conozcan en detalle el tratamiento adecuado para condiciones complejas. Esta situación podría muy bien denominarse síndrome de Peter Pan paradójico. Estos conflictos podrían superarse con una transición ordenada y bien planeada donde participen los médicos iniciales y los que asisten adultos con CC con un asesoramiento psicológico adecuado. Estas medidas posibilitarán una transición menos traumática con aceptación de los pacientes comprendidos en razón de la edad alcanzada.

Registro de CC del adulto en nuestro país

En el Servicio de Cardiología del Hospital de Niños de Córdoba se comenzó a asistir cada vez con mayor frecuencia a adultos con CC a partir de la década del 80 del siglo pasado. La mayoría de estos pacientes eran producto de la transición de la niñez a la adolescencia después de haber sobrevivido una operación cardiovascular. Con menor frecuencia eran adultos con CC con enfermedades no diagnosticadas a edad más temprana que eran derivados de otros hospitales. Estos pacientes se sentían incómodos en salas de espera que compartían con niños de todas las edades. Se decidió entonces crear un consultorio externo exclusivamente para ellos y que funcionaba independientemente del consultorio general. El rápido crecimiento de esta población con diferentes necesidades de cuidado médico, muchas veces con situaciones nunca antes vistas, impulsó a crear un registro de CC del adulto que comenzó a enrolar todos los pacientes provenientes de la transición y los que consultaron a partir de los 16 años de edad a partir de enero de 2000. Hasta junio de 2014 se habían enrolado 842 pacientes.

Clasificación de las CC del adulto de acuerdo con la severidad

Los pacientes enrolados en el registro fueron clasificados según su severidad de acuerdo con la clasificación propuesta por una fuerza de tareas publicada en 2001. ⁽¹⁰⁾ Esta clasificación distinguía tres grandes grupos: 1) Formas simples. 2) Moderadas. 3) Complejas. Las entidades encuadradas en cada grupo están referidas en la cita bibliográfica.



Figura 2

Se compararon los porcentajes de afectados por grupo del registro local con las estimaciones de la fuerza de tareas de los EE.UU., apreciándose una gran similitud de los grupos, validando la estimación local. (Figura 2) También se compararon las anomalías más frecuentes con las observadas en Toronto donde existe desde hace tiempo un centro muy prestigioso de CC de adultos. Se apreció que el 90% de los pacientes de la provincia de Córdoba eran portadores de un grupo de 9 condiciones similares a las 10 observadas en Toronto. ⁽¹¹⁾ (Figura 3, Tabla I). La diferencia apreciada entre las dos listas se explicaba porque en Toronto el síndrome de Eisenmenger se lo consideró como una alteración por sí misma mientras que en la estadística local fue considerada una complicación de otras patologías. En definitiva, en prácticamente un grupo de 9 o 10 anomalías constituyen el 90% de los casos de adultos con CC asistidos en centros especializados en su cuidado.



Figura 3

No obstante, no es para nada inusual encontrarnos con situaciones que constituyen verdaderos desafíos. Sólo para dar unos pocos ejemplos cito 4 de pacientes recientes derivados de nuestra ciudad o de provincias vecinas como una paciente cianótica de 35 años de edad con profunda cianosis y antecedentes de accidentes cerebro-vasculares (ACV) con hallazgos cardiovasculares normales que presentaba malformaciones arterio-venosas pulmonares gigantes, en las que nadie había pensado, fue tratada exitosamente con embolización de las fistulas por cateterismo; otra paciente de edad similar con comunicación interauricular severa, eosinofilia y rápida instalación de hipertensión pulmonar con insuficiencia cardíaca congestiva descompensada debida a infestación por toxocara canis con excelente evolución después de tratada la parasitosis y cierre quirúrgico de la comunicación; una paciente de 18 años derivada por ACV causado por ruptura de aneurisma del círculo de Willis, coartación de aorta severa y síndrome de Turner fue tratada con embolización de los aneurismas y angioplastia con stent de la coartación y, finalmente, un paciente de 22 años derivado con diagnóstico de pericarditis y que en realidad tenía disección de aorta ascendente por válvula aórtica bicúspide como primera manifestación de su enfermedad, tratado con cirugía de Benthal con excelente resultado.

Tabla I Las CC en adultos más frecuentes en Toronto <i>Webb GD, Connolly MS, 1997</i>	
■	Comunicación interauricular
■	Comunicación interventricular
■	Estenosis valvular pulmonar
■	Tetralogía de Fallot
■	Obstrucción del TSVI
■	Coartación de aorta
■	Ductus arterioso permeable
■	Síndrome de Eisenmenger
■	Transposición de grandes arterias
■	Canal atrioventricular

Tabla 1

Mortalidad en las CC del adulto

Si bien la expectativa de vida en adultos con CC se ha prolongado en forma notable acercándose a la de la población general debido a las nuevas modalidades de diagnóstico y tratamiento, aún tenemos una mortalidad bastante superior si la comparamos con las estadísticas de mortalidad para sujetos sin CC. En el registro local, la edad promedio del total de fallecidos puede apreciarse en la Figura 4 y se observa que los que tienen anomalías complejas mueren mucho antes que los que presentan condiciones simples o moderadas. Con respecto a las causas de muerte, las más comunes fueron insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar y muerte súbita, con menor frecuencia ocurrieron muertes por cirugía cardiovascular, tromboembolismo y causas no cardíacas.

A fin de correlacionar estos resultados con registros similares, se cotejaron estas cifras con las del registro Concor de los Países Bajos donde la gran mayoría de la población se encuentra enrolada y en un período de tiempo similar al local pero obviamente con muchos más pacientes. ⁽¹²⁾ La edad media de los pacientes inscriptos fue similar a la de Córdoba pero el porcentaje de muertes y la edad media al fallecimiento fueron menor y mayor, respectivamente, lo que indica que existe un margen para mejorar estos resultados. (Figura 5) Una conducta que ha permitido obtener una reducción significativa de la mortalidad consistió en la derivación de estos pacientes a centros especializados en su cuidado. ⁽¹³⁾



Figura 4



Figura 5

Rol de organizaciones no gubernamentales

Personal médico, que incluye médicos, técnicos y enfermeros, y pacientes con CC y sus allegados, han creado organizaciones que promueven el cuidado y desarrollo de guías para el tratamiento, realización de reuniones científicas, investigaciones, educación y apoyo logístico entre otras tareas para ayudar a la población creciente de adultos con CC.

Los profesionales de la medicina fundaron la Sociedad Internacional de Adultos con Cardiopatías Congénitas cuya sigla en inglés es ISACHD (International Society for Adult Congenital Heart Disease), y que tiene ramificaciones por casi todo el mundo. ⁽¹⁴⁾ Argentina tiene la representación de Sudamérica por haber colaborado activamente en sus emprendimientos. Anualmente se llevan a cabo 2 reuniones científicas en ocasión de las reuniones del American College of Cardiology y la American Heart Association que tienen asiento en los EE.UU. También se ocupa de estudios multicéntricos, actualización de la literatura médica relacionada, promoción de reuniones científicas afines y quizás lo más importante, ha conseguido que las CC del adulto sean consideradas como una nueva subespecialidad en la cardiología. Simultáneamente se han creado residencias para entrenamiento de profesionales en la especialidad. En Córdoba se habilitó hace ya 5 años la primera de ellas en nuestro país.

Los pacientes, a su vez, crearon la Asociación de Adultos con Cardiopatías Congénitas, en inglés Adult Congenital Heart Association y su sigla es ACHA. ⁽¹⁵⁾ Esta sociedad ha logrado objetivos sorprendentes con trabajo continuado y esfuerzo. Por un lado, organizando grandes marchas en distintas ciudades de los EE.UU. han hecho acopio de fondos utilizados para diversos emprendimientos como conferencias por internet (webinars) para esclarecimiento de pacientes, profesionales y público en general, relacionadas con CC en adultos, diseño de un "Pasaporte de Salud" que se entrega a los pacientes con detalles de su enfermedad para que cualquier médico se interiorice rápidamente de su condición y sepa cómo actuar o a quién consultar en emergencias, folletos ilustrativos para prevención de endocarditis, "Directorios para Viajes" con las direcciones de centros especializados en el mundo para ayuda ante problemas de salud que ocurran lejos de su domicilio, etc. Esta asociación, organiza además, una marcha anual al parlamento en Washington para solicitar que en el tratamiento del presupuesto nacional se destinen fondos para este tipo de pacientes que por la complejidad de sus afecciones con frecuencia ocasionan costos importantes en salud. En nuestro país, tomando de modelo esa asociación, una paciente muy voluntariosa fundó si se quiere una filial denominada Asociación Argentina de Cardíacos Congénitos Adultos.

Indicadores de calidad

Los centros especializados en el diagnóstico y tratamiento de CC del adulto deben cumplir con una serie de requerimientos para asegurar la calidad de los cuidados que ofrecen. Un trabajo reciente menciona cuáles son los indicadores de calidad para el tratamiento de una serie de lesiones. ⁽¹⁶⁾ Se mencionan: 1) Visita anual con un especialista requerida para cierre de comunicación interauricular (CIA)

cuando se asocia a hipertensión pulmonar, arritmia o valvulopatía, en coartación de aorta (CA) reparada, síndrome de Eisenmenger (SE), Fontan, transposición de grandes arterias (TGA) y tetralogía de Fallot (TF). 2) Saturación de O₂ anual en SE y Fontan. 3) Cateterismo por especialista en CC para CA con intervención, Fontan, TGA y TF. 4) Asesoramiento para profilaxis de endocarditis infecciosa en CIA, SE, TGA y TF. 5) Discutir sobre embarazo y anticoncepción en SE, Fontan y TGA. 6) Electrocardiograma anual en TGA y TF. 7) Ecocardiograma transesofágico por experto en imágenes en CC en Fontan, TGA y TF. Esta lista no se agota en esta enumeración, sino que tiene por objeto dar ejemplos de los servicios esenciales con que debe contar un centro especializado en adultos con CC.

Calidad de vida

La supervivencia lograda en adultos con CC debe acompañarse de una calidad de vida razonable. Esto se está logrando por los adelantos diagnósticos y terapéuticos. Hasta ahora, son pocos los estudios que se han ocupado del tema. Para tener una visión amplia de lo que ocurre en el mundo, se lanzó en 2013 el estudio APPROACH-IS que está reclutando pacientes adultos con CC de muchos centros internacionales, Córdoba incluida, donde éstos responden a un cuestionario exhaustivo que analiza la calidad de vida. (Figura 6) ⁽¹⁷⁾ Se espera contar con la información pertinente el año próximo lo que redundará en un beneficio para esta población puesto que los resultados permitirán adecuar conductas para su cuidado.



Figura 6

Conclusiones

Los adultos con CC son la población de más rápido crecimiento en cardiología y actualmente superan en número a los pacientes en edad pediátrica. El registro local tiene similitud con los internacionales.

Los sistemas de atención de la salud debieran estar preparados para atender sus necesidades expandiendo el entrenamiento de especialistas. Las sociedades de cardiología deberían tener un mayor compromiso con los adultos con CC.

La mejor calidad de vida debe añadirse a lo logrado en supervivencia.

Muchas gracias

Bibliografía

1. Van der Linde D, Konings EEM, Slager MA, y col. Birth prevalence of congenital heart disease worldwide. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58: 2241-7.
2. Abbott ME. Atlas of congenital cardiac disease. New York: Ed. American Heart Association. 1936.
3. Marelli AJ, Ionescu-Ittu R, Mackie AS, y col. Lifetime prevalence of congenital heart disease in the general population from 2000 to 2010. *Circulation* 2014; 130: 749-56.
4. Khairy P, Ionescu-Ittu R, Mackie AS, y col. Changing mortality in congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2010; 56: 1149-57.
5. Afilalo J, Therrien J, Pilote L, y col. Geriatric congenital heart disease. Burden of disease and predictors of mortality. *J Am Coll Cardiol* 2011; 58: 1509-15.
6. Warnes CA, Williams RG, Bashore TM, y col: ACC/AHA 2008 guidelines for the management of adults with congenital heart disease: Executive summary. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52: 1890-947.
7. Gurvitz M, Valente AM, Brober C, y col: Prevalence and predictors of gaps in care among adult congenital heart disease patients: HEART-ACHD (the health, education, and access research trial). *J Am Coll Cardiol* 2013; 61: 2180-4.
8. Patel MS, Kogon BE: Care of the adult congenital heart disease patient in the United States: a summary of the current system. *Pediatr Cardiol* 2010; 31: 511-4..
9. Barrie JM. Peter Pan and Wendy. Hodder & Stoughton, Londres, 1911.
10. Warnes CA, Liberthson R, Danielson GK, y col. Task force I: the changing profile of congenital heart disease in adult life. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37: 1183-7.
11. Webb GD, Connelly MS. Adult congenital heart disease. In Freedom RM, editor, *Congenital Heart Disease*. Series editor Branwald E. Atlas of Heart Diseases, Mosby Year-Book, St Louis (1997).
12. Verheugt CL, Uiterwaal CSPM, van der Velde ET, y col. Mortality in adult congenital heart disease. *Eur Heart J* 2010; 31: 1220-9.

13. Mylotte D, Pilote L, Ionescu-Iltu R, y col. Specialized adult congenital heart disease care: the impact of policy on mortality. *Circulation* 2014; 129: 1804-12.
14. www.isachd.org.
15. www.achaheart.org.
16. Gurvitz M, Marelli A, Mangione-Smith R, y col. Building quality indicators to improve care for adults with congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2013; 62: 2244-53.
17. Apers S, Kovacks AH, Luyckx K, y col. Assessment of patterns of patient-reported outcomes in adults with congenital heart disease. International study (APPROACH-IS): rationale, design and methods. Enviado para publicación.

NECROLÓGICA

ACADÉMICO
DR. ABRAAM SONIS

PALABRAS RECORDATORIAS POR EL SR. PRESIDENTE
ACADÉMICO
DR. ROBERTO N. PRADIER

PALABRAS RECORDATORIAS⁹
ACADÉMICO TITULAR DR. ABRAAM SONIS



12-12-1921 / 16-05-2014

Como Presidente de la Academia Nacional de Medicina y en nombre de la Institución, me veo en la triste misión de despedir al Acad. Abraam Sonis.

Con su fallecimiento pierde el país y la Academia a un especialista en educación médica y salud pública de reconocimiento, no sólo nacional sino internacional.

El interés por la salud pública del Dr. Sonis marcó, sin duda, su paso por la medicina desde la obtención de su título de médico en la Universidad Nacional del Litoral en 1947 y se consolidó con la obtención del Diploma en Salud Pública de la Escuela de Higiene de la Universidad de Londres en 1960.

A su regreso a nuestro país, fue profesor de Administración de la Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires desde 1962 y luego Director de la misma escuela hasta 1971 y, a continuación, Director del Centro Latinoamericano de Administración Médica hasta 1974.

Contribuyó muy eficazmente a la información médica con la organización y dirección del centro Bireme en San Pablo, entre 1976 y 1982.

Se desempeñó, luego, como consultor de la Fundación Rockefeller para el desarrollo de la información biomédica en América Latina y en diversos programas de la Organización Panamericana de la Salud con iguales fines y asesorando a varios ministros de Salud de la Nación.

Su interés por la educación médica lo llevó a ejercer el decanato de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Maimónides, desde 1991 hasta la actualidad.

9 17 de mayo de 2014.

Fue elegido Académico Titular de esta Academia en septiembre de 2000, en el Sitial N° 29, sucediendo al Académico Horacio Rodríguez Castells.

Desde 2002 hasta ahora, fue el Director Científico del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de esta Academia, desarrollando una importante labor en el conocimiento de la realidad en salud de nuestro país.

Su legado en libros de la especialidad, trabajos científicos, participaciones en congresos, miembro de jurados internacionales, premios, etc., es demasiado vasto para su descripción en detalle. Rescatamos la línea principal de su interés constante para que los beneficios de la buena medicina llegaran al mayor número posible de nuestros semejantes.

El Acad. Abraam Sonis será recordado con orgullo por sus familiares y discípulos, con cariño por sus amigos y con admiración y respeto por todos los que lo conocimos.

Acad. Roberto N. Pradier

Presidente

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Presentados en Sesión Pública Ordinaria

Sesión del 2 de Junio de 2014

LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

**DR. JORGE H. ANDRADE†, DR. ROBERTO MEISS, DR. ROBERTO CHUIT,
DRA. ALEJANDRA ABELDAÑO,
COORDINADORES Y PROFESIONALES**

LINFOMAS CUTÁNEOS PRIMARIOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

DR. JORGE H. ANDRADE†¹⁰, DR. ROBERTO MEISS¹¹, DR. ROBERTO CHUIT¹²,
DRA. ALEJANDRA ABELDAÑO¹³,
COORDINADORES Y PROFESIONALES¹⁴

Presentado por el Sr. Acad. Roberto Pradier

RESUMEN

Introducción. Los linfomas cutáneos primarios (LCP) son procesos proliferativos malignos de linfocitos T o B cuya primera manifestación clínica es la presencia de lesiones en la piel sin compromiso, al momento del diagnóstico, de enfermedad extra-cutánea con posible afectación ganglionar o visceral en el curso de la enfermedad. La piel es el segundo lugar (30%) de los linfomas no Hodgkin extra-nodales. La incidencia mundial anual estimada es de 0,5 a 1 x 100 000 habitantes, con un aumento constante en las últimas décadas. Dada la baja incidencia de LCP se llevó a cabo un estudio epidemiológico, a través de un grupo colaborativo, para conocer los patrones epidemiológicos de LCP en la Argentina. **Objetivo.** Describir el perfil epidemiológico, clínico y patológico de los casos reportados de LCP en forma retrospectiva y prospectiva, por profesionales de la salud, pública y privada, que se adherieron, voluntariamente al grupo, durante el período 2010-2014. **Metodología.** Diseño: "sistema bimodal", observacional, cuantitativo, cualitativo y longitudinal. Población: casos de LCP histológicamente

10 Secretario Técnico, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina.

11 Jefe del Departamento de Patología, Instituto de Estudios Oncológicos, Academia Nacional de Medicina.

12 Jefe de Departamento de Estadística e Informática, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina.

13 Representante del Grupo Argentino de Linfomas Cutáneos.

14 Coordinación: Dra. Abeldaño, Alejandra; Dra. Acosta, Ana; Dr. Andrade, Jorge; Dra. Cañadas, Nadia; Dra. Cervini, Andrea; Dr. Chuit, Roberto; Dra. Enz, Paula; Dra. García Pazos, Laura; Dr. Maskin, Matías; Dr. Meiss, Roberto; Dra. Narbaitz, Marina; Dra. Orentrajch, Mirta; Dra. Torres, Natalia; Dra. Vanzulli, Silvia. Profesionales: Dr. Aldasoro, Martín; Dr. Fridmanis, Miguel Isaac; Dra. Orentrajch, Mirta; Dra. Pereira Carolina; Dr. Meiss, Roberto; Dr. Marise, Carlos; Dr. Consigli, Javier; Dr. Scappini, Miguel; Dra. Abeldaño, Alejandra; Dra. Arias, Mariana; Dra. Benedetti, Adriana; Dr. Maskin, Matías; Dra. Argañaraz Olivero, María Guadalupe; Dra. Giuliodori, María Soledad; Dr. Cordero, Andrés; Dra. Minaudo, Paula Carla; Dra. Bassotti, Adriana; Dr. Carlos Alberto Seguin Escobedo; Dra. De Amat Loza, Ferdinand; Dra. Salazar de Talamazzi, Silvia; Dra. Cippolletti Wohlmuth, Sibyla; Dra. Villarreal, Marta Alejandra; Dra. Acosta, Ana; Dra. Colque Alvarado, Ángela Doris; Dra. Faira, Geradine; Dr. Schejtman, Adrián Alejandro; Dra. Valdéz, Nilda Mabel; Dra. Cañadas, Nadia Guadalupe; Dra. Cervini, Andrea Bettina; Dra. Torres, Adriana Natalia; Dra. Enz, Paula Andrea; Dr. De Luca, David; Dra. Zambrano Franco, Andrea; Dr. Cheli, Santiago; Dr. Fagre, José Vicente; Dr. Fagre, José Sebastián; Dra. Feiguin, Laura; Dra. Fontana, María Inés; Dr. Politi, Andrés; Dra. Alperovich, Myriam; Dr. Ubogui, Javier; Dra. García Pazos, María Laura; Dra. Pérez Chada, Lourdes; Dra. Velásquez Lopera, Margarita M

confirmados y estadificados, reportados por cada uno de los participantes en el desarrollo del período de estudio (2010-2014). Técnicas y herramientas para la recolección de datos: plantillas desarrolladas específicamente para ser completados por Internet en la web (www.redlinfomacutaneo.org.ar) donde se informó: a) datos de los centros informantes; b) datos del paciente, c) antecedentes personales; d) patología e inmunohistoquímica y e) estadios de presentación. **Resultados.** Al 31/04/14 se reportaron un total de 431 casos. **1-Centros participantes:** 24 de la Argentina, 1 de Colombia y Perú, **1. 2-Pacientes:** a) Cobertura de salud de los pacientes: obra social, 49,9%; sin cobertura, el 26,5% y prepago, el 16,7%; b) Género: 55,9% hombres y 44,1% mujeres; c) Edad: media 53 años, la mediana 57 años, rango de 3 meses a 93 años; la distribución por grupos de edad fue: menos de 19 años, 10,7%; 20-29, 4,6 %; 30-39, 8,3%; 40-49, 14,6%; 50-59, 16,3%; 60-69 años, 21,5%; 70-79, 16.9%; 80 años o más, el 7%. d) Raza: en los casos de la Argentina (361) predominaron los caucásicos (79,2%) y en los casos de Colombia (70) los amerindios (87,1%); **3-Antecedentes:** a) La infección viral: 5,9% con predominio de EVB (33,3 %); b) Enfermedad inflamatoria de la piel: el 23,9% con el predominio de eccema (13,1%); c) Cáncer: el 7,4% con predominio de linfoma-leucemia (25.1%); d) Exposición a tóxicos: 4,2% con predominio de pesticidas (33,3%) y e) Inmunosupresión: 1,9%. **4-Patología:** MF (variantes) / SS, 75,6%; otros linfomas T, 15,6% y linfomas B, 8,8%. **5-Estadios de presentación:** en los casos de MF (y variantes) / SS: IA, 45%; IB, 28,7% ; II, 7,0%; III, 4,4%; IIIA, 2,0 %; IIIB, 0%; IVA1, 1,6%; IVA2, 0,6%; IVB, 0,6 %.

Palabras clave: linfoma- primario- piel.

ABSTRACT

Introduction. Primary cutaneous lymphomas (PCL) are proliferative malignant lymphomas (B or T lymphocytes) whose first clinical manifestation is the presence of skin lesions without any, at diagnosis, extra- cutaneous disease with possible nodal or visceral involvement in the course of the disease. The skin is the second location (30%) of extra-nodal non- Hodgkin lymphomas. The estimated worldwide annual incidence is 0.5-1 x 100,000 inhabitants with a steady increase in recent decades. Given the low incidence of PCL an epidemiological study, through a collaborative group, was carried out to know the epidemiological patterns of PCL in Argentina. AIM. To describe the epidemiological, clinical and pathological profile of PCL cases reported, retrospectively and prospectively, by healthcare, public and private, voluntarily adhered to the group, over the period 2010-2014. Methodology. Design: "bimodal system", observational, quantitative, qualitative and longitudinal. Population: PCL cases of histologically confirmed and staged, reported by each of the participants in the development of the study period (2010-2014). Techniques and tools for data collection: templates specifically developed to be completed on- line on the web (www.redlinfomacutaneo.org.ar) reported: a) the informant data center; b) patient data; c) personal history; d) pathology and immunohistochemistry and e) stages of presentation.

Results. At 4/31/14 a total of 431 cases were reported. 1-Participating centers: 24 of Argentina, Colombia 1 and Peru 1. 2 - Patients: a) Health coverage of patients: social security, 49.9%; without coverage, 26.5% and prepaid, 16.7% ; b) Gender: 55.9% male and 44.1% female; c) Age: mean 53 years, median 57 years, range from 3 months to 93 years; distribution by age group was: under 19 years, 10.7%; 20-29, 4.6%; 30-39, 8.3%; 40-49, 14.6%; 50-59, 16.3%; 60-69, 21.5%; 70-79 16.9%; 80 or older, 7%. d) Ethnicity: in Argentine cases (361) predominated Caucasian (79.2%) in Colombians (70), Amerindian (87.1%); 3-Background: a) Viral infection: 5.9 % with EVB (33.3 %) predominance; b) Inflammatory skin disease: 23.9% with eczema (13.1%) predominance; c) Cancer: 7.4% with lymphoma-leukemia (25.1%) predominance; d) Toxic exposition: 4.2% with pesticides (33.3%) predominance and e) Immunosuppression: 1.9% .4-Pathology: MF (variants) / SS, 75.6% ; other T- lymphomas, 15.6% and lymphomas B, 8.8%. 5-Stages of presentation: in cases of MF (and variants) / SS: IA , 45% ; IB, 28.7%; II, 7.0%; III, 4.4%; IIIA, 2.0%; IIIB, 0 %; IVA1, 1.6 %; IVA2, 0.6 %; IVB, 0.6%.

Key-words: *lymphoma – primary – skin.*

INTRODUCCIÓN

En la Argentina el cáncer, en todos sus tipos y en ambos sexos, es la primera causa de muerte entre los 35 y 64 años. Las tasas de incidencia, ajustadas por edad, fueron de 230,4 y 211,8 x 100000¹ y las de mortalidad, en el período 2007-2011, fueron de 131 y de 88 x 100000 en hombres y en mujeres, respectivamente².

Los linfomas cutáneos primarios (LCP) representan un grupo heterogéneo de linfomas T y B, con gran variabilidad clínica, histológica e inmunofenotípica. Se trata de un proceso linfoproliferativo de origen primario en piel, sin compromiso sistémico al momento del diagnóstico. Los linfomas de células T cutáneos (LCTC) son los más frecuentes³, siendo la micosis fungoide (MF) y el síndrome de Sézary (SS) los más conocidos.

Los linfomas de células B cutáneos (LCBC) son menos frecuentes y dentro de los subtipos los de las células centrofoliculares son los más frecuentes. La mayoría de estos linfomas tienen buen pronóstico ⁴.

En nuestro país no se disponen de datos de incidencia de LCP. Los datos estimados para linfomas No-Hodgkin en la Argentina para el año 2012 muestran tasas de incidencia, estandarizadas por edad, para ambos sexos, de 7.2 por 100000¹. Considerando que entre el 25 y el 40% del total de LNH corresponde a las formas extra-ganglionares y que la localización en piel ocupa el segundo lugar con un 30% se puede inferir una tasa de incidencia de LCP de, aproximadamente, 0.5 – 0.8 x 100.000, resultando en unos 200 a 320 casos anuales.

La baja incidencia de esta patología constituye uno de los aspectos más relevantes a la hora de constituir una red que aglutine y registre la mayor cantidad de casos y así lograr un mejor conocimiento de la enfermedad.

OBJETIVO

Describir el perfil epidemiológico, clínico y patológico de los casos reportados de LCP en forma retrospectiva y prospectiva por profesionales de la salud, pública y privada, que se adhirieron, voluntariamente al grupo, durante el período 2010-2014.

DISEÑO Y MÉTODOS

1-Diseño:

a. Tipo de diseño: sistema “bimodal”, observacional, cuantitativo, cualitativo y longitudinal.

b. Incorporación de profesionales y centros: se efectuó invitación a profesionales asociados a las instituciones participantes. Los profesionales interesados lo hicieron en forma voluntaria, aceptando el protocolo y respetando las consideraciones éticas de la información que brindan.

c. Población objeto: toda la población de pacientes con LCP que reciban atención para diagnóstico o tratamiento de su enfermedad en los servicios públicos y privados adheridos en el país.

d. Criterio de inclusión: todo paciente que cumpla con las definiciones de “Linfomas cutáneos primarios”, antedichas, diagnosticados y/o tratados en los servicios públicos y privados adheridos. El criterio de exclusión surge de la propia definición de LCP.

2. Metodología:

a. Funciones operativas: el Centro Coordinador, con sede en la Academia Nacional de Medicina y con la operatividad a cargo del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, tuvo las siguientes funciones: a) desarrollo y mantenimiento del sistema on-line; b) recepción de las solicitudes de adhesión y designación de denominación de usuario y clave de acceso a los formularios estructurados para el registro de la información básica contenidos en la página web, conformación de la base de datos; d) análisis epidemiológicos de los cortes que se efectúen y final; e) interrelación entre todo el grupo colaborativo para la elaboración de informes parciales y final; f) participar en la difusión de los resultados.

b. Categorías de aportantes: a) servicios/instituciones públicas y privadas que designaron profesionales responsables de aportar los casos y b) profesionales privados adheridos voluntariamente aportando los casos de su consulta privada.

c. Técnicas e instrumentos de recolección de datos: los datos fueron recolectados en dos formularios estructurados que se presentan en el sistema on-line www.redlinfomacutaneo.org.ar

d. Consideraciones de información y reparos éticos: el proyecto contempla los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, en la Ley Nacional 25326 de Habeas Data de Protección de Datos Personales y en la Ley Nacional 26529, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

RESULTADOS

Se registraron un total de 44 profesionales de 28 participantes con un total de 431 casos, Argentina reportó 369 casos, Colombia con 70 casos y Perú 1. De los casos de la Argentina, 291 casos (80.8%) son de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 46 casos (12.7%) de Córdoba, 12 casos (3.3%) de Buenos Aires, 5 casos (1.3%) de Mendoza, 4 casos (1.1%) de Tucumán y 1 caso (0,3%) respectivamente de Corrientes y Río Negro.

El 26,5% de los registrados no tiene cobertura de sistema de seguridad social, el 16,7% es de prepaga y el 49,9% tiene obra social. Cuando se observa la distribución sólo de los casos de la Argentina, los casos sin cobertura se incrementan al 30.2% que comparado con lo informado por el Censo 2010 sería del 36%.

Cuando se analiza la distribución por género se observa que el 55.8% corresponde al masculino y el 44.1% al femenino. La media de edad es de 53 años con una mediana de 57 años. El modo es de 60 años, un desvío estándar de 21 años. El rango va de un mínimo de 3 meses a un máximo de 93 años.

La distribución de la totalidad de los registrados por grupo de edad permite observar que los menores de 19 años representan el 10,7%; los de 20-29 años el 4,6%; los de 30-39 años el 8,3%; los de 40-49 años el 14,6%; los de 50-59 años el 16,3%; los de 60-69 años el 21,5; los de 70-79 años el 16.9% y los 80 años o más el 7%. Los varones en general representan el 55.9% y las mujeres el 44.1%. Al analizar la distribución de Argentina, los varones incrementan su representación al 58.2% y las mujeres al 41.2%.

Al analizar la distribución según grupo étnico declarado, se observa que el 26.9% reconoce su origen de etnia amerindia que al distribuirse por país en la Argentina sólo lo reconoce el 15.2% y en Colombia el 87.1%; situación inversa en la etnia caucásica en donde el 79.2% de los argentinos se reconocen de este origen y sólo el 1.4% en los de Colombia.

Los antecedentes de infección viral lo presentaron sólo 22 personas (5.1%). Cuando es analizado el tipo de infección que refiere, Epstein Bar con 10 (33.3%) referencias es el de mayor peso seguido por 4 (13.3%) referencias del HTLV1. Hay 5 personas que manifestaron antecedentes de más de una infección.

Otro antecedente registrado son las enfermedades inflamatorias dermatológicas en las cuales 103 (23.9%) pacientes las refirieron. El eccema con 54 (45.8%) referencias, la Psoriasis con 14 (11.8%) referencias y la Parapsoriasis en placas con 12 (10.1%) referencias son las con mayor frecuencia.

Al ser analizada la ocurrencia de otros cánceres 32 (7.4%) pacientes lo refieren. Donde los Linfomas y Leucemias con 8 (25%) referencias y el Ca de mama con 4 (12.5%) son los mayormente registrados.

Antecedentes de exposición a tóxicos sólo lo refieren 18 (4.2%) casos donde los pesticidas son identificados como el de mayor ocurrencia con 6 (33.3%) casos.

Han sido registrados 431 casos de linfomas cutáneos primarios de los cuales 360 corresponden a la Argentina, 70 casos de Colombia y 1 de Perú, que a los fines de este análisis es incluido en los casos de la Argentina. El 74.6% de los casos corresponden a Micosis Fungoide (variantes) / Síndrome de Sézary. En el caso de la Argentina, éstas representan el 72.3% y en Colombia el 92.9%. En nuestra casuística, el total de los linfomas cutáneos primarios (LCP) de células T (LCPT) constituye el 91,2% mientras que los LCP originados en células B (LCPB) representan sólo el 8,9%.

El Linfoma analítico de células grandes CD30 + (LACG) y la Papulosas linfomatoide (PL) conforman los Desórdenes Linfoproliferativos CD30+ (DLP-CD30+), el segundo grupo en importancia con el 6,9% de los casos.

El tercer grupo en importancia es el del Linfoma T periférico no especificado (4,2%). Es de notar que los tres tipos histológicos mencionados, MF, DLP-CD30+ y los Linfoma T periférico NOS, representan el 85,8% de todos los LCP. El resto de los diagnósticos histológicos de los LCPT corresponde a entidades de baja frecuencia o de distribución geográfica preferencial.

Entre los LCPB, el tipo histológico folicular es discretamente más frecuente que el tipo Marginal seguido por el Linfoma B difuso de células grandes, NOS.

Los estadios de presentación en los casos de MF (y variantes) / SS fueron: IA, 45%; IB, 28,7%; II, 7,0%; III, 4,4 %; IIIA, 2,0 %; IIIB, 0%; IVA1, 1,6%; IVA2, 0,6%; IVB, 0,6%. Cuando se analizan 300 casos de Micosis Fungoide y se distribuyen por estadios 135 (31.4%) casos corresponden al IA, seguido por 86 (20.8%) casos en estadio IB. Los casos de mayor severidad IVA1 e IVA2 y IVB, representan 5 (1.4%) casos, 2 (0.5%) y 2 (0.5%), respectivamente.

SUMARIO

El proyecto se desarrolló a partir del mes de noviembre de 2009 y mayo de 2014, registrando 431 casos que cumplieron con el criterio de inclusión. De los

431 casos, la Argentina aportó 360 (78.1%) casos, Colombia 70 (15.2%) casos y Perú 1.

En la Argentina, las provincias con el mayor número de casos aportados fueron CABA con 291 (80.8%) casos y Córdoba con 46 (12.7%) casos.

La edad promedio es de 53 años con una mediana de 57 años (rango 3 meses y 93 años), el mayor porcentaje de casos (50.7%) se concentra entre el grupo etario de menores de 19 años con el 10,7% y los mayores de 60 años con el 45% de los casos.

El 26.5% de los casos no tiene cobertura por el sistema de seguridad social, ascendiendo en el caso de la Argentina al 30.2% de los casos.

Los hombres son mayormente afectados que las mujeres con un 55.8% y 44.1% respectivamente. Al analizar la distribución según grupo étnico declarado se observa que el 26.9% reconoce su origen de etnia amerindia que al distribuirse por país en la Argentina sólo lo reconoce el 15.2% y en Colombia el 87.1%, situación inversa en la etnia caucásica en donde el 79.2% de los argentinos se reconocen de este origen y sólo el 1.4% en los de Colombia.

Sólo el 5.1% informa antecedentes de infecciones virales, y el 23.9%, enfermedades inflamatorias dermatológicas.

El 74.6% de los casos corresponden a Micosis Fungoide (variantes) / Síndrome de Sézary. En el caso de la Argentina, éstas representan el 72.3% y en Colombia el 92.9%.

Bibliografía

1. North., A.B., South, C.D. *Cancer Incidence in Antarctica (2003-2007)*. In: Forman D, Bray F, Brewster DH, et al, eds. (2013). *Cancer Incidence in Five Continents*, Vol. X (electronic version) Lyon, IARC. <http://ci5.iarc.fr>
2. Atlas de Mortalidad por Cáncer. Argentina 2007-2011. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud. 2013
3. Vincent D. Criscione, AB; Martin A. Weinstock. Incidence of Cutaneous T-Cell Lymphoma in the United States, 1973-2002 Arch Dermatol/VOL 143 (NO. 7): 854 – 859. 2007
4. Abeldaño, A; Blaustein, A; Azcune, R; Ruiz Lascano, A; Ríos, A. Frecuencia relativa de varias formas de linfomas cutáneos primarios de células T. Una serie retrospectiva de 91 pacientes. Dermatol Argent 2004; 10 (3): 215-227

**TRABAJOS DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA
IMEX**

Instituto de Medicina Experimental –CONICET, ANM

www.acamedbai.org.ar/imexmicrositio.php

¿CÓMO ESCAPA *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* A LA RESPUESTA INMUNE? NUEVO MECANISMO DE EVASIÓN: ALTERACIONES EN LA GENERACIÓN DE CÉLULAS PRESENTADORAS DE ANTÍGENOS

Dra. Balboa Luciana*¹⁵

Laboratorio de Inmunología de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Medicina Experimental CONICET- Academia Nacional de Medicina

La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades infecciosas más importantes que afecta a la salud pública en todo el mundo. Aproximadamente, un tercio de la población mundial está infectado con *Mycobacterium tuberculosis* (*Mtb*) en un estado latente o infección asintomática^[1]. Contrariamente al concepto establecido en el imaginario colectivo, la TB está presente en todo el mundo y ningún país ha eliminado nunca esta enfermedad. En la República Argentina, constituye un problema de salud pública prioritario desde hace muchos años y, en todas las jurisdicciones del país, se realizan actividades de búsqueda y detección de casos y de tratamiento gratuito de los enfermos por parte de los programas de control^[2]. Entre las causas que han recrudecido los casos de TB en el mundo se encuentran: el desarrollo de cepas resistentes a las drogas antimicobacterianas causando TB multirresistente a drogas (TB-MDR) y el advenimiento del SIDA. En la Argentina, el brote más importante se originó en el Hospital Muñiz (cepa M) responsable del mayor brote reportado en Latinoamérica^[3] cuyas consecuencias persisten hasta ahora. Si bien el brote se originó entre los pacientes con SIDA del Hospital Muñiz de Buenos Aires^[4,5], en poco tiempo, se propagó alarmantemente a la población VIH negativa, incluido el personal de salud^[6].

Datos de la TB (2012):

- **8,6 millones de personas enfermaron de TB**
- **1,3 millones de personas murieron de TB**
- **Es la principal causa de fallecimiento entre las personas afectadas por el VIH**
- **450.000 casos de TB multirresistente a drogas**
- **9400 casos nuevos de TB en Argentina**

A pesar de que en los últimos años se ha registrado un importante descenso en el número de casos anuales notificados, la TB todavía continúa afectando a un número considerable de personas, y la tendencia registrada en los últimos decenios no ha mostrado un ritmo de reducción compatible con el esperado, en

¹⁵ Investigadora Asistente CONICET; luciana_balboa@hotmail.com

función de la implementación de las acciones de búsqueda y detección de casos y de tratamiento de los enfermos^[7].

Respuesta inmune frente a la infección por Mtb

La respuesta inmune contra Mtb es multifacética y compleja, involucrando la acción coordinada de muchas poblaciones celulares del sistema inmune, incluyendo a linfocitos y a células presentadoras de antígenos derivadas de monocitos, tales como macrófagos y células dendríticas. De hecho, el éxito de la infección por Mtb depende de las estrategias de evasión desplegadas por la bacteria y de la capacidad de las células presentadoras de antígenos, especialmente de células dendríticas, de iniciar una eficiente respuesta protectora. La infección comienza con la inhalación de bacilos presentes en microgotas expulsadas por individuos con enfermedad pulmonar activa. Una vez en el pulmón, los bacilos son fagocitados por macrófagos alveolares^[8]. La internalización de la bacteria gatilla una respuesta proinflamatoria que induce la invasión del epitelio subyacente por parte de los macrófagos infectados y también el reclutamiento de células mononucleares desde los vasos sanguíneos cercanos. Los monocitos atraídos se diferencian hacia células presentadoras de antígenos y, junto con la llegada de los linfocitos, forman la estructura básica de los granulomas, lo cual constituye una característica primaria de la TB. Los linfocitos T representan un componente esencial de la respuesta protectora y la interacción de estas células con los macrófagos infectados resulta crucial para el control de la infección. Asimismo, los monocitos atraídos pueden diferenciarse hacia células dendríticas.

Las células dendríticas capturan la bacteria y son capaces de madurar^[9-11] migrando hacia el nódulo linfático drenante donde se induce la primera activación de las células T CD4 y CD8 así como de células T $\gamma\delta$ y células T CD1-restrictas específicas contra antígenos micobacterianos.

Los monocitos: precursores de células presentadoras de antígenos

Los monocitos son leucocitos circulantes del linaje mieloide que median funciones esenciales de la inmunidad innata, incluyendo la fagocitosis y la producción de citoquinas^[12, 13]. Además, son capaces de vincular el proceso inflamatorio y la defensa innata con la respuesta inmune adaptativa. Son producidos en médula ósea y liberados al torrente sanguíneo, donde constituyen un 10% de los leucocitos circulantes en humanos y pueden ser acumulados en reservorios del bazo. Los monocitos de sangre periférica tienen una vida media relativamente corta (24-72 horas)^[14] y contribuyen a la renovación de los macrófagos y células dendríticas tisulares^[15]. Las células dendríticas derivadas de los monocitos juegan un rol central en las infecciones micobacterianas^[16-19].

La diferenciación de las células dendríticas como blanco de escape de la respuesta inmune

Las células dendríticas comprenden un sistema de células especializadas en la presentación de antígenos a los linfocitos T. Estas células son consideradas las

células presentadoras de antígenos más eficientes y tienen un rol fundamental en la iniciación de la respuesta inmune celular contra patógenos ya que pueden activar a los linfocitos T vírgenes (CD4+ y CD8+). Las células dendríticas capturan y presentan antígenos bacterianos a los linfocitos T^[20] y, para cumplir estas funciones, se presentan en dos estados fisiológicos: inmaduras y maduras. Las células dendríticas inmaduras se caracterizan por expresar bajos niveles de moléculas presentadoras de antígenos, de moléculas coestimuladoras (como CD80, CD86, CD40L) y por tener una gran capacidad fagocítica^[21]. El reconocimiento de los antígenos por las células dendríticas inmaduras activa el proceso de maduración celular^[22] que involucra una disminución en su capacidad de fagocitar antígenos y la migración desde el tejido infectado hacia los nódulos linfáticos^[23]. Además, la maduración caracteriza la producción de moléculas necesarias para la activación de los linfocitos T vírgenes.

Las células dendríticas son críticas para el desarrollo de la respuesta inmune antibacteriana y, por lo tanto, constituyen un blanco fundamental en la inmunoevasión inducida por Mtb. Además, se ha determinado que ratones infectados con Mtb presentan dramáticas alteraciones en la generación de macrófagos y células dendríticas pulmonares^[24]. Asimismo, recientemente hemos demostrado que Mtb es capaz de alterar el proceso de diferenciación de monocitos hacia células dendríticas^[25], promoviendo la generación de células dendríticas con escasa capacidad de capturar bacilos y de inducir la proliferación de clones T antimicobacterianos protectivos (Tabla 1).

TABLA 1–Detalle de las características más relevantes evaluadas en las células dendríticas generadas en presencia de Mtb

Fenotipo de las células dendríticas generadas en presencia de Mtb ^a	Impacto funcional ^b
↓ CD1a, CD1b	Menor inducción de la proliferación de linfocitos antimicobacterianos CD1-restrictos
↑ CD14	Diferenciación incompleta hacia célula dendrítica
↑ PD-L1	Menor inducción de la proliferación de linfocitos T antimicobacterianos
↓ DC-SIGN, MR, CD11b	Menor capacidad de reconocimiento de antígenos de Mtb Menor interacción CPA-linfocitos Menor polarización TH1
↓ IL-12, ↑ IL-10	Menor capacidad de polarización de los linfocitos T hacia el perfil protector (TH1)

a Las características se detallan en comparación a monocitos diferenciados en ausencia de Mtb.

b Impacto de las alteraciones fenotípicas sobre la respuesta antimicobacteriana

Los monocitos no son todos iguales

Actualmente, se sabe que los monocitos pueden ser divididos en poblaciones que difieren fenotípica y funcionalmente^[26,27]. La heterogeneidad de los monocitos humanos ha sido ampliamente reconocida, y se han definido dos poblaciones principales en función de la expresión de CD16, a saber: CD16neg y CD16pos. En individuos sanos, los monocitos CD16neg comprenden entre el 80-90% de los monocitos circulantes. Sin embargo, en ciertas condiciones patológicas, los monocitos CD16pos se encuentran en mayor número^[28-30]. De acuerdo con nuestros resultados, los monocitos de los pacientes con TB muestran un alto grado de activación y un fenotipo más maduro comparado con individuos sanos, presentando una mayor expresión de los receptores relevantes para la interacción con Mtb y de receptores de quemoquinas que regulan el tráfico hacia focos inflamatorios^[31]. La inducción de este fenotipo activado pone de manifiesto el impacto de la infección pulmonar a nivel sistémico. A su vez, los monocitos de los pacientes presentan un enriquecimiento en la población de monocitos CD16pos^[31,32]. Más aún, el aumento de la subpoblación de monocitos CD16pos se asoció con la presencia de destrucción tisular masiva, fibrosis y lesiones cavitadas, así como también, con los niveles de TNF- α plasmáticos en los pacientes con TB^[31], con lo cual esta subpoblación circulante podría contribuir al desarrollo de una respuesta inflamatoria patológica. Encontramos también altos niveles de monocitos CD16pos en efusiones pleurales de pacientes con TB^[31]. Considerando el líquido pleural como reflejo del microambiente presente en el sitio infeccioso, la acumulación de los monocitos CD16pos podría originarse como consecuencia de la transmigración de dichos monocitos desde la sangre y/o tras la adquisición in situ del marcador CD16 inducida por factores presentes en el foco infeccioso.

Los monocitos CD16pos son menos propensos a diferenciarse hacia células dendríticas eficientes

Los monocitos de pacientes con TB presentan un perfil activado y se caracterizan por un incremento de la subpoblación de monocitos CD16pos. A su vez, las células dendríticas descritas en pacientes con TB son poco eficientes en su capacidad de presentación de antígenos y activación de linfocitos T^[33-35]. Dado que los monocitos CD16pos resultan ser intrínsecamente menos eficientes para diferenciarse hacia células dendríticas^[36], los defectos en las células dendríticas derivadas de pacientes con TB estarían relacionados con el incremento de precursores del tipo CD16pos. De hecho, tras la depleción de la población de monocitos CD16pos en muestras de pacientes con alto contenido de esta población, promovió la generación de células dendríticas con mayor capacidad de presentación de antígenos, restaurando parcialmente las alteraciones observadas en las células de los pacientes.

La actividad de la molécula p38 en los monocitos durante su diferenciación constituye un blanco molecular de M. tuberculosis para alterar la diferenciación.

Los procesos celulares, como por ejemplo la diferenciación, están dirigidos y regulados por vías de señalización intracelulares que controlan la expresión génica

y la función de las proteínas. Entre los compuestos que median estas cascadas de señalización se encuentran las proteínas de la familia MAPK, las cuales transmiten señales del exterior hacia el interior para adecuar la respuesta celular según las necesidades de cada momento. La proteína p38 es un miembro de la familia MAPK y desempeña funciones muy diversas dependiendo del contexto y del tejido. En particular, la activación de la vía de señalización mediada por p38 ha sido asociada al detrimento del proceso de diferenciación hacia células dendríticas^[37]. En este sentido, es interesante destacar que las subpoblaciones de monocitos difieren en la regulación de la actividad de p38, de modo tal que los monocitos CD16neg tienden a disminuir la actividad de p38 durante la diferenciación mientras que, los monocitos CD16pos tienden a conservarla^[36]. La inhibición de la activación de p38 logró revertir parcialmente el fenotipo alterado de las células dendríticas obtenidas y mejorar la capacidad de proliferación de linfocitos Mtb-específicos, con lo cual la actividad incrementada de p38 dirige la ineficiente diferenciación hacia células dendríticas^[36]. Este conocimiento propone un nuevo blanco para el diseño de terapias moleculares en la lucha contra la TB.

Conclusiones generales

En líneas generales, estos estudios contribuyen a describir nuevos pasos en la regulación de la biología de las células presentadoras de antígenos durante la infección con Mtb. Particularmente dos procesos podrían contribuir a la generación de células dendríticas no clásicas en la TB. Por un lado, existe un efecto a nivel sistémico de la infección que promueve la activación de los monocitos circulantes y el enriquecimiento de la población de monocitos CD16pos; y por el otro lado, existe un efecto local ejercido por la bacteria al tomar contacto con los monocitos reclutados al tejido pulmonar (Figura 1). Estas células presentadoras de antígenos generadas promueven una menor proliferación de clones Mtb-específicos y desvían la respuesta inmune hacia un perfil TH2, disminuyendo su potencial protector. Por lo tanto, si este proceso tuviera lugar en los tejidos infectados, la presencia de micobacterias replicantes alteraría la diferenciación de los monocitos reclutados, lo cual impactaría en el desarrollo de la respuesta inmune adquirida. Esto implicaría que durante la infección, los precursores de células dendríticas reclutados desde la sangre al sitio de infección se diferenciarían a células dendríticas no completamente competentes, contribuyendo a la persistencia de Mtb en el hospedero y contribuyendo al entendimiento de las fallas inmunológicas que promueven el establecimiento crónica de la infección.

En conclusión, los monocitos activados que pasan al tejido pulmonar podrían diferenciarse hacia células dendríticas no clásicas con menos capacidad de estimulación de clones T específicos, mecanismo que podría ser potenciado a través del contacto con Mtb en el sitio infeccioso.

Estos estudios nos permiten profundizar los conocimientos sobre los mecanismos de inmuno-regulación ejercidos por Mtb capaces de impactar en la generación de células presentadoras de antígenos deficientes y, por lo tanto, de contribuir a la evasión de la respuesta inmune en individuos con TB.

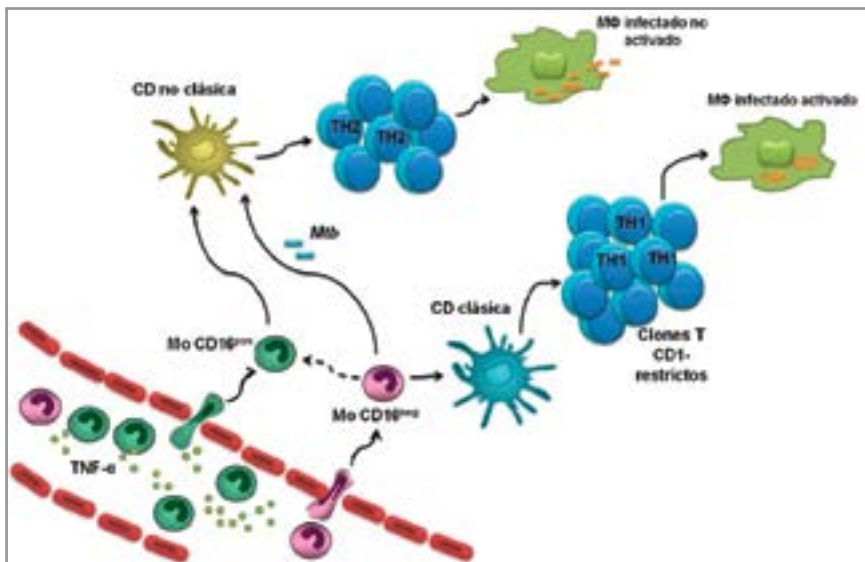


Figura 1. Modelo sobre el efecto de la infección con Mtb en la generación de células dendríticas. Efectos locales y sistémicos inducidos por la infección con Mtb promueven la generación de células dendríticas (CD) no clásicas pobremente inductoras de clones TH1 y de clones CD1-restrictos y mayormente inductoras de clones TH2. Los linfocitos TH1 son claves en la liberación de IFN- γ , el cual activa los mecanismos microbicidas del macrófago (M Φ) posibilitando la eliminación de los bacilos internalizados. El efecto a nivel sistémico estaría mediado por factores inducidos durante la respuesta inflamatoria, tales como TNF- α , promoviendo la activación de los monocitos (Mo) circulantes y el enriquecimiento de la población CD16pos. Los monocitos CD16pos tienden a diferenciarse hacia CD poco competentes y son predominantes en el sitio de infección. Dos procesos colaborarían en el incremento de los Mo CD16pos: la trans migración desde la circulación sanguínea y la conversión in situ de los Mo CD16neg a CD16pos. Además, el contacto entre la bacteria y los Mo en el tejido pulmonar (efecto local) alteraría el proceso de diferenciación promoviendo la generación de CD con menor capacidad de presentación antigénica. Proponemos que, en una infección natural coexistirán tanto CD competentes inductoras de clones TH1 (CD clásicas) como CD no competentes inductoras de TH2 (CD no clásicas); y que el equilibrio entre el efecto mediado por ambos tipos de células presentadoras de antígenos determinarían la carga bacteriana, la cronicidad de la respuesta inflamatoria y, en última instancia, la severidad de la enfermedad.

Agradecimientos

Para la realización de estas investigaciones, ha sido fundamental el apoyo y la contribución de los médicos y enfermeros del Instituto de Tisioneumonología “Raúl F. Vaccarezza” de la UBA y del Servicio de Neumotisiología del Hospital Muñiz.

Bibliografía

1. WHO, Global Tuberculosis Report 2013, in WHO/HTM/TB/2013.11, W. press, Editor. 2013, World Health Organization: Geneva.
2. Bossio, J., et al., Notificación de casos de tuberculosis en la República Argentina: Período 1980-2010. Departamento Programas de Salud, INER "Emilio Coni", ANLIS "Carlos G. Malbrán, 2011.
3. Ritacco, V., et al., Conspicuous multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis cluster strains do not trespass country borders in Latin America and Spain. *Infect Genet Evol*, 2012. 12(4): p. 711-7.
4. Ritacco, V., et al., Nosocomial spread of human immunodeficiency virus-related multidrug-resistant tuberculosis in Buenos Aires. *J Infect Dis*, 1997. 176(3): p. 637-42.
5. Aita, J., et al., Hospital transmission of multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis in Rosario, Argentina. *Medicina (B Aires)*, 1996. 56(1): p. 48-50.
6. Palmero, D., et al., Multidrug-resistant tuberculosis in HIV-negative patients, Buenos Aires, Argentina. *Emerg Infect Dis*, 2003. 9(8): p. 965-9.
7. Bossio, J.C., S.J. Arias, and H.R. Fernández, Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. Departamento Programas de Salud, INER "Emilio Coni", ANLIS "Carlos G. Malbrán, 2011.
8. Russell, D.G., Who puts the tubercle in tuberculosis? *Nat Rev Microbiol*, 2007. 5(1): p. 39-47.
9. Hertz, C.J., et al., Microbial lipopeptides stimulate dendritic cell maturation via Toll-like receptor 2. *J Immunol*, 2001. 166(4): p. 2444-50.
10. Bodnar, K.A., N.V. Serbina, and J.L. Flynn, Fate of Mycobacterium tuberculosis within murine dendritic cells. *Infect Immun*, 2001. 69(2): p. 800-9.
11. Henderson, R.A., S.C. Watkins, and J.L. Flynn, Activation of human dendritic cells following infection with Mycobacterium tuberculosis. *J Immunol*, 1997. 159(2): p. 635-43.
12. Auffray, C., M.H. Sieweke, and F. Geissmann, Blood monocytes: development, heterogeneity, and relationship with dendritic cells. *Annu Rev Immunol*, 2009. 27: p. 669-92.
13. Gordon, S. and P.R. Taylor, Monocyte and macrophage heterogeneity. *Nat Rev Immunol*, 2005. 5(12): p. 953-64.
14. Whitelaw, D.M. and H.F. Batho, The distribution of monocytes in the rat. *Cell Tissue Kinet*, 1972. 5(3): p. 215-25.

15. Tacke, F., et al., Immature monocytes acquire antigens from other cells in the bone marrow and present them to T cells after maturing in the periphery. *J Exp Med*, 2006. 203(3): p. 583-97.
16. Humphreys, I.R., et al., A role for dendritic cells in the dissemination of mycobacterial infection. *Microbes Infect*, 2006. 8(5): p. 1339-46.
17. Wolf, A.J., et al., Mycobacterium tuberculosis infects dendritic cells with high frequency and impairs their function in vivo. *J Immunol*, 2007. 179(4): p. 2509-19.
18. Reljic, R., et al., Time course of mycobacterial infection of dendritic cells in the lungs of intranasally infected mice. *Tuberculosis (Edinb)*, 2005. 85(1-2): p. 81-8.
19. Schreiber, H.A. and M. Sandor, The role of dendritic cells in mycobacterium-induced granulomas. *Immunol Lett*, 2010. 130(1-2): p. 26-31.
20. Steinman, R.M., et al., Antigen capture, processing, and presentation by dendritic cells: recent cell biological studies. *Hum Immunol*, 1999. 60(7): p. 562-7.
21. Reis e Sousa, C., Activation of dendritic cells: translating innate into adaptive immunity. *Curr Opin Immunol*, 2004. 16(1): p. 21-5.
22. Dudziak, D., et al., Differential antigen processing by dendritic cell subsets in vivo. *Science*, 2007. 315(5808): p. 107-11.
23. Lanzavecchia, A. and F. Sallusto, Regulation of T cell immunity by dendritic cells. *Cell*, 2001. 106(3): p. 263-6.
24. Serbina, N.V., et al., TNF/iNOS-producing dendritic cells mediate innate immune defense against bacterial infection. *Immunity*, 2003. 19(1): p. 59-70.
25. Balboa, L., et al., Mycobacterium tuberculosis impairs dendritic cell response by altering CD1b, DC-SIGN and MR profile. *Immunol Cell Biol*, 2010. 88(7): p. 716-26.
26. Geissmann, F., S. Jung, and D.R. Littman, Blood monocytes consist of two principal subsets with distinct migratory properties. *Immunity*, 2003. 19(1): p. 71-82.
27. Passlick, B., D. Flieger, and H.W. Ziegler-Heitbrock, Identification and characterization of a novel monocyte subpopulation in human peripheral blood. *Blood*, 1989. 74(7): p. 2527-34.
28. Mizuno, K., et al., Selective expansion of CD16^{high}CCR2⁻ subpopulation of circulating monocytes with preferential production of haem oxygenase

- (HO)-1 in response to acute inflammation. *Clin Exp Immunol*, 2005. 142(3): p. 461-70.
29. Skrzeczynska, J., et al., CD14+CD16+ monocytes in the course of sepsis in neonates and small children: monitoring and functional studies. *Scand J Immunol*, 2002. 55(6): p. 629-38.
 30. Horelt, A., et al., The CD14+CD16+ monocytes in erysipelas are expanded and show reduced cytokine production. *Eur J Immunol*, 2002. 32(5): p. 1319-27.
 31. Balboa, L., et al., Paradoxical role of CD16+CCR2+CCR5+ monocytes in tuberculosis: efficient APC in pleural effusion but also mark disease severity in blood. *J Leukoc Biol*, 2011. 90(1): p. 69-75.
 32. Vanham, G., et al., Generalized immune activation in pulmonary tuberculosis: co-activation with HIV infection. *Clin Exp Immunol*, 1996. 103(1): p. 30-4.
 33. Lichtner, M., et al., Circulating dendritic cells and interferon-alpha production in patients with tuberculosis: correlation with clinical outcome and treatment response. *Clin Exp Immunol*, 2006. 143(2): p. 329-37.
 34. Mendelson, M., et al., Quantitative and functional differences between peripheral blood myeloid dendritic cells from patients with pleural and parenchymal lung tuberculosis. *Clin Vaccine Immunol*, 2006. 13(12): p. 1299-306.
 35. Rajashree, P., G. Krishnan, and S.D. Das, Impaired phenotype and function of monocyte derived dendritic cells in pulmonary tuberculosis. *Tuberculosis (Edinb)*, 2009. 89(1): p. 77-83.
 36. Balboa, L., et al., Impaired dendritic cell differentiation of CD16-positive monocytes in tuberculosis: role of p38 MAPK. *Eur J Immunol*, 2013. 43(2): p. 335-47.
 37. Xie, J., et al., Critical roles of Raf/MEK/ERK and PI3K/AKT signaling and inactivation of p38 MAP kinase in the differentiation and survival of monocyte-derived immature dendritic cells. *Exp Hematol*, 2005. 33(5): p. 564-72.

APORTES LOCALES PARA EL TRATAMIENTO Y CONTROL DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

Dra. Marina S. Palermo¹⁶

Laboratorio de Patogénesis e Inmunología de Procesos Infecciosos, Instituto de Medicina Experimental, (IMEX-CONICET, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Argentina)

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una enfermedad caracterizada por la tríada anemia hemolítica microangiopática (ruptura mecánica de glóbulos rojos al pasar por los capilares ocluidos), trombocitopenia (drástica disminución del número de plaquetas en circulación por activación y deposición formando trombos) y daño renal agudo (daño del epitelio tubular y del endotelio glomerular), que afecta principalmente a lactantes y niños de la primera infancia, pudiendo afectar también a ancianos (Karmali 1989).

La forma típica del SUH es usualmente precedida por un episodio de diarrea sanguinolenta luego de la ingestión de alimentos contaminados con cepas enterohemorrágicas de *Escherichia coli* productoras de toxina Shiga (STEC). La toxina Shiga (Stx) es el factor patogénico esencial para el desarrollo del SUH. Dentro de las distintas variantes genéticas conocidas, la Stx tipo 2 (Stx2), o cualquiera de sus variantes (Stx2a, c, d, e, f, g) es la más patogénica y la que más se asocia con casos de SUH. Si bien existen varios serotipos de bacterias STEC capaces de producir enfermedad, en nuestro país el serotipo O157:H7 es el más frecuente (Rivas 2006). El principal órgano afectado es el riñón, aunque también pueden observarse lesiones severas en el sistema nervioso central, en el colon y en el miocardio. (Gianantonio 1973).

A diferencia de lo que ocurre en el resto del mundo, donde se producen brotes epidémicos esporádicos de mayor o menor envergadura, en la Argentina el SUH es endémico. Esto significa que se presentan alrededor de 400 nuevos casos de SUH durante todo el año y distribuidos a lo largo de todo el territorio nacional, alcanzando la mayor incidencia del mundo: 13 cada 100000 niños menores de 5 años, en promedio país (www.msal.gov.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia, N° 223, pág 92, 2014). Esto convierte al SUH en la primera causa pediátrica de insuficiencia renal aguda y la segunda de insuficiencia renal crónica, siendo además responsable del 20% de los trasplantes renales en niños y adolescentes que se realizan en la Argentina (Exeni 2001). La letalidad durante el período agudo ha sido reducida a 3-5%, debido al diagnóstico precoz de la enfermedad, la instauración temprana de la diálisis peritoneal y las transfusiones de sangre para contrarrestar la anemia producida por la destrucción de los glóbulos rojos. Del resto de los pacientes y superada la fase aguda, el 60% se recupera sin tener secuelas. Un 30% continúa con grados variables de disfunción renal que puede durar décadas y un 5% de los niños desarrolla una insuficiencia

16 Investigadora Principal CONICET; mspalermo@hematologia.anm.edu.ar

renal crónica, requiriendo en pocos años hemodiálisis permanente o trasplante renal (Spizzirri 1997). Esta patología implica un gran costo social y económico para el sistema de salud, no sólo por la alta complejidad de la atención que se requiere durante la etapa aguda, sino porque los niños que han padecido SUH necesitan seguimiento y tratamiento al menos hasta la adolescencia, sin contar los que requieren diálisis o trasplante renal (Caletti 2006).

Hasta el presente, no se cuenta con tratamientos específicos que logren controlar la evolución de la enfermedad, ni vacunas para prevenirla. El estudio de los mecanismos patogénicos y la epidemiología son la base racional que permite avanzar en el control de esta enfermedad.

Desarrollo de estrategias preventivas

Hace más de diez años en el Laboratorio de Inmunología de la Academia Nacional de Medicina (hoy, Lab. de Patogénesis e Inmunología de Procesos Infecciosos, Instituto de Medicina Experimental, (IMEX- CONICET, ANM), comenzamos a trabajar en el diseño de un inmunógeno que pudiera satisfacer los requerimientos específicos para ser usado como vacuna para prevenir el SUH. En este sentido, el conocimiento acumulado hasta el presente, señala a la toxina Stx2, como el agente patogénico esencial: sin toxina no hay SUH, y como ha sido mencionado anteriormente el tipo 2 es el más asociado epidemiológicamente a enfermedad. Pero además, es necesario conocer qué tipo de respuesta inmune es necesario desarrollar, y si ésta podrá ser efectiva para prevenir el desarrollo del SUH. A priori, siendo lo más importante bloquear una toxina en circulación antes de que interactúe con sus receptores específicos, podemos hipotetizar que la respuesta humoral, con generación de anticuerpos específicos de alta afinidad, sería la respuesta inmunológica más apropiada para generar protección. Paralelamente, siendo el SUH una enfermedad que no repite, la presencia de anticuerpos anti-Stx que bloquean la toxina ha sido sugerida como la causa que previene nuevos episodios de esta enfermedad. En este sentido, recientemente estudiamos la presencia de anticuerpos contra la Stx en niños de nuestro país luego de haber sufrido el SUH, y en un grupo de niños controles, sanos (Fernandez-Brando 2011). Entre los hallazgos destacamos que efectivamente luego de haber tenido SUH, un mayor porcentaje de niños presentan anticuerpos anti-Stx2, sugiriendo que estos anticuerpos podrían contribuir a prevenir un segundo episodio de SUH. Pero tal vez, más interesante fue encontrar también entre los controles, niños sanos y que no habían padecido SUH en el pasado, un número muy elevado de sueros positivos anti-Stx2 (67%) en comparación a los porcentajes referidos en otros países como Alemania (10%) o Canadá (46%) (Karmali 2003, Ludwig 2001). Además, niños que habían sufrido un episodio de SUH hacía más de 10 años continuaban presentando anticuerpos contra la Stx2. Estos resultados epidemiológicos sugieren que, fisiológicamente es posible desarrollar una respuesta humoral protectora contra la Stx2, aun cuando las cantidades de toxina al que está expuesto un individuo son muy bajas (considerar que es una de las toxinas con mayor actividad biológica de la naturaleza y dosis tan bajas como femtomoles son capaces de causar enfermedad).

Bajo estas consideraciones comenzamos a trabajar en el diseño de un inmunógeno. La toxina Shiga posee una subunidad A tóxica unida a un pentámero de subunidades B, encargado de la unión a su receptor específico presente en las membranas celulares. Aunque la subunidad B es un atractivo candidato vacunal porque no manifiesta efectos tóxicos (McEwen 1989). Sin embargo, la subunidad B de Stx2 (Stx2B), que es la variante más relevante, ha mostrado ser poco inmunogénica y difícil de expresar y purificar, aparentemente por presentar una estructura inestable (Acheson 1995). En nuestro laboratorio hemos generado varias opciones experimentales mutando la subunidad A, que mostraron en el modelo murino una protección variable entre el 30-50% aproximadamente frente al desafío con Stx2 (Capozzo 2003; Bentancor 2009).

Continuando la búsqueda de un inmunógeno que proteja un 100% nos planteamos utilizar la proteína Lumazina sintetasa de la *Brucella spp* (BLS), como carrier de la Stx2B. Esta proteína no sólo presenta propiedades adyuvantes (Craig 2005), sino que en su diseño cuenta con cinco extremos amino terminal libres para la unión de péptidos, lo cual permitiría la unión en cada uno de ellos de un monómero de la Stx2B. De esta manera se generaría un pentámero de la Stx2B similarmente a como se encuentra en la naturaleza (Figura 1). Sin embargo, era necesario también considerar las interacciones entre ambas proteínas, las propiedades físico químicas de ambas, por lo que se idearon, construyeron y evaluaron distintas construcciones. (Mejías 2013). Finalmente, encontramos una construcción de la proteína quimérica BLS-Stx2B que fue estable, determinado por estudios físico-químicos (dicroísmo circular y estabilidad térmica), y que expone al pentámero en su correcta conformación tridimensional, ya que presenta una importante unión a su receptor específico globotriaosil-ceramida (Gb3). Estas características son muy importantes para facilitar la generación de anticuerpos bloqueantes de la unión de la Stx a su receptor. De esta manera, al bloquear el primer paso en la cascada patogénica de la Stx2, los anticuerpos podrían potencialmente neutralizar la toxicidad (Figura 1). Dicha capacidad neutralizante fue confirmada por estudios *in vitro* usando Stx2 y células sensibles (la línea celular de riñón de mono, VERO). Para evaluar la actividad biológica como posible estrategia vacunal, se utilizaron dos modelos murinos: la inoculación endovenosa de Stx2 y la administración intragástrica de las bacterias productoras de toxina Shiga (STEC) (Mohawk 2011). En ambos encontramos una alta capacidad protectora (100%), aplicada en distintas formulaciones, como adyuvante de Freund, hidróxido de aluminio (HA), como vacuna a DNA, y aún en ausencia de adyuvante. La protección es altamente duradera (6 meses) y presenta protección cruzada no sólo contra las distintas variantes de la Stx2, sino también contra la Stx1 (Mejías 2013). Incluso una sola dosis del inmunógeno formulado en HA (adyuvante aprobado para uso en humanos), otorga una protección total contra 5 dosis letales (DL) hasta 4 meses post-inmunización (1/3 de la vida de un ratón). Posteriormente encontramos que vacunando a ratonas adultas, previo a la preñez, es posible desarrollar inmunidad pasiva en las crías que fueron dependientes del amamantamiento. De esta manera las crías amamantadas por hembras inmunizadas con BLS-Stx2 estuvieron protegidas hasta la edad adulta contra 3DL de toxina endovenosa o la inoculación intragástrica de bacterias STEC (Mejías 2014). Estos resultados son altamente promisorios, ya que creemos contar con un inmunógeno altamente

estable y eficiente en desarrollar anticuerpos neutralizantes, con alta afinidad por la toxina, que permite aún a bajas concentraciones de anticuerpo bloquear, tanto *in vitro* como *in vivo*, los efectos tóxicos de la Stx y otorgar una alta protección.

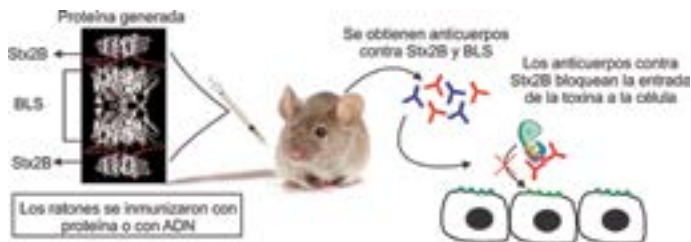


Fig. 1. Proteína Lumazina sintetas de la *Brucella* spp (BLS), como carrier de la Stx2B

Es importante destacar que más allá de los inconvenientes técnicos que dificultan la obtención de un buen inmunógeno seguro para su aplicación en niños, para implementar una nueva vacuna se deben contemplar otros aspectos de la enfermedad, como la incidencia, la morbi-mortalidad, la relación costo-eficacia, entre otros. En este sentido, un trabajo reciente realizado en el Hospital de Niños Prof. Dr J. P. Garrahan, sobre los costos económicos que esta enfermedad le causa especialmente a las familias y al Estado, se reporta que el costo por año considerando el número total de casos nuevos (que atraviesan etapa aguda) más los que continúan en tratamiento por secuelas, fundamentalmente renales (en etapa crónica) fue de \$107.826.168,2 (año 2010-2011), para un total de 274 pacientes atendidos en el Hospital Garrahan. Si se considera el gasto total que ha realizado el Estado en el período de los últimos 10 años se eleva a \$581.625.602,34 correspondiendo a un total de 3467 pacientes de todo el país (Calletti, 2006 y actualización en Ministerio de Salud-Salud Investiga). Si consideramos además los costos afectivos y sociales que implican para una familia un niño que enferma de SUH, ninguna inversión económica es injustificada, si logramos prevenir o erradicar esta enfermedad de nuestro país. Obviamente la decisión de instaurar una vacuna depende de salud pública, contemplando consideraciones que exceden nuestro trabajo específico, pero consideramos que el desarrollo de una vacuna efectiva contra la toxina Shiga es un objetivo válido para aplicar en zonas endémicas o /a poblaciones de riesgo.

Tratamientos específicos

Aunque se ha discutido mucho acerca de las ventajas y desventajas del uso de antibióticos durante la etapa previa al SUH, actualmente existe consenso acerca de que el tratamiento con antibióticos está contraindicado en casos de sospecha o confirmación de infecciones con STEC entéricos (Wong 2000), fundamentalmente porque estos agentes inducen mayor producción o liberación de toxina, lo que aumenta el daño al huésped.

La base del tratamiento para los pacientes con SUH es la terapia de apoyo, que generalmente incluye: control de fluidos y electrolitos, control de la hipertensión, y uso de diálisis y transfusiones de sangre, según se requiera, no existiendo hasta

el momento alguna intervención específica previa o durante las primeras etapas de la enfermedad que logren controlar el nivel de daño en los tejidos blanco. Sin embargo, durante los últimos diez años se han ensayado distintas estrategias terapéuticas específicas. Uno de los primeros enfoques en la búsqueda de tratamientos específicos que despertó gran interés entre los nefrólogos pediátricos, fue la idea de absorber la Stx libre en el intestino a través de compuestos amorfos o inertes (Synsorb® PK), para ser administrado oralmente. Sin embargo, a pesar de su alto potencial para unir y neutralizar la Stx in vitro, cuando se lo probó en ensayos clínicos, no aportó ningún beneficio (Palermo 2009). Luego se desarrollaron diversas estrategias con fines similares, pero de uso sistémico que incluyeron polímeros de Gb3 (Nishikawa 2005), o bacterias recombinantes que expresan el receptor Gb3 en su membrana (Paton 2001), los cuales arrojaron buenos resultados al ser ensayados en modelos animales pero nunca fueron probados en humanos.

Más recientemente, diversos laboratorios han desarrollado anticuerpos monoclonales, humanizados o no, para ser administrados en el período ventana luego de la aparición de la diarrea sanguinolenta, y una vez confirmada su asociación con bacterias STEC, pero antes del desarrollo y diagnóstico de SUH (Cai 2011; Gao 2009; Mukherjee 2002; Tsuji 2008; Wen 2006). La idea es, como se ha mencionado, bloquear la toxina Stx2 antes de que interactúe con su receptor presente en la membrana de las células blanco. En la actualidad existen evidencias suficientes que han demostrado que el agente que pretenda bloquear la toxina debe tener una alta capacidad de unión o afinidad, en el caso de tratarse de anticuerpos, y que este complejo toxina-bloqueante sea eliminado de la circulación de manera eficiente.

Otra estrategia en fase aún experimental, que ha mostrado algunos resultados promisorios, es el uso de drogas que bloquean transitoria y reversiblemente la síntesis de los receptores Gb3 (Silberstein 2009). Estas drogas, que se usan para el tratamiento de la enfermedad de Fabry, podrían ser usadas en la etapa previa al diagnóstico de SUH para disminuir la expresión de receptores específicos y de esta manera el nivel de daño a los tejidos.

El brote ocurrido durante el año 2011 en Europa, específicamente en Alemania y Francia (Beutin 2012, Borgatta 2012, Werber 2012), en el que se produjeron más de 800 casos de SUH y alrededor de 60 muertes, mostró las consecuencias de no contar con un agente terapéutico específico para prevenir el SUH durante un brote masivo.

En este sentido, el inmunógeno BLS-Stx2B abre la posibilidad de desarrollar una terapia específica, generando anticuerpos monoclonales para uso terapéutico. Nuestro próximo desafío y en el cual estamos trabajando intensamente se enmarca en esta línea de trabajo.

También, es importante destacar que incluso cuando alguno de los tratamientos específicos que están siendo ensayados resulte aprobado para su aplicación, la eficacia de los mismos depende de su implementación sumamente temprana. Por

lo tanto, son imperativos la educación de la comunidad que permita instaurar la idea de la necesidad de una consulta rápida con los especialistas ante la presencia de diarrea, el mejoramiento de los sistema de vigilancia y salud que permitan la toma de muestra biológica con la suficiente premura, y el desarrollo de métodos de diagnóstico simples y económicos, que posibiliten su implementación en todos los puntos del país, junto con la identificación de indicadores o predictores de mala evolución, para identificar aquellos niños con alta probabilidad de desarrollar complicaciones, son imperativos.

Perspectivas actuales de control

Como se ha discutido, no hay perspectivas a corto plazo de contar con la aplicación de protocolos de inmunización en humanos, y/o tratamientos específicos para prevenir o controlar el daño durante el SUH. Por lo tanto, nuestra mejor forma de disminuir los estragos producidos por el SUH es la prevención, y para esto lo mejor es prevenir las infecciones primarias con STEC. Particularmente en nuestro país, se requieren controles más estrictos en todos los puntos de la cadena alimentaria que aseguren el cumplimiento de las leyes y normativas de control bromatológico, y políticas educativas dirigidas a toda la población, específicas y sostenidas en el tiempo, que permitan a todos los consumidores y especialmente a aquellos que manipulan alimentos para la población de riesgo, conocer las medidas sanitarias necesarias para tener una alimentación segura. La amplia difusión de las medidas de prevención básicas aconsejadas por la Sociedad Argentina de Pediatría y organizaciones no gubernamentales que trabajan para el control de esta enfermedad (www.lusuh.org.ar) podría ser una ayuda importante.

Bibliografía

1. Acheson DW, De Breucker SA, Jacewicz M, Lincicome LL, Donohue-Rolfe A, Kane AV, Keusch GT. Expression and purification of Shiga-like toxin II B subunits. *Infection and Immunity* 63: 301-308. 1995.
2. Bentancor LV, Bilen M, Brando RJ, Ramos MV, Ferreira LC, Ghiringhelli PD, Palermo MS. A DNA vaccine encoding the enterohemorrhagic *Escherichia coli* Shiga-like toxin 2 A2 and B subunits confers protective immunity to Shiga toxin challenge in the murine model. *Clinical and Vaccine Immunology* 16: 712-718. 2009.
3. Beutin L, Martin A. Outbreak of Shiga toxin-producing *Escherichia coli* (STEC) O104:H4 infection in Germany causes a paradigm shift with regard to human pathogenicity of STEC strains. *Journal of Food Protection* 75: 408-418. 2012.
4. Borgatta B, Kmet-Lunacek N, Rello J. E. coli O104:H4 outbreak and haemolytic-uraemic syndrome. *Medicina Intensiva*. 2012
5. Cai K, Gao X, Li T, Wang Q, Hou X, Tu W, Xiao L, Tian M, Liu Y, Wang H. Enhanced immunogenicity of a novel Stx2Am-Stx1B fusion protein in a mice model of enterohemorrhagic *Escherichia coli* O157:H7 infection. *Vaccine* 29: 946-952. 2011.

6. Caletti MG, Petetta D, Jaïtt M, Casaliba S, Gimenez A. [Hemolytic uremic syndrome (HUS): medical and social costs of treatment]. *Medicina (B Aires)* 66 (3): 22-26. 2006.
7. Capozzo AV, Pistone Creydt V, Dran G, Fernández G, Gómez S, Bentancor LV, Rubel C, Ibarra C, Isturiz M, Palermo MS. Development of DNA vaccines against hemolytic-uremic syndrome in a murine model. *Infect Immun.* 71:3971-3978. 2003.
8. Craig PO, Berguer PM, Ainciart N, Zylberman V, Thomas MG, Martinez Tosar LJ, Bulloj A, Boccaccio GL, Goldbaum FA. Multiple display of a protein domain on a bacterial polymeric scaffold. *Proteins.* 61:1089-100. 2005
9. Exeni R. Síndrome Urémico Hemolítico. *Archivos Latinoamericanos de Nefrología Pediátrica* 1: 35-56. 2001.
10. Fernandez-Brando RJ, Bentancor LV, Mejias MP, Ramos MV, Exeni A, Exeni C, Laso MC, Exeni R, Isturiz MA, Palermo MS. Antibody response to Shiga toxins in Argentinean children with enteropathic hemolytic uremic syndrome at acute and long-term follow-up periods. *PLoSOne* 6: e19136. 2011.
11. Gao X, Cai K, Shi J, Liu H, Hou X, Tu W, Xiao L, Wang Q, Wang H. Immunogenicity of a novel Stx2B-Stx1B fusion protein in a mice model of Enterohemorrhagic *Escherichia coli* O157:H7 infection. *Vaccine* 27: 2070-2076. 2009.
12. Gianantonio CA, Vitacco M, Mendilaharsu F, Gallo GE, Sojo ET. The hemolytic-uremic syndrome. *Nephron* 11: 174-192. 1973.
13. Karmali MA, Mascarenhas M, Petric M, Dutil L, Rahn K, Ludwig K, Arbus GS, Michel P, Sherman PM, Wilson J, Johnson R, Kaper JB. Age-specific frequencies of antibodies to *Escherichia coli* verocytotoxins (Shiga toxins) 1 and 2 among urban and rural populations in southern Ontario. *Journal of Infectious Diseases* 188: 1724-1729. 2003.
14. Karmali MA. Infection by verocytotoxin-producing *Escherichia coli*. *Clinical Microbiology Reviews* 2: 15-38. 1989.
15. Ludwig K, Karmali MA, Sarkim V, Bobrowski C, Petric M, Karch H, Muller-Wiefel DE. Antibody response to Shiga toxins Stx2 and Stx1 in children with enteropathic hemolytic-uremic syndrome. *Journal of Clinical Microbiology* 39: 2272-2279. 2001.
16. McEwen J, Leitner M, Harari I, Arnon R. Expression of Shiga toxin epitopes in *E. coli* immunological characterization. *Immunology Letters* 21: 157-163. 1989.
17. Mejias MP, Cabrera G, Fernández-Brando RJ, Baschkier A, Ghersi G, Abrey-Recalde MJ, Miliwebsky E, Meiss R, Goldbaum F, Zylberman V,

- Rivas M, Palermo MS. Protection of mice against Shiga toxin 2 (Stx2)-associated damage by maternal immunization with a Brucella lumazine synthase-Stx2 B subunit chimera. *Infect Immun*. 82:1491-1499. 2014.
18. Mejias MP, Ghersi G, Craig PO, Panek CA, Bentancor LV, Baschkier A, Goldbaum FA, Zylberman V, Palermo MS. Immunization with a chimera consisting of the B subunit of Shiga toxin type 2 and brucella lumazine synthase confers total protection against Shiga toxins in mice. *J Immunol*. 191:2403-2411. 2013.
 19. Mohawk KL, O'Brien AD. Mouse models of Escherichia coli O157:H7 infection and shiga toxin injection. *Journal of Biomedicine and Biotechnology* 2011: 258185. 2011.
 20. Mukherjee J, Chios K, Fishwild D, Hudson D, O'Donnell S, Rich SM, Donohue-Rolfe A, Tzipori S. Human Stx2-specific monoclonal antibodies prevent systemic complications of Escherichia coli O157:H7 infection. *Infection and Immunity* 70: 612-619. 2002.
 21. Nishikawa K, Matsuoka K, Watanabe M, Igai K, Hino K, Hatano K, Yamada A, Abe N, Terunuma D, Kuzuhara H, Natori Y. Identification of the optimal structure required for a Shiga toxin neutralizer with oriented carbohydrates to function in the circulation. *Journal of Infectious Diseases* 191: 2097-2105. 2005.
 22. Palermo MS, Exeni RA, Fernandez GC. Hemolytic uremic syndrome: pathogenesis and update of interventions. *Expert Review of Anti-infective Therapy* 7: 697-707. 2009.
 23. Paton AW, Morona R, Paton JC. Neutralization of Shiga toxins Stx1, Stx2c, and Stx2e by recombinant bacteria expressing mimics of globotriose and globotetraose. *Infection and Immunity* 69: 1967-1970. 2001.
 24. Rivas M, Miliwebsky E, Chinen I, Roldán CD, Balbi L, García B, Fiorilli G, Sosa-Estani S, Kincaid J, Rangel J, Griffin PM, The Case-Control Study Group: Characterization and epidemiologic subtyping of Shiga toxin producing Escherichia coli strains isolated from hemolytic uremic syndrome and diarrhea cases in Argentina. *Foodborne Pathogens and Disease* 3: 88-96. 2006.
 25. Silberstein C, Copeland DP, Chiang W, Repetto HA, Ibarra C. A Glucosylceramide synthase inhibitor prevents the cytotoxic effects of Shiga Toxin-2 on human renal tubular epithelial cells. *Journal of Epithelial Biology & Pharmacology* 1: 71-75. 2009.
 26. Spizzirri FD, Rahman RC, Bibiloni N, Ruscasso JD, Amoreo OR. Childhood hemolytic uremic syndrome in Argentina: long-term follow-up and prognostic features. *Pediatric Nephrology* 11: 156-160. 1997.
 27. Tsuji T, Shimizu T, Sasaki K, Shimizu Y, Tsukamoto K, Arimitsu H, Ochi S, Sugiyama S, Taniguchi K, Neri P, Mori H. Protection of mice from Shiga

- toxin-2 toxemia by mucosal vaccine of Shiga toxin 2B-His with *Escherichia coli* enterotoxin. *Vaccine* 26: 469-476. 2008.
28. Wen SX, Teel LD, Judge NA, O'Brien AD. A plant-based oral vaccine to protect against systemic intoxication by Shiga toxin type 2. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 103: 7082-7087. 2006.
 29. Werber D, Krause G, Frank C, Fruth A, Flieger A, Mielke M, Schaade L, Stark K. Outbreaks of virulent diarrhoeagenic *Escherichia coli*—are we in control? *BMC Medicine* 10: 11. 2012.
 30. Wong CS, Jelacic S, Habeeb RL, Watkins SL, Tarr PI. The risk of the hemolytic-uremic syndrome after antibiotic treatment of *Escherichia coli* O157:H7 infections. *The New England Journal of Medicine* 342: 1930-1936. 2000.

CICLO CIENTÍFICO CULTURAL

CONFERENCIA
DR. JORGE D. LEMUS

**VIDA, OBRA Y ENFERMEDADES DE FRÉDÉRIC CHOPIN.
CONCIERTO POR LA ORQUESTA SINFÓNICA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES**

Organizado por la
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA COMISIÓN DE DIFUSIÓN DE
ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Presidente:
Acad. Fortunato Benaim

Buenos Aires

13 de mayo de 2014

CHOPIN Y LA MEDICINA ENFERMEDADES DEL “POETA DEL PIANO”

Prof. Dr. Jorge Daniel Lemus¹⁷

Enfermedades de la niñez y adolescencia

Como es bien conocido, Federico Francisco Chopin nació el 1 de marzo de 1810 en Zelazowa Wola, cerca de Varsovia. Hijo de padre francés y madre polaca, comenzó a estudiar piano a los cuatro años. Aprendió la técnica del instrumento prácticamente de forma autodidacta, aunque más tarde estudió armonía y contrapunto en el conservatorio de la capital polaca. También fue precoz como compositor: su primera obra publicada data de 1817. A los ocho años tocaba el piano con maestría, improvisaba –cualidad muy apreciada en su época– y componía con soltura, dando su primer concierto público el 24 de febrero de 1818 en el palacio de la familia Radziwill en Varsovia. Su última aparición en Polonia data del 11 de octubre de 1830, es decir, al fin de su adolescencia.

Chopin, en su niñez, siempre fue “grácil, enfermizo y delicado” por lo cual no concurrió a la escuela hasta cumplir 13 años, recibiendo hasta entonces educación en su hogar. Luego logró cursar el bachillerato, pero el esfuerzo ocasionado por el estudio hizo que su físico se resintiera, a tal punto que tuvieron que enviarlo al campo a pasar una temporada para reponerse.

Como antecedentes familiares se conoce que su padre murió por una infección respiratoria a los 74 años, mientras que su madre, Justina, gozó de muy buena salud y falleció recién a los 87 años. De sus hermanas, se sabe que Ludwika sufría de infecciones respiratorias periódicas y que falleció a los 47 años; su otra hermana, Isabella, murió a los 70 años y la tercera, Emilia, sufría de “tos, disnea y asma”, a los 11 años comenzó a padecer hematemesis y a los 14, muere por una hemorragia masiva gastrointestinal, afectada, según muchos autores, de tuberculosis.

Presentó luego, en la adolescencia, síntomas respiratorios, diarrea recurrente y pérdida de peso. A los 16 años, durante seis meses, sufrió síntomas respiratorios, cefaleas y adenopatías cervicales. Padecía intolerancias digestivas a las comidas con contenido graso, lo que le ocasionaba frecuentes diarreas y, como consecuencia, pérdidas de peso.

Enfermedades de su vida adulta, incluido su viaje a Mallorca en 1838

Luego de su salida de Varsovia, a los 19 años viaja a Viena para proseguir sus estudios, dejando a sus primeros amores; Constanza Gladowska, a la cual ni siquiera declaró su amor por timidez e indecisión, y María Wodzinska, a la que sus

¹⁷ Cátedra de Historia de la Medicina – Departamento de Humanidades Médicas – Facultad de Medicina – Universidad de Buenos Aires

padres impidieron la relación por su supuesta enfermedad. Entre sus amigos de Viena, en 1829, ya se hablaba de su constitución enfermiza. Entre ese año y 1831 viaja con frecuencia a dar conciertos en Dresde, Moravia, Praga, Poznan, Berlín, Cracovia, Leipzig y Stuttgart; en esta última ciudad se entera de la invasión de Polonia por Nicolás I, con 200.000 soldados rusos, y de la proliferación del cólera en todo el país. En septiembre de 1830 parte a la capital francesa, pensando que sería por pocos días, pero por el contrario, permanecería allí para siempre.

Instalado en París en 1831, a los 21 años presentó dolor torácico, hemoptisis, fiebre y cefalea. En 1835 tuvo bronquitis y laringitis; en 1837 sufrió de influenza (gran epidemia en París), presentando ahora hemoptisis y permaneciendo en cama varias semanas. Luego de interpretar en el piano se dijo que tenía que salir al aire ambiente por la disnea. Chopin ya pensaba que padecía del mismo mal que su hermana Emilia, que sabía que su vida sería corta como consecuencia de la enfermedad y que la mayoría de los médicos que lo asistían desconocían en definitiva la naturaleza de su mal. Sin embargo, su óptima condición social y económica lo hicieron mejorar mucho de la pernicioso influencia que tuvieron sobre su espíritu y su físico las privaciones y las angustias sufridas por la situación de su país, donde se encontraban sus padres, hermanas, amigos y muchos afectos.

Siguió sufriendo de las vías respiratorias; presentaba con frecuencia accesos de tos, disnea y expectoración y, posteriormente, episodios de hemoptisis, si bien ciertos autores prefieren hablar de hematemesis. Sin embargo, ninguno de sus médicos –que fueron varios– que lo atendieron, algunos de reconocido renombre, hallaron signos físicos compatibles con la presencia de cavidades pulmonares u otras enfermedades pulmonares. En 1836, cuando se inició su célebre relación amorosa con George Sand, lo examinó el Dr. Gaubert, quien juró que Chopin no padecía tisis. No obstante su salud seguía deteriorándose cada vez más, sobre todo, luego de los 30 años de edad. Presentó con frecuencia síntomas del aparato respiratorio, que no obstante alternaban con momentos en que se hallaba completamente asintomático, entre los que se cuentan:

1. Tos crónica, tosía elegantemente, con gracia y este síntoma era lo único permanente en él de acuerdo con la condesa D'Agoult, amante de Liszt. Para atenuar esta molestia tomaba opio con azúcar en pedazos de hielo.
2. Expectoración en cantidad variable, blanquecina y, a veces, purulenta con carácter hemoptoico.
3. Hemoptisis de repetición, con frecuencia por varias semanas, muy variable, expectoraba sangre desde pequeñas cantidades hasta casi llenar un vaso. Es posible que haya tenido anemia.
4. Disfonía que presentaba de modo intermitente y que fue constante en sus últimos días, apenas podía hablar.
5. Disnea que fue progresiva, hasta el grado de que no podía subir escaleras y tenían que cargarlo. En ocasiones, presentaba cianosis.

6. Síntomas generales como astenia y tal vez fiebre, acompañados de una sudoración que lo molestaba mucho, se secaba continuamente la frente con un pañuelo impregnado con agua de colonia. Era muy delgado, pesaba 45 kg y medía 1.70 m, nunca subió de peso.
7. En sus últimos días tuvo edema de miembros inferiores que le impedía caminar. También le dolían las articulaciones.

Bastante restablecido de su estado de salud, en 1836, conoció a Aurora Dupin, Baronesa de Dudevant, escritora notable que firmaba con el pseudónimo de Jorge (George) Sand. Era una mujer que había tenido múltiples amantes, hombres y mujeres, rodeada por el escándalo, de quien se decía que era depravada, de vida liberal, anafrodisia sexual, sáfica y ninfomaniaca, además de inmoral y mentirosa, pero también la consideraban apasionada y genial, calificativos que en esta época hubieran sido un elogio. Se vestía como hombre y fumaba puros, lo que en la actualidad no tiene nada de extraño. En un principio no le simpatizó, pero después ella lo buscó porque necesitaba una criatura famosa y débil. Liszt, en su ensayo sobre Chopin, refiere que finalmente ambos “se sienten sexualmente atraídos”. La propia Sand sugiere que sólo lo amaba para cuidarlo y no tuvieron hijos. Esta amistad fue determinante para Chopin porque Sand se convirtió en su enfermera y fue durante su relación que duró diez años, cuando Chopin, a pesar de su muy variable sintomatología compuso gran parte de sus obras.

La contribución de George Sand con la salud de Chopin fue muy positiva. La sangría era un tratamiento aceptado para la tisis en aquel tiempo, pero Sand temía que eso era muy peligroso y no haría más que empeorar más su salud. De hecho, Sand tenía bastantes conocimientos de medicina, pero dijo “era un paciente detestable. Se desmoralizaba completamente, aceptando su sufrimiento con justo coraje”.

Refiere Bestard que Chopin y Sand se conocieron a finales de 1836 en París, ciudad en la que residían. Ambos habían sido invitados por Franz Liszt y la condesa d'Agoult a una reunión de amigos en el Hôtel de France. En ese primer encuentro no se cayeron bien. Durante la fiesta, Sand murmuró a una amiga: “ese señor Chopin ¿es una niña?”, mientras que el músico polaco comentó a la salida del hotel: “esta señora Sand ¿es una mujer? Estoy por dudarlo”. Al cabo de medio año se volvieron a encontrar en otra reunión de amigos, esta vez, en casa del propio Chopin. En tal ocasión, Sand quedó prendada del polaco al verle tocar junto a Liszt. Al principio, Chopin dudaba, y se oponía a un acercamiento físico con George Sand, ella escribió: “Pero cuando nos despedíamos en su casa y él dominaba una última tentación, dijo algunas palabras con las que no puedo estar de acuerdo. Como un fanático piadoso parecía mirar las groserías humanas y sonrojarse por las tentaciones que podía sentir, temiendo que mancharan nuestro amor. Esa manera de mirar el supremo abrazo del amor y la pasión siempre me ha repugnado. Si el abrazo supremo no es algo puro y santo y lleno de devoción como lo demás, no existe virtud en abstenerse de él. El término, amor físico, para describir algo que sólo tiene nombre en el cielo siempre me ha desagradado y ofendido como algo a la vez impío y falso. Para naturalezas elevadas, ¿es posible

que exista un amor puramente intelectual? ¿Puede existir el “amor” sin un beso, y ha existido alguna vez un beso de amor sin rastros de pasión? “Despreciar la carne” sólo pueden hacerlo los que son carnales y nada más, pero cuando se ama, se debe decir “respetar” y no “despreciar” cuando se abstienen. Al poco tiempo, en fin, iniciaron una relación que duró ocho años. La opinión de Sand sobre la música de Chopin era suprema, llegó a decir; “hay más música en el minúsculo Preludio en Do Menor de Chopin que en las cuatro horas de trompeteos de Les Huguenots de Meyerbeer.

Durante el año 1838, Maurice Sand, hijo de la escritora, había tenido ataques reumáticos. Un matrimonio amigo de la familia, los señores Marliani —él, un político y escritor francés y ella, una española— conocían la isla de Mallorca y su clima saludable. Ellos dieron la idea a George Sand de que el suave clima de la isla y sus bellos parajes proporcionarían un saludable invierno a Maurice. Sus también amigos, el ministro español Mendizábal y el músico Francisco Frontera, natural de Valldemossa y residente en París, elogiaron asimismo la isla y animaron a la pareja a visitarla. En aquella época, Chopin ya tenía síntomas de su enfermedad, la tuberculosis, aunque todavía no se la habían diagnosticado. Comentó a su médico, el señor Gaubert, la posibilidad de pasar el invierno en Mallorca, idea que gustó mucho al doctor. De esta manera, Frédéric Chopin, George Sand y los dos hijos de Sand, Maurice y Solange, decidieron pasar el invierno en la isla. Tras aguardar unos días en Barcelona, zarparon hacia Mallorca y el día 8 de noviembre de 1838, arribaron al puerto de Palma a bordo de “El Mallorquín”.

Los dos primeros días se alojaron en un vetusto hostel que daba a la calle del Mar, luego huyeron del estruendo de los martillazos que producían los boteros a pie de calle. Les acogió unos días el cónsul francés, Pierre-Hippolyte Fluir, en su propia casa de Palma, hasta que consiguieron alquilar “Son Vent”, una finca a las afueras de la ciudad, en el incipiente barrio de Establiments. Allí les tocó vivir unas tres semanas de días soleados, agradables, de paseos campestres por los alrededores de la comarca. Parecía que habían acertado con su decisión de venir a Mallorca. Todo se empezó a torcer cuando apareció el mal tiempo, a principios de diciembre. La lluvia, los fuertes vientos y el frío húmedo empezaron a intensificarse. Todo ello hizo redoblar la insistente tos de Chopin, que no tardó en caer enfermo.

Le visitaron tres médicos: el doctor Pere Josep Arabí, el doctor Miquel Oleo y el doctor Fiol. Enseguida le diagnosticaron tuberculosis. La noticia corrió como la pólvora, llegando a oídos del propietario de Son Vent, el cual pidió a sus inquilinos que abandonasen la finca para, una vez deshabitada, proceder a su desinfección blanqueando las paredes con cal.

Ante esta situación, Chopin, Sand y sus dos hijos tuvieron que volver a abusar de la hospitalidad del cónsul francés. Allí pasaron varios días. Fue entonces cuando decidieron organizar una excursión a Valldemossa. Allí descubrieron el bello monasterio de la Cartuja. Los monjes cartujos lo habían abandonado por la fuerza tres años antes. Cuando Chopin y George Sand entraron en el cenobio lo pudieron contemplar tal cual los monjes lo habían dejado, incluso los cirios de

la iglesia estaban a medio consumir. Valldemossa les gustó. Tanto es así que ese mismo día acordaron alquilar algunas dependencias de la Cartuja. El 15 de diciembre se instalaron.

Allí permanecerían hasta el 12 de febrero, momento en que volverían a Palma para, al día siguiente, regresar a Barcelona de nuevo. El tiempo no mejoró y al estar en Valldemossa notaron con más crudeza el invierno que, además, ese año no dio tregua. Chopin, frágil y cada vez más enfermo, prácticamente no salió de los muros cartujanos. La situación de George Sand fue bastante complicada: tuvo que hacer de enfermera, secretaria, gobernanta, madre... Si a esta situación se le añade su carácter difícil y sus costumbres forjadas en los ambientes burgueses parisinos (vestir con pantalones, fumar en público, pasear sola por la noche, convivir con un hombre que no era su marido...), que chocaban frontalmente con las costumbres de Mallorca, ello puede explicar, en parte, la tremenda diatriba contra los habitantes de la isla que dejó plasmado en su libro "Un hiver à Majorque". Diatriba que consiguió sacar de sus casillas, haciéndole perder los papeles, a un jovencísimo José María Quadrado, quien dejó para la posteridad el famoso artículo A Jorge Sand. Vindicación, publicado en el semanario La Palma (1841): "Jorge Sand es la más inmoral de los escritores y Madame Dudevant [es decir, la misma George Sand] la más inmundada de las mujeres". Todo esto ya es historia y al releer estos comentarios únicamente nos provoca una leve sonrisa. No sería justo resaltar exclusivamente estos aspectos, pues la estancia de Chopin y Sand significó muchas más cosas. A la escritora, vivir en la Cartuja le supuso poder inspirarse y escribir su novela Spiridión, mientras que Chopin, desde su celda, resguardado de la intensa lluvia, frágil, casi sin fuerzas, compuso la mayoría de sus Preludios, la Polonesa en Do menor, op. 40, o la Mazurca en Mi menor, op. 41 n° 2, entre otras composiciones. Sand escribió: "lo creían tuberculoso; Gaubert lo examinó y me juró que no lo estaba" y agrega: "Dulce, alegre, encantador en el mundo, Chopin, enfermo, era desesperante en la intimidad. No había ningún alma más noble, más delicada y más desinteresada que la suya; ningún trato más leal y más sincero y espíritu más brillante en la alegría, ninguna inteligencia más seria y más perfecta en lo que era de su dominio; pero, en cambio, ¡ay!, ningún carácter más desigual, ninguna imaginación más sombría y más delirante; ninguna susceptibilidad más fácil de irritar y ninguna exigencia de corazón más imposible de satisfacer". "En Marsella fue examinado por el célebre médico Cauvieres, quien lo encontró muy grave: pero recobró la esperanza al verlo restablecerse pronto. Auguró que Chopin podía vivir mucho tiempo con grandes cuidados."

"Papet no le encontró ningún síntoma de afección pulmonar. Y únicamente una sensible afección crónica de laringe, de la cual creyó que no había por qué alarmarse". Escribe a Titus "los médicos no me permiten viajar, bebo agua de los Pirineos en mi cuarto".

Volvió a Marsella, donde una Junta médica de Cruviellé, Louis y Blanche llegó a la conclusión de que todo viaje al mediodía de Francia sería enteramente inútil y que era preferible transportarlo nuevamente a París, con calefacción, más cómodo y más ventilado. Así llegó al número 12 de la Plaza Vendome.

Enfermedades desde su regreso a París y su prematura muerte

El retorno a París trae consigo su paulatina ruptura con George Sand. Es bien conocido el hecho de que la escritora hacía siempre un libro luego de sus romances, cuyo texto se relacionaba de alguna manera con el episodio. En Amor, enfermedad y viceversa, se ha dicho que Lucrezia Floriani es una semblanza de la relación entre George Sand y Chopin desde la visión altiva que la escritora tenía de sí misma y de los demás. La trama gira alrededor de una actriz italiana que deja la farándula para retirarse a una vida campestre en la que cuida de sus hijos y de Karol, su amante, al que define como “un gatito enfermo” de difícil carácter. Sand leyó la novela ante las amistades de la pareja, quienes no dudaron ni un instante de su paralelismo con la realidad escandalizándose por el maltrato hacia Chopin, pese a que éste intentase vanamente convencer a todos de que estaba encantado con la ficción. Lo cierto es que Madame Dudevant dibuja en Lucrezia Floriani una caricatura de Chopin en la que le hace parecer un loco celoso de carácter débil. Unos celos que podrían estar justificados por las invitaciones que la novelista hacía a antiguos amantes para que pasaran unos días en Nohant.

No parece, sin embargo, que estos hechos sean sino unas gotas en el vaso que propició la ruptura final de la pareja, en la que los tortuosos asuntos familiares de Sand hicieron una mella atroz. Teniendo a su hijo Maurice como favorito, la relación entre ella y su hija Solange se hizo cada vez más tirante, principalmente por el afecto que ésta mostraba hacia Chopin desde la pubertad. Frédéric enseñaba piano a la adolescente y trabó una buena amistad con ella. Todo lo contrario sucedió con Maurice. La llegada a Nohant de una prima por la que Solange mostraba profunda antipatía fue configurando dos bandos en la familia mientras Sand quedaba en medio de la disputa aunque alineándose solapadamente con su hijo mayor.

Chopin marchó de Nohant para no volver y ni siquiera fue invitado a la boda de Solange con un escultor del que se había enamorado perdidamente. Los celos de Sand hacia la estrecha relación de Chopin con su hija terminaron finalmente en un intercambio de duras cartas que finalizó cuando la escritora le envió una postrera en la que sentenciaba el fin de su amor en una cruel epístola.

Rocío Cuenca Antón, señala en su serie de artículos titulada Viaje a través de Chopin, que algunos estudiosos comparan la actitud de Sand frente a Chopin con la de una mantis religiosa, que se aprovecha del genio del músico y lo abandona cuando éste se encuentra ya a las puertas de la muerte. Sin embargo, para otros, actúa como una madre que separa a su protegido de los problemas para que pueda dar rienda suelta al genio creador. Como bien indica la periodista, probablemente “sería ambas cosas a la vez”.

Es imposible negar la influencia que George Sand tuvo en la música de Chopin. Cuidándole y animándole durante años pese al agrio carácter que la enfermedad iba formando en el compositor polaco, Aurore Dudevant dio pie muy posiblemente a la etapa de mayor capacidad creadora del músico, elevando su arte hasta situarlo en los altares de la historia. Y es que, como decía Frédéric Niecks, biógrafo de Chopin, la ruptura de la pareja supuso “una catástrofe en la vida de Chopin”.

Ya en París y separado de George Sand, consulta al célebre doctor Cruveilhier que le recomienda reposo y solicita la opinión del doctor Blacke, un eminente pediatra. Ante esto, Frédéric escribe: "Él me ayudará más, ya que en mí hay algo infantil". Chopin ya consideraba su enfermedad como un impedimento; "es imposible escribir música con una tos sofocante, lleno de flemas con sangre y sudando frío", sin embargo, la sobrellevó con dignidad y probablemente con resignación. Su médico amigo Jan, en estado terminal de la tuberculosis, creía que ambos compartían la misma enfermedad letal, hablaban mucho sobre la enfermedad. Tras la muerte de éste, en 1842, antes de partir para Nohant estaba tan débil que le tenían que ayudar a bajar las escaleras del apartamento en la Rue Pigalle. En todos los inviernos Chopin enfermaba. A principios de 1843 le escribe a su médico Dr. Molin; "sé tan amable de venir a verme hoy; ¡estoy sufriendo!". El año 1845 fue muy malo para la salud de Chopin. En una carta escribe; "he sobrevivido a tanta gente más joven y fuerte que yo, que pienso que soy eterno".

En sus últimos días, cuando estalla en Francia la revolución que obliga a Luis Felipe a dejar el poder (febrero de 1848), fue su alumna escocesa Jean Stirling quien lo cuidó y lo invitó a Inglaterra donde a pesar de estar seriamente enfermo, tuvo gran éxito. Su buen gusto hizo que se negara a tocar con la Orquesta Filarmónica de Londres que "tenía el carácter de un roast-beef o de una sopa de tortuga". No aceptó las invitaciones de Lord Flalmouth para una audición porque los sirvientes estaban mejor vestidos que el dueño de la casa. Su estancia en Inglaterra fue su último viaje y, con el frío y la niebla, su enfermedad se agravó considerablemente. Mendelsshon y el gran pianista Moscheles lo describen como "muy enfermo", apenas podía tocar y ya no compuso nada. En su única fotografía tiene una expresión de cierta hostilidad con algunos rasgos amargos que revelan una fatiga extrema. Él mismo decía en una carta a Grzytmala: "¡Ojalá pudiera saber que la enfermedad no me matará este invierno!" (Londres, julio de 1848).

Regresó a París y, en un último concierto, el 16 de febrero, en la Sala Pleyel tocó sereno, con profundas ojeras, pero con un brillo febril y demoníaco en sus pupilas, mezclado con un tono de melancolía, ardió en música en cuerpo y alma, su esfuerzo final lo dejó pálido, disneico y anhelante ante un público que lo aplaudió clamorosamente.

A final de abril de 1849, Chopin entra en la fase final de su enfermedad. Berlioz le visita y recuerda: "incluso la más ligera conversación le fatiga de manera alarmante. Se esforzaba para hacerse comprender todo lo posible por señas". Podría haber tenido premonición de su propia muerte cuando le pidió a su hermana Ludwika que viniera a verle "si podéis hacerlo, venid. Estoy enfermo y ningún médico podrá ayudarme como vosotros... Ocupaos enseguida del pasaporte y del dinero, pero hacedlo de prisa". En julio le escribe a Solange: "Veo que el Dr. Cruveilhier me considera tísico porque me ha prescrito una cuchara de café con liquen". Los líquenes se usaban en tratamiento homeopático para la tuberculosis.

A partir de entonces, su salud se deterioró progresivamente hasta su muerte el 17 de octubre de 1849, pocos minutos antes de las dos de la madrugada, en

Place Vendome número 12, la cual fue casi un evento social pues mucha gente lo visitaba.

Chopin tenía miedo de ser sepultado vivo y en un dramático y angustioso mensaje pidió que se abriera su cuerpo y le extrajeran el corazón. El gran maestro Jean Cruveilhier realizó una autopsia parcial para cumplir este deseo, encontró datos sugerentes de que además de los pulmones, el corazón también estaba afectado. Después de una emotiva ceremonia en la iglesia de “La Madéleine” en la que se interpretó el Réquiem de Mozart, cumpliendo la última voluntad de Chopin, fue inhumado en el cementerio Père-Lachaise.

A su funeral asistieron unas tres mil personas, el 30 de octubre. Mientras el féretro era sacado de la cripta y transportado por Delacroix, Franchomme, Pleyel y el Príncipe Alexander Czartoryski, se tocó su famosa Marcha Fúnebre. El organista también tocó dos de sus preludios. En su sepulcro está la escultura de una musa con una lira rota y su epitafio escrito por Liszt dice “Chopin fue un rayo de luz en el cielo del arte”. Su corazón fue enviado en una urna a la iglesia de la “Santa Cruz” en Varsovia.

Berlioz dijo que “Chopin se había estado muriendo durante toda su vida”.

Debates sobre la enfermedad pulmonar de Chopin

Tradicionalmente se ha asociado a Chopin con la Tuberculosis. Se podría decir que de alguna manera es el “tuberculoso” más célebre de la historia. Pero esta tradición es puesta en discusión cuando los Dres. Kubba y Young publican en 1998 en la revista Chest, así como la revisión del Dr. Sartin en la edición de 2010 de Clinical Medicine & Research, que no está tan claro que padeciese dicha enfermedad. La tos de Federico comienza en la adolescencia y le acompaña durante el resto de su vida. Chopin desde siempre refiere dificultad para respirar, intolerancia al esfuerzo, esputos con sangre, palidez y molestias gastrointestinales. Además su patología pulmonar precoz y crónica repercute en su crecimiento, le inflama las articulaciones de las piernas y, probablemente, explica su esterilidad. El hecho de que Chopin no contagia la supuesta tuberculosis a sus íntimos como son George Sand y los hijos de ésta y que la autopsia del doctor Cruveilhier no es concluyente de que padezca esta patología, hace pensar en otras posibles enfermedades.

Es por ello que actualmente se debaten diversos diagnósticos más factibles que podrían corresponder a la enfermedad de Chopin:

- **Tuberculosis Pulmonar**
- **Bronquiectasias**
- **Bronquitis Crónica**
- **Infecciones respiratorias altas y bajas**

- **Hemoptisis**
- **Enfermedad Fibroquística del páncreas**
- **Estenosis Mitral**
- **Deficiencia de alfa-1 antitripsina**
- **Aspergilosis pulmonar alérgica**
- **Asociaciones de varias de estas afecciones**

Expresa la Dra. María Rosa Galati Generelli que de acuerdo con tantos profesionales de la época es muy improbable que Federico Chopin haya padecido tuberculosis pulmonar. Entonces, ¿cómo puede explicarse la enfermedad pulmonar crónica que padeció toda su vida?

Recordemos que todos los profesionales que lo atendieron, algunos muy prestigiosos, en ningún momento hablaron de cavidades pulmonares, lesiones u otros daños a ese nivel.

Otras teorías ya mencionadas es que podría haberse tratado de una enfermedad fibroquística del páncreas o de una estenosis mitral. La primera puede prácticamente descartarse porque los afectados por la misma suelen morir a edades muy tempranas, sobre todo en aquella época en que no se contaba con antibióticos. Otro tanto podría decirse de la estenosis mitral si se considera la importante magnitud de las hemoptisis y la falta de antecedentes reumáticos.

J.A. Kuzemko en su artículo "Chopin's illness" se inclinó en pensar que padecía de déficit de alfa-1 antitripsina. Esta deficiencia genética explicaría también la enfermedad de su hermana Emilia. Se sabe que los enfermos que presentan este déficit padecen de enfermedad broncopulmonar degenerativa y daño hepático el que es responsable del 25% de los casos de muerte juvenil por cirrosis, además de enfisema, bronquitis crónica y bronquiectasias. Las alteraciones más graves son identificadas por la deficiencia citada asociada al fenómeno ZZ. Estos pacientes con déficit de alfa-1 antitripsina, desarrollan enfisema panlobular con destrucción de los tabiques alveolares en un escaso porcentaje de casos y, con mayor frecuencia, enfisema centrolobulillar y destrucción de los bronquiolos terminales.

Se trata de una enfermedad hereditaria autosómica recesiva que se presenta por lo general en adultos jóvenes y que actualmente se diagnostica por medio de la determinación de alfa-1 antitripsina en suero y por el fenotipo. Los estudios por lavado broncoalveolar son difíciles de interpretar, no se debe olvidar que luego de 25 años de su descubrimiento, el rol de la alfa-1 antitripsina no está completamente dilucidado.

La patogenia del enfisema no es simple y además, en el mismo, otros factores pueden estar involucrados y ser tan importantes como el déficit de alfa-1 antitripsina o más.

En los meses anteriores a su deceso que ocurrió el 17 de octubre de 1849, padeció edemas de miembros inferiores, disfonía y debilidad extrema.

Este cuadro terminal parece concordar nuevamente con la posibilidad de que padeciera enfisema, afección que al acentuarse el proceso destructivo aumenta la disnea, la suficiencia cardíaca es baja y existe hipertensión del pequeño circuito. Este estado hemodinámico puede justificar la disnea ante el mínimo esfuerzo. Estos pacientes suelen presentar corazones “en gota”. Todo lo referido puede corresponder al cuadro terminal.

La autopsia la realizó el Profesor Dr. Jean Curveilhier (Profesor Titular de Anatomía de la Universidad de París). Como ya se expresó, como Chopin tenía terror de ser enterrado vivo, solicitó que al morir se le practicara la autopsia. Otros opinan que la pidió para que fuera mejor entendida su enfermedad.

Pero lamentablemente, tanto el certificado de defunción como el protocolo de la autopsia, ambos escritos y firmados de puño y letra por el Prof. Curveilhier, se extraviaron o se quemaron presumiblemente en el incendio de la Prefectura de París de 1871.

No obstante, existen documentos donde consta que el Prof. Curveilhier habló luego de la autopsia de Federico con su hermana Ludwika, además también lo hizo con Adolf Guttman, alumno preferido de Chopin, y con sus íntimos amigos Wojciech Gryzmala y Jane Stirling.

En 1849 escribió Wojciech Gryzmala a su hermano Augusto Leo Gryzmala diciéndole: “la causa de muerte fue muy diferente de lo que se pensaba”. Jane Stirling, a su vez, le escribió a Liszt “sus pulmones estaban menos comprometidos que su corazón”.

Si bien el certificado de defunción del célebre artista (1810-1849) indica que Chopin falleció en París a causa de la tuberculosis, el profesor Wojciech Cichy, miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Poznan (al este de Polonia), asegura ahora que la realidad fue bien distinta. El profesor Cichy se basa en la presencia de nódulos en el corazón de Chopin, que se recoge en la autopsia practicada tras su muerte y evidencia que el compositor sufrió una enfermedad genética que afectaba especialmente a los pulmones, aunque no guarda relación alguna con la tuberculosis. El historial médico de los miembros de la familia de Chopin también sería una prueba más de esta teoría, ya que dos de sus hermanas murieron por padecer enfermedades pulmonares y el más joven de sus hermanos, quien acusaba una salud delicada, falleció a los quince años de edad.

Los investigadores han analizado el corazón del compositor.

Cichy y su equipo confían en confirmar ahora sus conclusiones gracias al material genético tomado del cuerpo de la hermana del famoso pianista, Emilia, cuyo cuerpo está enterrado en el cementerio Powazki de Varsovia. La fibrosis quística y sus ramificaciones genéticas no fueron descubiertas hasta 1932, ochenta

y tres años después de la muerte del genial compositor. Este mal es causado por un gen defectuoso que le indica al cuerpo que produzca un fluido anormalmente espeso y pegajoso, una mucosidad, que se acumula en los pulmones y en el páncreas, lo que ocasiona infecciones pulmonares muy graves y serios problemas digestivos.

Por su parte, Martínez Palomo expresa: “A propósito de Chopin, de origen polaco, la tradición ha aceptado sin titubeos el veredicto sobre su enfermedad: tuberculosis pulmonar, cuya manifestación inicial fue la de infección de los ganglios linfáticos del cuello (a los 16 años)”.

“Según esta versión –explicó– la tuberculosis del músico tuvo una duración de más de 23 años, a pesar de que ninguna de las medidas terapéuticas instituidas pudo haber tenido influencia en la prolongación de la infección”.

Dijo que fuera lo que fuese la afección del músico lo obligó a consultar a más de medio centenar de médicos en sus 39 años de vida, entre alópatas, homeópatas y uno que otro charlatán.

De acuerdo con Martínez Palomo no pudo ser tuberculosis, porque de aceptar esa versión significaría que Chopin la padeció durante casi un cuarto de siglo, lo cual sería extraordinariamente atípico, pues a principios del siglo pasado se mencionaron series en las que la duración promedio de los casos de ese mal era de dos años y sólo en algunas se prolongó a siete.

Durante esas dos décadas, agregó, el curso de los síntomas no fue el de una enfermedad progresiva, además de que una tuberculosis avanzada difícilmente puede remitir sin tratamiento.

“Por ello –dijo– el enigma médico de Chopin radica en que ahora que se conmemoran 200 años de su nacimiento no sabemos con seguridad cuál fue el padecimiento que marcó su vida y lo sentenció a una muerte prematura”.

El especialista recordó que en 1987 el médico australiano John O’Shea concluyó que el pianista y compositor no enfermó de tuberculosis, sino de fibrosis quística, lo cual podría comprobarse mediante un análisis de ADN. Sin embargo, las autoridades polacas no han autorizado ahora a tomar un fragmento del corazón del músico.

Bottasso, por su parte, expresa que respecto a la “forma leve” de fibrosis quística en el caso de Chopin, es difícil de sostener cuando lo mantuvo enfermo durante largo tiempo; en la biografía consta, además, que tenía episodios de hemoptisis y adenopatías cervicales compatibles con la escrófula tuberculosa. Las infecciones respiratorias a las que conduce la fibrosis quística en una época sin antibióticos, quizás, hubieran provocado la muerte mucho más temprano que a los treinta y nueve años. La hermana menor murió siendo prácticamente una niña y el padre, en cambio, tuvo una vida prolongada para la época. Otro punto de discusión en el artículo de Bottasso es el cuestionamiento de “¿cómo no se contagiaron

George Sand y los alumnos de Chopin!", un hecho que no contradice en absoluto la existencia de una enfermedad infecciosa y contagiosa, puesto que sabemos que no es contagiosa ciento por ciento y que se necesita un terreno predispuesto, así como una convivencia permanente (lo que no ocurrió entre el músico y G. Sand). Los niños, por la inmadurez de su sistema inmunológico, podrían estar más expuestos que los adultos. Y agrega que la hermana menor murió de una hematemesis masiva. Si es así, dentro de lo raro de la enfermedad fibroquística, tuvo una complicación más extraña todavía como es una probable hipertensión portal, aunque no imposible, en la enfermedad fibroquística. No se mencionan diarreas ni el cuadro de malabsorción típico de la enfermedad en ninguno de los hermanos, ni siquiera en el mismo Chopin..., sobre todo, y esto me parece lo más importante: los médicos, en especial los clínicos, pensamos siempre en términos de frecuencia, esto es, frente a una enfermedad pulmonar que presenta tos, hemoptisis, adelgazamiento hasta la emaciación, palidez, lo primero que pensaríamos, incluso hoy, es tuberculosis. No hay por qué olvidar que a lo largo del siglo XIX y gran parte del siglo XX, la tuberculosis fue por lejos la primera causa de muerte en los países europeos.

Vázquez Caruncho, por otra parte, está abordando un nuevo aspecto de la salud de Chopin: el extraño comportamiento y las visiones que, según los informes, vio en varias ocasiones. Reportó en la revista *Medical Humanities* que Chopin pudo sufrir de epilepsia del lóbulo temporal, una condición que aún no había sido descrita en la literatura médica durante la vida del compositor. Se atribuye al médico John Hughlings Jackson el avance en la comprensión de la epilepsia y sus convulsiones alrededor de 1870.

Por tanto, es prácticamente imposible que los médicos sospecharan que Chopin sufriera de epilepsia, pero las alucinaciones parecen encajar con el diagnóstico, dijo Manuel Vázquez Caruncho, radiólogo en el Complejo Hospitalario Xeral-Calde en Lugo, España, y autor principal del estudio.

"Lo que me interesó fue separar la visión romántica de Chopin de la realidad", dijo Vázquez Caruncho. "Mucha gente, en su época y después, interpretó sus alucinaciones como la manifestación de un alma muy sensible".

En 1948, Chopin escribió en una carta a la hija de su novia George Sand:

"Una extraña aventura me sucedió mientras estaba tocando mi sonata en Si bemol menor para algunos amigos ingleses. Había tocado el Allegro y el Scherzo más o menos correctamente y estaba a punto de tocar la Marcha, cuando, de repente, vi emerger de la tapa semiabierta de mi piano esas criaturas malditas que se me han aparecido en una noche lóbrega en el monasterio cartujano (Mallorca). Tuve que retirarme por un rato para poder recuperarme, y después de eso continué tocando sin decir una palabra."

En sus memorias, Sand recuerda que la estancia en ese monasterio en 1838 estuvo "repleta para él de terrores y fantasmas". "A la vuelta de una de mis exploraciones nocturnas de las ruinas con mis hijos, le encontré, a las diez de la

noche, pálido frente al piano, con los ojos en blanco y el pelo en punta. Tardó un rato en reconocernos”, escribió la escritora en *Histoire de ma vie*.

En otra ocasión, escribió Sand, Chopin pensó que vio a su padre y a su amigo Jan Matuszynski en una alucinación mientras tenía una fiebre alta debido a una infección dental.

Las cartas revelan que las alucinaciones de Chopin parecían durar de segundos a minutos, y que sufría estas experiencias mayormente durante las tardes o cuando tenía fiebre.

Los autores del estudio indicaron que es posible que tuviera una migraña con aura sin dolor de cabeza, pero esto usualmente ocurre en personas mayores de 50 años. También descartaron toxicidad, aunque Chopin tomaba muchos remedios para sus males como “gotas de opio en azúcar”. Las alucinaciones visuales generadas por la toxicidad son usualmente abstractas, pero Chopin recordaba las suyas muy vívidamente y comenzó a tenerlas antes de tomar medicamentos frecuentemente.

Otros indicadores de que Chopin sufría epilepsia incluyen síntomas de ansiedad, miedo e insomnio, que pueden preceder a los ataques epilépticos, que Chopin parece haber experimentado. Vivió un estado de sopor llamado *jamais vu* –en el que una situación común parece al mismo tiempo poco familiar– y que ha sido documentado como parte de convulsiones epilépticas.

Para Vázquez y Brañas, experimentar alucinaciones, explican en *Medical Humanities* (publicación especializada del BMJ), es un síntoma “de varios desórdenes psiquiátricos, como la esquizofrenia, el desorden bipolar, la depresión y los estados disociativos, pero la mayoría, son auditivas”. Descartan: las migrañas porque las alucinaciones causadas por éstas duran hasta media hora y las de Chopin oscilaban entre unos segundos y pocos minutos; el síndrome de Charles Bonnet, porque el músico no sufría desórdenes visuales; que las provocara el láudano porque las primeras se manifestaron antes de que comenzara a tomarlo... Y se inclinan, al final, por la epilepsia del lóbulo temporal porque produce complejas alucinaciones visuales que se corresponden con las del músico. Vázquez y Brañas admiten, no obstante, que es difícil llegar a un diagnóstico definitivo sin poder explorar al paciente con los medios al alcance de la medicina moderna.

Chopin y Sand no tuvieron descendencia, lo cual no deja de ser sorprendente. Es posible que el músico fuera estéril, pero sus verdaderos hijos son su propio legado musical, del que ahora vamos a escuchar una hermosísima muestra; su *Concierto en Mi Menor*, una joya entre todos los conciertos para piano y orquesta de toda la historia de la música.

Médicos que asistieron a Chopin:

- **Dr. Malfatti, médico, lo invitaba con frecuencia a comer en su casa para poder ayudarlo, gracias al aprecio que le tenía.**

- **Dr. Pierre Gaubert**
- **Dr. Gustave Papet**
- **Dr. Jean Cruveilhier (último médico de Chopin)**
- **Dr. Blake, pediatra**
- **Dr. Josep Arabí–Dr. Miquel Oleo–Dr. Fiol (Mallorca)**
- **Dr. André Francois Cauvieres (Marsella)**
- **Jan Fryderyk Wilhelm Malcz, Franciszek Girardot y Fryderyk Adolf Roemer**
- **Aleksander Hofman, Jean-Jacques Molin, Jan Matuszyński, Adam Raciborski, Gust y Coste**
- **Mallan y James Clark (Londres)**
- **Leon Simon, Fraenkel, David Koreff, Louis y Roth (París, último tiempo de su enfermedad)**

Bibliografía

1. Kuzembo, J.A. – Chopin's Illness – Journal of the Royal Society Medicina 1994; 87: 759-771
2. Galati Generelli, M.R. – A propósito de las enfermedades de Federico Chopin
3. Vázquez, M. y Brañas, F–Chopin, epilepsia del lóbulo temporal – Medical Humanities
4. O'Shea, J.–¿Era fibrosis quística la enfermedad de Frédéric Chopin? – Diario Médico de Australia, 1987
5. Sand, J. – Historia de mi vida – Ed. Compañía General Fabril Editora, Buenos Aires, 1960
6. Guy de Pourtales – Chopin o el poeta – Editorial Dédalo, Buenos Aires, 1959
7. Sydow, B.E. – Correspondencia de Federico Chopin – Hachette, Buenos Aires, 1958
8. Jacobson, H.C. – Cartas de Jorge Sand – Ed. La Fragata, Buenos Aires, 1946
9. Gavoty, B. – Chopin – Javier Vergara Editor, Buenos Aires, 1987.
10. Schonberg, H.C. – Los grandes compositores – Ed. Robinbook, Barcelona, 2007.

CICLO CIENTÍFICO CULTURAL

VI CONFERENCIA ANUAL

DR. PEDRO LUIS BARCIA

LOS RASGOS DE IDENTIDAD DE LOS ARGENTINOS

Organizado por la
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA COMISIÓN DE DIFUSIÓN DE
ACTIVIDADES ACADÉMICAS Presidente:
Acad. Fortunato Benaim

Buenos Aires

10 de junio de 2014

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACAD. ROBERTO N. PRADIER

En nombre de la Academia Nacional de Medicina tengo el honor de presentar al doctor Pedro Luis Barcia quien se hará cargo de la VI Conferencia anual de esta casa.

El doctor Barcia es Doctor en Letras de la Universidad de La Plata y su tesis versó sobre los "Proverbios morales del rabí Sem Tob", escritos para la educación de Pedro I, hijo de Alfonso XI y me trae el recuerdo del mester de clerecía, de los versos alejandrinos y de José María Monner Sans.

En su condición de lingüista, investigador universitario, miembro del Conicet y creador, en 1991, del primer doctorado en comunicación de la Universidad Austral, que dirigió hasta hace poco, y como especialista en literatura y cultura hispanoamericana, el doctor Barcia ha presidido la Academia Argentina de Letras y preside actualmente la Academia Nacional de Educación.

Es, además, miembro correspondiente de la Real Academia Española y de varias otras academias de nuestra lengua, así como miembro del Consejo Asesor de varias publicaciones periódicas vinculadas a la literatura y a las humanidades, y Doctor honoris causa de universidades de nuestro país y de Latinoamérica.

Es autor de numerosas obras, folletos y opúsculos donde se destaca su interés por la literatura argentina e hispanoamericana, particularmente la obra de Rubén Darío, así como la educación y la lingüística en nuestro medio.

Ha recibido más de veinticinco premios y distinciones por su obra y trayectoria.

Su conferencia de hoy versará sobre "Los rasgos de identidad de los argentinos".

Muchas gracias

LOS RASGOS DE IDENTIDAD DE LOS ARGENTINOS

DR. PEDRO BARCIA¹⁸

La palabra “identidad” tiene su origen en una expresión latina, *eadem entis*, “del mismo ser”. Hay identidad cuando una persona, una familia, una institución, un país a lo largo del tiempo mantiene rasgos que lo caracterizan, lo individualizan y lo hacen reconocible por esos rasgos. De modo que, en realidad, hay identidad cuando hay entidad en qué sostenerse; entonces decimos: esta persona tiene identidad. Los argentinos reducimos esto a la cédula de identidad en primer lugar, y de ahí no solemos avanzar. Hace poco se inauguraba un Congreso en la República Dominicana y cuando voy cursando el salón, la locutora, muy animosa, dice: “El Dr. Barcia ha perdido su identidad”. Yo me detuve en el marco de la entrada, patitieso, y entré en crisis metafísica, porque no entendía por qué había dejado de ser lo que era, y demás... Y la joven levantó un papel y dijo: Se le ha caído la identificación de la solapa”. La “identidad” del Dr. Barcia era el cartelito. Muchos se basan en el poner rótulos a las realidades para “identificarlas”. Es toda una actitud. En realidad, la identidad no se hereda, sino que hay que trabajarla como veremos en seguida.



Dr. Pedro Barcia

Uno no es consciente de su propia identidad y, a veces, ni la de su familia; porque se cumple aquello que la gente le atribuye a Mc Luhan, pero que, en rigor, es un proverbio hitita-, que: “El pez no sabe lo que es el agua”. Efectivamente el pez nace en el agua, conoce a la pez en el agua, tiene pececitos y muere en el agua; nunca salió del agua. El pez no sabe lo que es el agua porque está inmerso en un ámbito que le fue natural desde el principio y no tuvo posibilidad de contraste, ni de compararlo con otra cosa. Si al pez lo sacan del agua, ahí se da cuenta lo que es el agua. Si a usted lo sacan de su familia, ahí se da cuenta del valor de su familia. Es lo que descubrimos en la primera etapa de la escolarización de los chicos cuando

¹⁸ Dr. en Letras; inv. principal del CONICET; presidente de la Acad. Nac. de Educación. Miembro Correspondiente de la Real Academia Española, entre otras. Ciudadano ilustre de Buenos Aires.

vamos a la escuela y uno se da cuenta que el padre del compañerito donde ha sido invitado a jugar tiene una forma de trato con la señora que no es el de nuestro padre en casa, o que la heladera está vacía, por ejemplo, cuando en su casa está llena de comida o cosas por el estilo... Comienzan a tomar conciencia de la propia identidad. Gracias a la posibilidad de comparar la realidad propia con otra. De allí que puede decirse que nadie sabe cuál es su identidad si no conoce a otros. Conociendo a otros, se conoce a sí mismo en profundidad. De ahí la importancia de esta segunda etapa de la educación. La primera etnocéntrica; la segunda, de diálogo con otras realidades.

Esto mismo pasa con los países. Y es curioso que cinco o seis intelectuales argentinos de primera línea, cuando hicieron un primer viaje a París, dijeron exactamente la misma frase; la dijo Güiraldes primero, después Borges, Marechal, Mallea... Todos dijeron lo mismo: "Cuando vi París, conocí mi país". Parecen haber cumplido con la sugerencia de Rodenbach; "Si quieres conocer bien tu pueblo, visita París". Cuando hay pupila y posibilidad de contraste, se puede definir mejor por comparación nuestra propia realidad.

Esto nos ocurrió durante todo el s. XIX. Usted no puede esperar que un gaucho le describa cuál es el hábitat en el que está, su rancho, sus comidas, su forma de vida, porque no es consciente de ello, debido a que nunca salió de allí. Está inserto en un ecosistema del cual no se ha distanciado. Las mejores descripciones de nuestra realidad pampeana, con todas sus notas, las tenemos de la pluma de los viajeros extranjeros por nuestro país. Los ingleses, de preferencia: Mitre decía: "Allí dónde ocurre algo en el mundo, hay un inglés mirando..." y después, actuando, decimos nosotros. Pero lo importante es que en esta oportunidad, los ingleses dejaron testimonio notable de la hospitalidad argentina y describieron el rancho, la construcción, la comida, la vestimenta. Sabemos todo del s. XVIII y XIX del gaucho por los extranjeros que tenían la posibilidad de contraste. Son los primeros que vieron las pampas como un mar. Lo vivió un italiano, el jesuita Cattaneo, que dijo "Desembarcamos en un espacio que es como un mar de verduras e íbamos navegando en una especie de galeones que llaman carretas". Siglo XVIII, clarísima la percepción que tiene. ¿Por qué? Porque atravesó el mar en un galeón y se embarcó en el viaje pampeano.

Y, efectivamente, el contraste ayuda hasta que usted, identifique cuáles son los rasgos identitarios de cada realidad. La persona tarda mucho también en saber cuál es su propia realidad. En Borges hay cuatro o cinco textos que contienen la misma situación. Un momento de crisis, un momento de acción límbica, que la gente dice "situación límite", lo correcto sería límbica. "En esa situación el hombre sabe para siempre quién es", es la frase que repite Borges siempre; para Laprida cuando se encuentra con la Montonera, para el sargento Cruz cuando se encuentra con Fierro. Cruz creía que era un hombre gregario de la policía, un conjunto de milicos, y se da cuenta de que la vocación de ella era de individualidad pura. Ahí descubre que la individualidad es su identidad y salta la barrera y se pone de parte del otro gaucho. Entonces, esta forma de ir reconociendo a través del tiempo su propia identidad se da en todos los planos.

Ahora estamos en vísperas de un Campeonato Mundial de Fútbol y recuerdo, cuando los Olimpiadas que se realizaron en Barcelona, *La Nación* sacó un comentario el día en que se abrió el encuentro, en el cual no hay, como se sabe, encuentros deportivos entre los países. Y el artículo se titulaba: "La elegancia argentina no clasificó". Yo pensé "Estos periodistas no saben ni titular, si todavía no empezaron las competencias". Cuando leo el texto veo lo que estaba planteado con intención. Nuestros muchachos y chicas, en el desfile inaugural pasaron frente al mundo vestidos de yanquis: con ropa deportiva norteamericana, con zapatillas Nike, con un gorrito gringo. De modo que la elegancia argentina perdió la posibilidad, en la gran vidriera inaugural, de mostrar datos de la individualidad donde todas las otras culturas de los países lo hicieron: los japoneses, con ropa de artes marciales propias, Japón, los turcos con un fez, los mexicanos con un ponchito al hombro, mostrándose frente al mundo con rasgos identificatorios; nosotros lo hicimos norteamericanamente. Entonces hasta en esta posibilidad, sin duda, es la que se presenta en el caso de la identidad que nos afecta a todos.

El problema es cuando la identidad, como hoy día, bibliográficamente se ha puesto de moda. Cuando es una moda, la realidad es más fuerte que cualquiera de las teorías. La realidad debe ser una preocupación nuestra. La identidad es, como se decía en la Edad Media, una cuestión disputada. (*quaestio disputata*) que provoca discusiones vivas.

¿Existen realmente identidades nacionales? ¿Usted puede decir qué diferencia hay entre un italiano, un inglés, un francés, un turco... o no? La mitad de esa pared de libros está destinada a demostrar que es una falacia y la otra mitad está dedicada a demostrar que es realidad. Hay teoría para los dos campos: para negar la realidad de las identidades...

Pero a veces, simplemente un cuentito basta para abrirnos los ojos. Se hace un concurso de ensayos sobre el elefante. Se presentan varios países y vence el plazo. El inglés tituló su aporte "El elefante y yo"; con pocas páginas de texto y muchas fotografías donde se lo veía con el pie sobre la cabeza del elefante caído, o en la riesgosa situación de que elefante se le venía encima y él estaba a punto de dispararle... O sea, el individualismo inglés en el yo, el deseo de aventura inglés en el yo, el hombre que va a África, con espíritu explorador, para escribir sobre esta realidad. El francés no salió de Francia. "Si tenemos un zoológico natural aquí para qué vamos a movernos". No hay que salir de Francia para conocer el mundo. Mentalidad propia del país. Se aplicó a observar a la vida sexual de los elefantes y escribió sobre ello, lo que reafirma esa proclividad que tiene el francés por lo subumbilical en muchos enfoques de la realidad. El polaco escribió uno que se titulaba "El elefante y la cuestión polaca". Naturalmente, el ruso, sobre "El elefante, cómo hacerlo más fuerte y poderoso después de la Perestroika". El norteamericano: "El elefante y la lucha por la democracia". ¿Y el argentino? El argentino no llegó a tiempo para entregar su trabajo. Entonces, mandó una carta a la Comisión diciendo "Señores, lamentablemente en esta posición extrema que estamos en el sur del mundo, lejos de toda relación con la bibliografía del caso, no tenemos actualizada las revistas, etcétera. De modo que les pido una ampliación". Le dan una ampliación, suspenden el concurso, pasa el tiempo,

vence la ampliación y tampoco presenta nada. Entonces opera el jurado que le da el triunfo al italiano. Al día siguiente, el argentino saca una carta de lectores en *La Nación* y describe sobre los países del Norte contra los pobres situados en el sur, ejerce una hegemonía impositiva. Una actitud muy argentina. Un incapaz de cumplir con los plazos, pidió ayuda, se la dieron y después, cuando no tuvo la posibilidad siquiera de terminar lo suyo, critica.

De modo que, entonces, estamos frente a una cuestión y cabe preguntarse: ¿es una mistificación o no es una mistificación? ¿Existen o no existen identidades nacionales? Personalmente, creo que sí y tengo ya, en elaboración dos libros; dos tomos de una obra para demostrar que, en general, no hay mucha discusión entre nuestros ensayistas acerca de que los argentinos tenemos rasgos identitarios, como se dice con un adjetivo muy poco feliz, pero de certera construcción. ¿Esa identidad de los argentinos es estática? ¿Se dio de una vez, para siempre y no cambia? ¿Es una realidad cambiante que se va modificando con el tiempo y el cambio es tal, que ya no sabemos la identidad propia? Como dijo Alejandro Korn: “La condición pirandelliana del argentino”, con alusión a la teoría filosófica del napolitano, encarnada en varias de sus obras teatrales: el hombre, cada hombre, cada individuo, es una creatura cambiante, incesantemente muda y, por ello, no tiene identidad estable. Pero en esta percepción no lo acompaña el grueso de nuestros ensayistas.

La otra idea es si la identidad tiene capacidad porosa o no, es decir, si absorbe influencias que la modifican, o es absolutamente intangible e impenetrable. Esa es otra posibilidad teórica. Yo estoy por la porosidad. Si hay algo que caracteriza a nuestro país culturalmente es la capacidad porosa de la situación tenemos. En eso, nos distinguimos del resto de América. Pero la pregunta es en qué grado la influencia nos modifica y altera nuestra identidad. ¿Nos enajena, nos aliena? Eso depende de la capacidad asimilativa de los argentinos. Fíjense ustedes que Valéry dice que “El león está hecho de cordero digerido. Quiere decir esto que el león se “leonifica” más comiendo lo más diferente y distante de sí que es el cordero. De modo que, la capacidad no está sino en la posibilidad de digestión que se tiene. El argentino creativo –y tenemos caudal, en todos los campos– es el mayor buche de avestruz, con capacidad de deglutir cualquier materia prima que manduque.

Para abundar en citas, como cortesana vieja, recordaría a Goethe: “No hay buenas o malas influencias, sino buenas o malas naturalezas digestivas”. Borges “borgesiza” lo que lee.

Tenemos identidades individuales, identidades familiares, identidades grupales, identidades académicas, identidades de países, de culturas, un largo etcétera.

La pregunta de quién es usted, de quién soy yo, es permanente. Fíjense que el milico cuando un chico sale de bailar, lo para en la calle y le pregunta: “¿Quién es usted? ¿De dónde viene? Y, ¿adónde va?”. El milico metafisiquea sin saberlo, como Monsieur Jourdain, que escribía prosa ignorante de que lo hacía. Propone preguntas sobre: la identidad personal, el origen y el destino de la persona. La índole de las preguntas está planteada. Lo cierto es que la realidad de la identidad

tiene, básicamente, tres posibilidades. Más allá de las distintas clasificaciones de teorías, las reduciré solo a tres.

Primera, la identidad se da como un ADN, la marca que usted trae consigo, no tiene cambio, o bien, tiene desarrollo, en todo caso. La identidad es un *fatum* ineludible. No puedo no ser argentino. ¿Y qué pasa con un correntino recién nacido que es llevado a Japón y criado y educado allá?

La segunda es que no existe identidad, sino que identidad es un *constructo*; es algo que los gobiernos, la política, los pensadores, la persona inventan y por eso se habla de “la invención de la Argentina”, de “la invención de México”. El título del ensayo del norteamericano Shumway sobre nuestro país fue tomado de un ensayista mexicano, en este juego de préstamos.

Y la tercera posición, digamos que es, en mi estimación, la equilibrada, en este caso. Es decir, articula un sustrato existente, preexistente, de naturaleza histórica y un constructo que se aplica a aquel *continuum* previo y lo robustece y perfila. ¿Cómo es esto? dijera el conde Lucanor a Patronio. Cuando en 1806 los hombres de casaca roja bajan a Ensenada de Barragán y ocupan Buenos Aires, el pueblo se sintió muy deprimido y desconcertado. El Virrey español Sobremonte, cargó el tesoro en un carruaje y se largó hacia la mediterránea Córdoba. Ahí se creó una coplita, que está en el *Cancionero de las invasiones inglesas*, que publiqué en la Academia de Letras, que en mi pueblo entrerriano, en 1945, cantábamos los escueleros, dándole una vida secular a la coplita, ignorantes de ello: “Al primer cañonazo/ de los valientes,/ huyó Sobremonte /con sus parientes”. Decía la seguidilla nacida en las calles de Buenos Aires, en 1806. Pusimos a Liniers a la cabeza y retomamos Buenos Aires. Derrotar al mayor ejército del mundo en ese momento, no era moco de pavo. Vuelven los ingleses que son insistentes, en 1807, y otra vez los derrotamos. Ahora ¿qué generó eso en los criollos? Una autoconciencia. La gente se pone a pensar “Nosotros estamos capacitados para defendernos, por qué no para gobernarlos”. El poder político no nos protegió del Imperio. Y nosotros nos hemos valido por nosotros mismos. Empiezan a descubrir su capacidad de decisión, de acción, de supervivencia. Y a partir de allí nosotros tenemos, entonces, que organizarnos y el germen de lo que es una identidad local, por lo menos internamente local, después se expandirá con el tiempo. Ahora en 1810, se genera la Primera Junta. Pasan varios gobiernos patrio, pero el constructo sólido comienza con la Asamblea Constituyente del año XIII. ¿Cuál es el constructo? Toma la Bandera Belgrano, la adopta como símbolo nacional; crea un escudo, aprueba un himno, un sello oficial, un cuño de moneda, y así va sumando elementos de identificación contruidos para robustecer el sentido de identidad básico. Van sumando al primer sentimiento de independencia y sentido de pertenencia a un suelo. De modo que hay un sustrato histórico, natural primero y sobre esto viene, entonces, el aporte del constructo.

No obstante, los argentinos durante mucho tiempo, hemos limitado la dimensión de nuestra identidad, la hemos parcelado, digamos, con explicaciones reductivas. Por ejemplo, una de las reducciones que hacemos habitualmente, es definir nuestra identidad por lo regional. Es decir, definimos el país prácticamente el país

por lo *rioplatense*, más estrictamente por lo *porteño*. Mal que le pese al doctor vecino, que veo en la tercera fila, y que es entusiasta de la tangoterapia, el tango no es una realidad nacional: es porteña y poco más. Cuando yo era chico, no se bailaba el tango en mi provincia. El lunfardo no es una realidad nacional. Nosotros no sabíamos voces y expresiones de este venero. Otra reducción triste en que hemos caído, triste porque es quitarle matices al país, es definir la Argentina desde lo *gauchesco*. El mester la *gauchería* fue un notable aporte a nuestra poesía y un alterador escollo para definir nuestra identidad; reducir a lo *gauchesco* y a lo pampeano nuestra realidad. Esto pesa mucho. Fíjense cuando Sarmiento escribe *Facundo*, en 1845, es un hombre de montaña; ¿escribe sobre la montaña que sería el hábitat que a él lo condiciona y muestra su peculiaridad ideológica? No. Escribe sobre la pampa, que no conocía. En ese momento, había tres hábitats: la pampa, el bosque y la montaña. Un hombre de montaña no escribe sobre la propia realidad, no habla de identidad; define lo argentino por la pampa, que no conoció hasta que la divisó, bajando desde Entre Ríos a Buenos Aires, en 1851, con el ejército de Urquiza. Antes la conocía a través de los viajeros, por eso, aparecen tantas referencias a los viajeros, y algunos poemas como *La Cautiva*, y relatos de arrieros en cuentos de fogón. De modo entonces que hay una dificultad para percibir la totalidad de la realidad y lo provincial... Primero, lo porteño pesa mucho; en segundo lugar, lo litoral está también, lo pampeano después; y el resto del país, ¿dónde está? Hablábamos de Sarmiento: es Presidente, está en Tucumán y al terminar un asado, lo convidan con empanadas. El hombre prueba la empanada, la saborea y dice "Está bien la empanada, pero las buenas empanadas son las de San Juan". Se armó una confrontación que llegó a los gritos y demás; pidió silencio el Presidente y dijo: "Ésta es la realidad argentina. Todo el mundo pelea por su empanada provincial y yo debo tener en la mira la empanada nacional, que es la que me toca manejar a mí". La dificultad radica en no definir el todo por una parte, con figura retórica.

Nosotros tenemos en toda América, y antes que México, todavía, la mayor ensayística de indagación nacional: esfuerzos de nuestros escritores por definir nuestra índole, en una sostenida preocupación por definir qué somos. Ustedes dirán por qué ese enorme caudal de páginas de autocompulsa y autosoñeo. Podrían ensayarse varias postulaciones. Una primera sería por narcisismo, porque nos gusta hablar y que se hable de nosotros mismos. Una segunda, sería por inseguridad. El argentino ha quedado como inseguro porque no tiene firmeza acerca de quién es. Al estar indefinido su identidad no se cumple. Esto lo puede llevar a la agresividad para no ser atacado por falta de identidad. Y una tercera, es que hay en la Argentina una verdadera búsqueda y preocupación por nuestra realidad, motivada sobre todo por toda la inmigración europea que nos ha invadido con carácter aluvial (diría José Luis Romero) y nos ha puesto en situación de difícil identificación con nosotros mismos. De modo que son tres posibilidades que tenemos. Esta inseguridad se manifiesta en anécdotas. Anécdotas como aquella del barbijo, quizás ustedes ya la conocen. Viene en el año 1934 una delegación del ejército alemán a Buenos Aires para hacer maniobras conjuntas. El ejército alemán había suprimido el barbijo del casco de guerra por estimarlo un estorbo para la glotis, en cambio, el ejército argentino lo preservaba. Hacen maniobras conjuntas y se van los tedescos. Decisiones: el gobierno alemán readopta el barbijo viendo

la utilidad en las operaciones militares; el gobierno argentino lo quita porque no lo usaban los alemanes.

Obviamente, esta preocupación por la identidad y por definir lo propio no es una cuestión argentina. Todos los pueblos tienen la preocupación por su identidad. Hoy día ya está por eliminarse todo eso a través de la visión panóptica de la globalización que tiene características muy particulares, que sería objeto de otra charla. Pero lo importante, en realidad, es que la preocupación por la identidad por afirmarse a sí mismo frente al mundo está en todas las culturas y en todos los tiempos. Fijense ustedes que según el mitoun indígena norteamericano *cherokee*, el Gran Manítú fabrica tres muñequitos de masa y los pone al fuego, al horno. Abre el horno, saca el primero y no está cocho, está blanco, lo hace a un lado. Abre, saca el segundo, algo doradito y se pone a mirarlo. Y por mirarlo se olvida del tercero y cuando lo saca, está negro. El mito *cherokee* lo que está diciendo es: la raza blanca no está terminada, la raza negra está pasada de punto y que la ideal es la bronceada de *cherokee*. De modo que el mito está explicando una actitud inclusive hasta política. Cuando Heródoto hace su viaje por Egipto, un sacerdote de cultura muy anterior a la griega y mucho más amplia en su momento, aunque no alcanzó la filosofía, dice una frase que rescata Heródoto: "Ustedes, los griegos son como criaturas, se asombran por todo y preguntan por todo". Heródoto nos está diciendo con esto que el sacerdote egipcio supo reconocer los rasgos identitarios del espíritu griego, que tiene como característica propia la curiosidad infinita que tienen frente al mundo. Primera cosa, se cuestionan el mundo. Ahí está Sócrates a la cabeza. Y en segundo lugar, la otra característica que tienen es que se asombran de todo. Dice Platón que el asombro es el punto de partida de la Filosofía; en cambio, Descartes, dirá que es la duda; y Kierkegaard, dirá la desesperación. Nosotros decíamos que no sabemos muy bien quiénes somos. Borges tiene un poema llamado *La cifra* que dice: "...Esa cosa que nadie puede definir, Argentina". El argentino es muy difícil de definir. Sarmiento es el primero que dice que "*argentino* es una combinación de letras, un anagrama, de *ignorante*". Cuando vino Benavente a Buenos Aires, para el Centenario, dice esa frase como propia, en el momento de embarcar. El periodismo, ignorante de Sarmiento, se la estimó como del español. Porque los nuestros no leen a los nuestros pero los extranjeros, como Ortega, como Eugenio D'Ors, como Benavente han leído antes del viaje a los ensayistas y lo que hacen es hacer variantes a partir de nuestros escritores, inleídos por sus compatriotas. Otra frase dubitativa es de Scalabrini Ortiz: "Nuestra mayor tristeza es no saber quiénes somos".

Ingenieros ha viajado a Nápoles. Lugones le escribe y le pregunta cómo es la patria de Croce, e Ingenieros le contesta: "Como La Boca pero con menos italianos". Ahí estamos aludiendo a una presencia masiva de toda una cultura que es la italiana y que determinado nivel de esa cultura italiana, está entre nosotros. No se olviden ustedes que hacia 1909, la mitad de la población de Buenos Aires era extranjera. La mayor capacidad de inclusión que ha habido en el país con capacidad de digestión que ha habido en el mundo posiblemente más que la norteamericana, ha sido la Argentina. De hacer de todos ellos, argentinos. No sé si nos estarán agradecidos, pero bueno, hicimos el esfuerzo y lo digerimos, pero lo hicimos como nosotros; eso fue importante.

Sábato dice "Buenos Aires es la sexta provincia gallega". Acá los votos de los gallegos residentes definen las elecciones de Galicia. Entonces tenemos una mixtura, tenemos una forma compleja de ser que nos caracteriza.

Haré una selección sintética de diez rasgos para mostrar lo que los ensayistas argentinos han escrito sobre nuestra realidad; en cómo ven y caracterizan al argentino. Entre los rasgos que voy a mencionar, hay algunos que son positivos, otros negativos y otros ambiguos.

En primer lugar, se le atribuye al argentino una insatisfacción permanente. ¿Por qué el argentino está insatisfecho? Ha habido muchas explicaciones, algunas ridículas. Como por ejemplo, la genética, que dice que somos así porque hemos heredado de los españoles la decepción por no encontrar una tierra con metales sino, simplemente con pasto. Entonces frente a esta reacción es como si hubiéramos pasado los genes a las generaciones posteriores de rechazos frente a esta decepción que tuvieron, que se llamó Puerto del Hambre y tantas cosas deplorables sobre la zona del Río de la Plata.

En realidad, esta tendencia de insatisfacción del argentino es la parte negativa, lo lleva a ser llorón, un poco pesimista, un poco condolerse de su propio dolor; enorme error, porque si usted llora sobre sí mismo, se ahoga en el llanto y no sale de ahí. Hay algo que es llorón en el tango. Además, Discépolo lo definió como "un pensamiento triste que se baila", no un pensamiento gozoso, un placer carnal, nada. Un pensamiento triste que se baila. Y los argentinos padecemos de alguna manera un pecado que no lo conocemos a través del catecismo porque el catecismo significa mucho. Es el pecado de acedia o acidia, que es una especie de tristeza grande que a uno lo toma de tal manera que pierde la dimensión de lo que pueda ser feliz en la vida. Se ahoga en su propia tristeza. Dante lo dice muy claro, que sabía más moral que nosotros. Estaba Dante y este gestor de turismo internacional de ultratumba que es Virgilio, que le vende el viaje. Y ahí va por los tres reinos habiendo comprado el arduo recorrido. Dante se encuentra con una pareja que viene volando unida pero llorosa y les dice: "¿Qué pasa? ¿Qué pecados cometieron ustedes?" "Vivimos tristes en el aire dulce que se alegra del sol". O sea, no supimos gozar de la realidad bella del mundo, y esto es acedia; lo ubica perfectamente, como al humo que a usted lo envuelve y no le deja ver la realidad. Bueno de alguna manera esto es lo negativo y lo hereditario, según algunos, de esta decepción de falta de realismo de los españoles y se cae en un lugar común que es que los españoles no tenían idea del trabajo, no tenían idea de la realidad y que venían a sacar los metales y nada más.

Luis Ramírez, de la expedición de Gaboto, en una extensa carta de 1527, dice que le han dicho en la región que hay hombres con pie de pato, como palmípedos. "No lo creo", dice don Luis como primera reacción. Con ello apreciamos que no es un español fabulador y mitomaniaco, como se ha generalizado de los conquistadores. Pero, párrafos más adelante dice: "Hoy he visto los hombres con pie de pato". ¿Cómo es que renunciaste Ramírez a la capacidad crítica de decir que no existen hombres con pie de pato?, piensa el lector. Pero, acto seguido, explica por qué afirma esto. Explica claramente que en ciertas naciones indias,

por cada muerte de familia les cortan a los parientes un artejo incluso un dedo, con lo que si hay epidemia, se queda sin dedos, como palmípedo. Para robustecer la idea de firme realismo que anida en el espíritu de Ramírez, bastaría una frase más, y más que anticipatoria, que dice: "El tesoro de esta tierra está en la tierra misma". Vean la obviedad certísima que enuncia frente a los desvaríos del Tesoro del Rey Blanco y demás leyendas.

De modo que no podemos identificar al conquistador y poblador español con este fabulador aéreo heredero de esa decepción posterior. ¿Cuál es lo positivo de la insatisfacción? Que no nos permite "acharnos". Lo negativo es que usted no goza de lo que alcanza, porque siempre está pensando en lo próximo. Entonces, lo positivo es que esta posición lo mantiene siempre en acción, lo mantiene siempre exigiéndose más a sí mismo.

Segundo rasgo, es la capacidad de improvisación que tiene el argentino. Esto es bueno y malo. La improvisación argentina lo saca de situaciones muy difíciles. Pero la improvisación no soluciona ningún problema, salta por sobre el problema, lo esquiva, lo "zafa", para usar un argentinismo revelador. No dio solución al conflicto, pero lo ayudó a salir del paso.

Hay cantidad de soluciones improvisadas de gente que dio, sin saberlo ni buscarlo, con el descubrimiento de nuevas realidades. Esto es lo que se llama serendipia, de la que tanto se ha hablado a través de la Literatura; la historia de los tres príncipes viajeros. Aquellos que se encuentran por casualidad en mitad de un camino con realidades insospechadas, que analizan y finalmente, los ponen en riesgo. Pero esa es una historia sabida por todos, que no cabe contarla aquí. No hay que pensar mucho para darse cuenta que el descubrimiento de América es una serendipia, igual que la penicilina, igual que las gomitas esas con las que se pegan y despegan papeles en el escritorio; todas son serendipias. Estamos rodeados de serendipias. Llenos de todo este tipo de circunstancias ocasionales.

La improvisación es momentáneamente feliz porque lo saca al hombre de una situación conflictiva. Pero es nefasta cuando se hace sistema. Porque entonces usted mata el proyecto, que es lo que revela al hombre hacedor. En este momento, el país está padeciendo una absoluta ausencia de proyecto; estamos en una improvisación permanente, en una actitud coyuntural, en un cortoplacismo que va solucionando día a día; "a cada día su afán". El gobernante no es erecto atisbador de horizontes. No mira más allá. Bueno, hay gentes que están mirando nada más que el día, ni el día de mañana. No tiene prospectiva. Mira su surco sin ojear al final del terreno, y el cielo que lo cubre. El hombre es un animal ideológico, utópico -porque toda acción del hombre es utópica y es realizable cuando le sea posible- y es proyectual.

Un rasgo absolutamente negativo es la suficiencia. Y el recurso más usado en la Argentina es "¿Me entendés?", subsume al interlocutor en un plano de descalificación absoluta, vale tanto como decirle: "¿Sos capaz de entender lo que te digo?" Entonces decía que esta modalidad de la Argentina, de la suficiencia, es desgraciada, pero es tal vez, más porteña que provinciana. Está más localizada

en el Puerto que en el Interior. (No sé si nota la mayúscula cuando digo Interior, porque no hay mayúsculas orales, pero hay que utilizar el Interior con mayúscula cuando se habla para empezar, de las tres cuartas partes del país que está más allá de la General Paz).

La suficiencia lleva a que Ud. se sienta, realmente especial, único. Marco Denevi es uno de los autores que más ha profundizado en la caracterología del argentino y tiene un libro que recomiendo que lo lean, *La República de Trapalanda*. Es una maravilla este libro porque muestra de qué manera los argentinos somos adolescentes y no digo más porque si no les paso el recuerdo a ustedes, la *anamnesis* de lo que el libro dice. Pero tiene una paginita que hace referencia a la leyenda del país que tiene interesantísimas connotaciones sobre todo en la Patagonia. La leyenda motivó la conquista del territorio argentino. Insisto en que es importante esta paginita porque dice: "los argentinos creemos que la Ciudad de los Césares existe, es una ciudad ideal donde todo es plata, pero, como estamos tan seguros de nosotros mismos, esperamos de Buenos Aires, que esta ciudad que la han inventado trasladante, pase por cerca de nosotros y ahí la atrapamos". Ni siquiera se toma el esfuerzo de ir a buscar, como los viejos conquistadores españoles, sino esperar que venga hasta casa. Ésta es otra característica argentina.

Vamos a lo positivo. La hospitalidad es absolutamente criolla. Es conmovedor cuando usted ve las reseñas, los comentarios de viajeros que llegan a un ranchito donde hay cinco o seis criaturas y tienen una gallina. Matan la gallina para homenajear al viajero que no saben ni quién es. Le dan la cama para que duerma él y el gaucho duerme en el suelo. Esto lo cuenta un viajero de 1825. Esta hospitalidad sí sigue viva entre nosotros. Pese a que las experiencias nos tendrían que haber hecho más desconfiados que un tuerto con dos canastas. Fíjese un tuerto con dos canastas, del lado que no tiene el ojo, es la inquietud permanente porque le pueden manotear lo que lleva.

La expresividad, también es un rasgo identitario argentino positivo. Tenemos una herencia italiana, que es esta forma de manejar la proxémica, exageradamente, con gesticulaciones; es más, el lenguaje no verbal argentino es muy rico. Lo estudió un italiano, Meo Zilio, allá por 1940 e hizo el primer trabajo sobre las señas y las gesticulaciones de los argentinos. ¿Por qué? Porque era italiano. Es decir que veía en nosotros una suerte de herencia. El acompañamiento de la expresividad se da en todo lo que decimos, el entusiasmo que ponemos en todo. Fíjese la proxémica norteamericana: se encuentran dos yanquis, se aproximan los dos y la distancia que mantienen los tórax entre sí es de 25 cm y se dan tres palmaditas en la espalda. Se encuentran dos argentinos, se fusionan los dos en un abrazo que los funde unos palmoteos que se oyen a dos cuardas y todo eso es bueno, es positivo. Además está demostrado por la neurociencia que esta manifestación abierta de la afectividad desarrolla capacidades nuevas.

La neofilia es el entusiasmo por lo último que sale. La neofilia se da en los adolescentes y en la Universidad. Nuestra Universidad ha sido neofílica y nosotros hemos padecido esto. Un profesor consigue una beca para París, viaja, vive allá

unos meses, compra los últimos libros sobre estructuralismo, y regresa. Y al año siguiente, el curso será sobre estructuralismo, que es la verdad. Porque lo expondrá con dos rasgos negativos; será una exposición inadecuada, no adecuada al país, no acomodada al país, no adaptada al país. Y el segundo será acrítica. En el próximo viaje repetirá sus movimientos y adoptará el constructivismo, y venderá la novedad como la verdad probada. La neofilia se ha ido imponiendo hacia abajo. Ahora, esto va contaminando hacia abajo, y ya, un chico de trece años muere por tener el último teléfono digital. Se confunde lo nuevo con lo mejor. Grave despiste. Y me acuerdo del caso de dos mellizos: uno era absolutamente intolerante, molesto, y el otro era buenazo, tranquilo, un chico del hogar. Van a ver a un psiquiatra porque es el que nos orienta en la vida, parece. Mire lo que tiene que hacer es darle un pequeño regalo al positivo y un excelente regalo al que es tan negativo. Para ver si lo sacude con este regalo y de esta manera cambia de actitud. Llegan ambos frente al árbol de Navidad. El que encuentra el regalo de un robot que tiene cuatrocientas veinticuatro funciones, habla quince lenguas y demás, El chico, primero anhelado se acerca, mira y dice "ah, este es el modelo 834, ya salió el 835", y al otro, le habían puesto un pedazo de bosta en un zapatito. "¿Y a vos que te regalaron?" "Un caballito, pero se escapó".

La neofilia es peligrosa cuanto más alto intelectualmente se encarna. Estamos frente alguna consecuencia que es el caso de la cultura de trasplante. ¿Qué es la cultura de trasplante? La que lamentablemente hizo Sarmiento en algunos momentos de su vida; después se arrepintió, ya en edad madura. Cuando dijo: "Hay que volcar Europa en América", pero él no había viajado a Europa. "Volcar" ¿qué significa eso, que somos un recipiente que recibe todo? ¿Sin discriminación, sin evaluación, sin nada? Recibimos. Segunda cosa, cuando ve cómo es Europa y que está en decadencia, pasa a Norteamérica, se deslumbra y entonces, implanta en la Argentina un montón de cuestiones pero que no se aclimataron. Esa es la diferencia que hay entre Echeverría y él. Echeverría está cinco años en París y es el primero que trae el Romanticismo a América. Nos anticipamos a los españoles. Pero el Romanticismo obviamente de él, está en *La Cautiva* está encastrada en la realidad nuestra. Un Don Juan del barrio porteño de Balvanera, que sí está hablando de realidades nuestras. Sarmiento adoptó todo sin aclimatación y ese es un problema del entusiasmo que a veces el exceso de optimismo genera. Efectivamente, nosotros no miramos la primera realidad, que es mujer. A la mujer usted tiene que considerarla, mirarla, remirla. Antes de venir acá, me hicieron una entrevista por radio: "¿Qué opina Ud. de la modificación que proponen para las luces de los semáforos?" Porque hay un hombre, en el cuadrado luminoso y no hay una mujer. Entonces, yo le digo "No, yo lo que veo es una mujer con pantalones. ¿O Ud. me va a decir que la mujer no puede usar pantalones o los irlandeses no pueden usar faldas?" Todo esto me parece muy ridículo.

Rivadavia, hombre bien intencionado, le pide a Bentham, el autor de *El panóptico*, nada menos, una Constitución para el Río de la Plata. Trae la Constitución, es elegido presidente y la aplica en 1826, cuando asume. Le deshacen el país los caudillos porque era una Constitución que no tenía que ver con nuestra realidad. La falta de adecuación al país, está empujándolo a este suicidio político que le

costó la vida a Rivadavia. Rivadavia fue neofilico, no realista. Pero, además revela otro rasgo argentino: el ser más ideologista que realista.

Es triste saber que somos ideólogos en todo. Imaginamos algo y creemos que la realidad se pliega a esa concepción que no compulsó para nada la realidad, y la realidad no se pliega. Buscar culpables de porqué la realidad no se pliega es lo que estamos viviendo cotidianamente. En este terreno, no se puede ser deductivo. Hay que ser inductivo. Leer la realidad y después de ahí, sacar conclusiones y aplicarlas, pero no al revés.

Otro rasgo, y es hablar en contra de uno que habla, es que somos verbalistas. (Acá tienen un ejemplo encarnado y bien encarnado, dado su volumen). Sin embargo, no todos los argentinos han sido verbalistas. Hay que tener en cuenta que sí, la mayoría es amiga del floripondio. Hay algunos políticos que lo son. En cambio, el caso de Irigoyen, un hombre mudo. Habló muy poco. Mi padre contaba, cuando era chico, Irigoyen fue al pueblo, el público gritaba, "que hable Irigoyen, que hable Irigoyen". Toma el micrófono un pibe joven y dice "Irigoyen no habla. Irigoyen piensa. No le pidáis palabras, pedidle soluciones", él está como la Esfinge al costado del camino de la argentinidad para revelar los secretos... Otro que hablaba poquísimo era Rosas. Escribía como un grafómano, pero no hablaba casi. Ambos sabían con distintas estructuras mentales y demás, que uno es dueño de su silencio y esclavo de sus palabras.

La tristeza. Algo hablábamos hoy al comienzo, fijense ustedes que el primer poema que existe en la Argentina, conocido hasta hoy es de 1545. Este poema, se llama "Coplas elegíacas", o "Romance elegíaco". Es lloroso. Comenzamos la Literatura argentina llorando; llorando algo. La región del Plata está representada como una mujer de enorme poder, una mujer fuerte que va matando sus distintos maridos. Una varona bíblica. Muere Mendoza, muere Ayala, muere el hombre más caminador del mundo, con apellido bovino, Núñez Cabeza de Vaca. Y entonces el poema que llora la pérdida de todos estos hombres frente a la Tierra que es indómita, se cierra con un ruego a la Providencia: "Dios nos mande un buen marido / a la viuda". 1545-2014, ¿se entiende?

Se ha manifestado de distintas maneras este rasgo de la tristeza de los argentinos. Una primera explicación es la que dijimos, la decepción de lo que no se pudo. Los positivistas han avanzado muchísimo como Bunge, por ejemplo, diciendo que somos herederos de la tristeza del indio, hombre que perdió todo lo que tenía y cayó entonces, en una especie de depresión y que nos ha transmitido a todos esta tristeza. Entonces el llanto argentino, la condolencia argentina siempre es como el *Evital*. Sí es cierto que hay algo en esta tristeza, hay algunos autores como el conde de Keyserling, Este conde que estuvo con nosotros en el año 1925, decía que los argentinos nacimos el día de los batracios. Una cachetada para los argentinos, que no estábamos ni en el agua ni en la tierra. Bueno, en última instancia, los submarinistas que desembarcan en Europa y que permiten ser la cabeza de puente dirigieron la liberación de Hitler. De modo que no sé si eran argentinos o no, pero sí son anfibios. Y este hombre, con un despecho muy grande dice que la tristeza argentina es estructural, y está en todas sus discusiones y está

en todas partes. No tenemos alegría frente a la vida. Nuestra original condición de batracios no nos da un ámbito de asiento.

Vamos terminando con los tres últimos rasgos.

La tendencia al triunfalismo. Ahora que se acerca el Mundial de Fútbol, la exaltación excesiva que estamos haciendo con sentido triunfalista. ¿Qué ocurrirá si no se nos da? ¿Rechazaremos al equipo después de haberlo mitificado? Menem tuvo el coraje de recibir a los que eran subcampeones del mundo. Los recibió, cosa que un presidente argentino no lo hace porque es un segundo. Muere Borges y tuvimos que inventar a alguien porque se nos fue Jorge Luis, e inventamos a Bioy Casares que no lo empara. Es decir, el triunfalismo lleva a decir algo como "menos mal que lo tenemos a Messi ahora que se está hundiendo solo Maradona", ¿cierto?, que es el artífice de su propia desaparición. Bueno, Messi está, menos mal que en ese sentido, el triunfalismo lo mantenemos. Tenemos una reina (la de Holanda, digo), tenemos un Papa. La derrota nos torna canibálidamente críticos.

Otra característica es la susceptibilidad frente a la crítica. Cuántas veces yo recibo a gente joven que viene con un manojo de manuscritos, en busca de opinión. (Tendría que decirles aquello de Bernad Shaw: ve que viene un muchacho con un aspecto de "Me va a hacer leer las 300 páginas", y el joven escritor le dice: "Maestro, lo único que quiero es que usted me diga qué título le puedo poner a esta novela". Entonces, el viejo irlandés, rápido, le dice: "¿Aparecen clarines?" "No." "¿Tambores?" "No". "El título debe ser *Sin clarines ni tambores*". Y zafó de tragarse el mamotreto.

Servata distantia, lo mío. "Mire Barcia, yo sé que Ud. es un hombre ecuánime, es un genio usted, (hasta me dicen con abundante cabellera). Lea este manuscrito y deme duro, sin piedad, quiero franqueza, dígame lo que sea, aunque duela, porque yo quiero aprender". Muy bien, se va. Lo tengo más que probado a esto. Con caridad cristiana destino tiempo a eso restándoselo a otras actividades. Hay que leer 300 cuartillas. Y vienen a los pocos días y digo: "Mirá estuve leyendo pero el primer capítulo no tiene relación con el segundo, la forma de adjetivar..." "Ah, pero usted no deja pasar nada..., no pero entonces usted, directamente me está hundiendo..." Y a partir de allí, no aceptan ninguna observación que se hace. La susceptibilidad... es imprevisible. Mucho tiempo hice crónicas de libros en *La Nación*, dejé de hacerlas porque los peores enemigos que me generé eran, sobre todo, poetas líricos. Ya la susceptibilidad, la irritabilidad frente a la crítica es muy grande.

Somos maniqueístas. Los argentinos somos dicotómicos. Lo que nos falta es un equilibrio entre los extremos. Y la lista de dicotomía con que se ha movido desde *Civilización y Barbarie*, en adelante, en el país, es enorme. Evidentemente, usted hace todo un pasado de la historia y a cada lado, una contraposición y, cuando la contraposición no se da, ocurre aquello que hacen los historiadores y que Pascal decía de los arquitectos: inventan ventanas falsas para tener simetría en los frentes, eran ventanas ciegas, pero, logran simetría.

Vamos a la última de las notas. Esto ha ido largo, pero concluye. Como decía Sartre "El infierno es tolerable si es a tiempo fijo".

Bien, qué es lo que entiendo que es lo peor como rasgo argentino, la anomia. La anomia como el nombre lo dice es la negación de la ley; *nomos* ley, la *a* negativa. Tenemos una cultura de la contravención permanente. Una cultura anómica, porque las normas, no son normas de una cultura, las normas hacen a la forma de la cultura. Y una cultura es tal cuando está normada, cuando tiene determinados principios que la rigen. Y nosotros no tenemos esa consideración y vamos cada vez más. Hay dos razones para esta anomia, dos explicaciones, no dos justificaciones: 1) el incumplimiento de la ley por parte de los argentinos y 2) la ineficacia o indolencia de los gobiernos para hacerla cumplir. No echemos toda la culpa al ciudadano. Aceptemos que el ciudadano y el pueblo son responsables. Acá la frase de Sarmiento categoriza. Dice: "Arriba, la Constitución como tablero; abajo, la escuela para aprender a leer y estudiar, y cumplir con la Constitución". La anomia se da en todos los planos, desde el semáforo hasta las disposiciones de la Corte que los gobiernos incumplen. Me acuerdo cuando era chico, en casa, había una tía muy impertinente que se llamaba Rosa, hermana de mi madre. Mi casa era como un "Macondo" porque éramos quince personas a la mesa. Ahí aprendimos hablar todos. Usted no podía decir idioteces porque lo descalificaban. De modo que antes de participar pensaba qué iba a decir y en qué momento se insertaba. Bien, eso desapareció porque todo el mundo ahora come, mirando televisión. Pero, la mesa familiar era una de las formadoras de la oralidad. Y en la esquina de casa pusieron un semáforo. Yo soy de Gualeguaychú (no siempre lo digo porque no toda la gente puede nacer ahí y se siente mal). Y me dice "¿Para qué sirve el semáforo?". - "No sé, fijate". Allá fue doña Rosa, mirando todo el tiempo a través de los visillos de una ventana lo que ocurría en la calle donde estaba el nuevo aparato. Estábamos sentados a la mesa y cae como plomo la frase de la tía Rosa. "Ya sé cómo funcionan los semáforos". Todos dimos vuelta la cabeza imantados por la frase a ver qué iba a decir. Y dice: "La luz verde es para los autos y la roja es para los colectivos". Había leído muy bien, muy bien la anomia natural de los argentinos.

Y en lo político, fíjense hay tres frases para ver como la anomia es un transversal como dicen ahora que se atraviesa todo el sector y cultura. El gobernador de Buenos Aires, en el siglo XVII, le escribe al rey y le dice "Como no hay cosa en este puerto tan deseada como quebrantar las órdenes reales ha sido forzoso que el Gobernador, que sólo trata de observarlas, pudiese romper con todo". O sea, no pudo en Buenos Aires para hacer cumplir la ley. En lo lingüístico dice Amado Alonso: "Las normas están desvalorizadas, el rasgo más peculiar del castellano porteño es el avasallamiento de toda norma, la extensión e impunidad social en estas faltas es cosa sabida. La característica de Buenos Aires es el relanzamiento social de la norma." El hablar a como me salga. Alberdi, en lo económico, escribía: "La inmoralidad pública es de base económica. La verdadera barbarie nuestra está en las técnicas y en las prácticas puestas el manejo de la hacienda fiscal, desatendiendo las normas." Muy grave y muy actual.

En una colección que inventé para la Academia Argentina de Letras, que se llamó "La Academia y la lengua del pueblo", publicamos entre léxicos destinados a la carne, al mate, al colectivo, un *Léxico del dinero*. Ninguna Academia de la lengua española, tiene una obra como ésta. Ningún gobierno compró un solo tomo. Estuve doce años en esa Academia y ningún gobierno compró un solo tomo de los más de cien que publiqué. Los Ministros de Educación y los Jueces consultan todo a España. En vez de consultar los problemas idiomáticos de Argentina a la Academia Argentina de Letras. En un importante diario local sale un artículo titulado "El diputado después de la reyerta, salió a putear por los pasillos". Insólito que utilicen ese término. Entonces el abogado hace un pleito. ¿Qué hace el Gobierno? (Estoy hablando de doce años atrás) Consulta a la RAE, y la RAE dice "putear, significa andar con prostitutas". Entonces, frente a esto, la mujer del diputado se enardece porque estaban diciendo que el marido andaba con mujeres de la vida. Y se divorcia. Si hubieran consultado a la Academia de Letras: "Putear es insultar gravemente o fuertemente". Hubiésemos mantenido la unidad de ese matrimonio... al menos. Pero ¿sabe qué pasa con los gobiernos argentinos? Suelen ser colonialistas mentales, colonialistas lingüísticos de España, y esto es una pena.

Volvamos a nuestros carneros. El *Léxico del dinero* contiene una docena de variantes del verbo "coimear": Aceitar, engrasar, retener, suavizar, retornar... doce. ¿Por qué hay tantos? Porque a medida que usted dice "Vamos aceitar la situación" y se entiende lo que significa, hay que cambiar de verbo. Vamos cambiando los verbos, no las acciones. Seguimos sostenidamente coimeros, con variantes nominales.

Lo cierto que la anomia es el mayor cáncer que tenemos en la Argentina y por muchísimo tiempo va a seguir imperando porque va a ser difícil erradicarla. Es un mal estructural.

Los argentinos tenemos una característica común con España. Se suele decir que los argentinos tendemos a denostarnos y a hablar mal de nosotros. Unamuno dijo: "Si habla mal de España, es español". Lo que heredamos de España es esa tendencia a la autocrítica. En este momento analizar los estereotipos que vienen de la autopercepción y de la heteropercepción es de lo que tendría que surgir cierto equilibrio. Nosotros tenemos un conjunto de estereotipos riquísimos, quizá una de las galerías de estereotipos más frondosas de la cultura hispanoamericana. No me cabe la menor duda. Ahí están el piola, el lunfa, el gorila, en fin, interesantísimo. Pero lo cierto es que tenemos una tendencia denostadora de nosotros mismos y al mismo tiempo, exaltadora. Si algo caracterizó siempre a los argentinos fue una especie de bravuconada..., el pobre Sarmiento, digo pobre por cómo termina la frase. Comienza diciendo "... En los pueblos de América vecinos, tanto Bolivia como Paraguay dicen que los argentinos somos un poco soberbios; en realidad, esto es condenable, pero también hay que tener en cuenta que tenemos con qué ser soberbios". Termina la frase haciendo un elogio de la soberbia argentina.

Y terminamos con un cuentito:

Vienen cansados, después de largo camino, un judío, un islámico y un argentino. Y ven una lucecita en una casa, golpean, atiende una viejita. Y les dice “¿Qué necesitan?”. “Camas para dormir” “Ustedes son tres y tengo dos camas y el establo. En el establo podemos alojar a uno.” Bueno, entonces el islámico dice “¿Me permiten? Yo voy a ir al establo.” Muy bien, se acuestan el judío y el criollo y al ratito (sonido de puerta). “Sí, ¿quién es?” “El islámico, hay una vaca en el establo. Yo no puedo dormir junto a un animal sagrado”. “Bueno”, dice el judío, “voy a ir yo”. Se va y al ratito (sonido de puerta) “¿Quién es?” “El judío” “¿Qué pasa?” “Hay un cerdo en el establo, no puedo dormir junto a un animal inmundo”. “Bueno, terminen con tantas idioteces, voy a ir yo”, dice el argentino. Y se va. Al ratito... (sonido de puerta). “¿Quién es?” “La vaca y el cerdo, hay un argentino en el establo...”.

Muchas gracias por su paciencia. Hay un argentino en el podio...

CICLO CIENTÍFICO CULTURAL

CONFERENCIAS

DRA. EDER LIDIA ROMERO¹⁹
DRA. MARÍA JOSÉ MORILLA²⁰
DRA. ALICIA LORENTI

INTRODUCCIÓN A LA NANOTECNOLOGÍA Y LA NANOMEDICINA.

**Organizado por la
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA COMISIÓN DE DIFUSIÓN DE
ACTIVIDADES ACADÉMICAS**

Presidente:
Acad. Fortunato Benaim
IIHema: Dir. Dr. Salvador Bruno
IMEX: Dir. Dra. Mirta A. Schattner

Buenos Aires

25 de julio de 2014

¹⁹ No se publica por no haber recibido el texto autorizado en esta redacción

²⁰ No se publica por no haber recibido el texto autorizado en esta redacción

PALABRAS DE APERTURA DEL ACTO
POR EL SR. PRESIDENTE DE LA ACADEMIA,
ACAD. ROBERTO N. PRADIER

En nombre de la Academia Nacional de Medicina, tengo el agrado de dar comienzo a esta reunión del Ciclo Científico-Cultural de 2014 de esta Casa.

El tema a tratar contiene la paradoja de las mínimas dimensiones de las que se ocupa comparadas con las grandes consecuencias que ha tenido en múltiples disciplinas científicas desde que fueron propuestas por Richard Feynman en Caltech en 1959.

Con el término nanotecnología creado por Eric Drexler en 1986 se agrupan los desarrollos en los distintos campos y correspondería el de nanobiotecnología para designar el trabajo conjunto de biotecnólogos y nanotecnólogos que incluiría a la nanomedicina que nos ocupará hoy.

El interés por el desarrollo de este campo puede medirse por el incremento progresivo año tras año de los trabajos referidos a la aplicación de la nanotecnología en medicina que alcanzó en los registrados en PubMed a los 3088 trabajos desde fines de la década del 90 hasta la actualidad.

Cedo la palabra al académico Fortunato Benaim quien presentará esta jornada en nombre de la Comisión para difusión de Actividades Académicas, de Programas Científicos y de Relaciones Internacionales de esta Academia.

PALABRAS DE PRESENTACIÓN POR EL ACAD. FORTUNATO BENAİM

Hace aproximadamente unos diez años, se propuso un Ciclo al que le dimos el nombre de Científico Cultural para ir alternando actos eminentemente científicos con otros de tipo cultural. Sirva de ejemplo este año: el primer Acto, fue una conferencia del Dr. Albino sobre desnutrición infantil. El Dr. Albino es un intenso luchador sobre su tema y está realizando una obra encomiable en post de los niños desnutridos en todo el mundo. El segundo Acto se dedicó a la música. A la obra y enfermedades de Chopin teniendo como composición musical la Orquesta Sinfónica de la Facultad de Medicina. El tercer Acto, tuvimos como conferenciante al Dr. Pedro Barcia, que nos dedicó una conferencia sobre la identidad de los argentinos. Y hoy, realizamos el cuarto Acto, eminentemente científico sobre un tema que como bien ha señalado el Dr. Pradier es de extraordinaria importancia y exige un mejor conocimiento. Por eso, hemos acudido a expertos en el tema que van a tener a cargo el programa de hoy.

Eder Lidia Romero, es bioquímica de la Universidad Nacional de La Plata y Dra. en Ciencias Exactas. Es Investigadora Independiente del CONICET, docente del área Química del Departamento de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Quilmes, organizadora y propulsora de la cuarta escuela de nanomedicina y del Cuarto Simposio Latinoamericano de Nanomedicina, que se realizará en noviembre de este año. Autora de capítulos de libros y miembro fundador y Secretaria de la Asociación Argentina de Nanomedicina.

Ella se va a referir al tema “Introducción a la nanotecnología y nanomedicina”.

INGENIERÍA DE TEJIDOS Y NANOTECNOLOGÍA DRA. ALICIA LORENTI²¹

Buenos días.

Como ya fue mencionado, la nanotecnología tiene varios campos de acción y uno de ellos es la ingeniería de tejidos, la cual se caracteriza por combinar los materiales con las células. Y justamente, el manejo de las células ha sido mi especialidad durante muchos años.

Si uno traza una línea de tiempo a lo largo de la evolución de la medicina, podemos ver que a comienzos del siglo XX se produjeron grandes avances en las técnicas quirúrgicas y el control de las infecciones, entre otras cosas, que han permitido el desarrollo y utilización de prótesis, de injertos, de trasplantes, capaces de reemplazar órganos o tejidos dañados. A fines del siglo pasado, se ha definido la ingeniería de tejidos, cuyos objetivos son la búsqueda de la reparación de los tejidos dañados en lugar del reemplazo, y esto se plantea mediante el uso de terapéuticas que utilizan células y biomateriales. Siguiendo la línea de tiempo, y gracias al conocimiento cada vez más profundo de las células troncales (en inglés stem cells), surge el concepto de terapias regenerativas, que implica no sólo restaurar la función de los órganos/tejidos dañados sino también su arquitectura, lo cual es el objetivo de la Medicina Regenerativa. Si bien las células troncales son las que mayor potencialidad tienen, no deben descartarse otras poblaciones celulares que pueden ser usadas en la búsqueda de la regeneración tisular. Se puede afirmar entonces que existe una nueva disciplina, que incluye la Medicina Regenerativa y la Ingeniería de Tejidos, que se define como la búsqueda del conocimiento profundo de la relación entre la estructura y la función en los tejidos, para desarrollar sustitutos biológicos capaces de restaurar, mantener o mejorar la función de dichos tejidos. De hecho, la sociedad internacional más conocida en estos campos es TERMIS (Tissue Engineering and Regenerative Medicine International Society), con sede en EE.UU., que agrupa todos los enfoques terapéuticos en los que se involucran biomateriales y células, y dentro de éstas las células troncales, las células progenitoras y las células diferenciadas. Las aplicaciones son muchas y permanentemente surgen nuevas. La piel ha sido quizás la primera, que comenzó con el cultivo de epidermis, cuando aún la Ingeniería de Tejidos no había sido definida como tal. La Medicina Regenerativa/ Ingeniería de Tejidos se nutre del aporte de otras disciplinas tradicionales como la Medicina, la Biología, la Ingeniería Ciencia de los Materiales, dentro de la cual podemos incluir las nanotecnologías, la Física, la Ingeniería, la Química, y que se basa en dos grandes pilares que son: las células y los materiales.

Sin embargo, estos dos elementos no deberían ser considerados como entidades separadas, sino permanentemente intercomunicadas, mediante el microambiente que afecta a ambos. Y a su vez, este microambiente está influenciado por interacciones con otras poblaciones celulares presentes, con la matriz extracelular

21 alicia.lorenti@gmail.com

que cumple un rol muy activo y no simplemente como soporte, con factores solubles secretados de manera endócrina, parácrina o autócrina (factores de crecimiento, citoquinas, hormonas), y las fuerzas mecánicas que también afectan a todo este conjunto. Hoy en día todo este conjunto de interacciones entre todos estos actores se considera fundamental e imprescindible para tener en cuenta cuando se piensa en un desarrollo de ingeniería de tejidos.

La elección de las células es un punto crítico. Deben ser tenidos en cuenta una serie de factores, como ser: las funciones que se pretende que las células cumplan, y si esas células elegidas van a ser capaces de alcanzar; cuáles pueden ser los potenciales efectos adversos de las células (antigenicidad, tumorigenicidad); el origen de las células (autólogas, homólogas o heterólogas); el grado de diferenciación que tienen (células troncales, progenitoras, diferenciadas, terminalmente diferenciadas); las fuerzas a las que estarán sometidas y la respuesta de las células a esas fuerzas; los métodos de aislamiento de las células y cómo ellas serán afectadas por esos métodos; si va a ser necesario amplificarlas, o sea, si van a ser cultivadas *in vitro*, y el efecto de cultivo.

Con respecto a los materiales, también deben plantearse una serie de cuestiones, como ser el conocimiento de su estructura química; su biocompatibilidad; su biodegradabilidad, su tasa de degradación, y si es necesario que el material sea degradable o que no lo sea; la porosidad y la interconexión entre los poros, lo cual permitirá o no que el material sea invadido por las células; la toxicidad; la capacidad del material de mantener la viabilidad, la adherencia y la funcionalidad celular; la resistencia a las fuerzas que puede existir en el ambiente y las respuestas del material a todas las interacciones entre las células, los materiales, la matriz extracelular, entre otros.

Con respecto a la fuente de las células, pueden considerarse tres grandes grupos de células: células diferenciadas obtenidas a partir de tejidos adultos funcionales; células provenientes de líneas celulares inmortalizadas, que son células modificadas genéticamente de origen humano/animal; células troncales de variadas fuentes: células troncales embrionarias, embrionarias germinales, células troncales somáticas o del adulto o somáticas; células iPS (induced pluripotent stem cells), que fueron desarrolladas por el grupo de Yamanaka en el año 2006. Este científico ha sido merecedor del premio Nobel de Medicina en el año 2012 por este trabajo. Consiste en reprogramar células diferenciadas adultas, mediante transfección con lentivirus o retrovirus, de cuatro factores de transcripción, lo cual las convierte en células muy similares a las células troncales embrionarias. Estas células han generado enormes expectativas en la comunidad científica por la potencialidad de generar células específicas para un determinado paciente o para una determinada patología como ser: células productoras de insulina.

Cada desarrollo de medicina Regenerativa/Ingeniería de Tejidos requerirá la elección de un tipo particular de célula de las ya mencionadas. Un ejemplo de uso de células adultas diferenciadas sin biomateriales es el desarrollo de un dispositivo de hígado bioartificial, que se realizó hace unos años en el Hospital Italiano de Buenos Aires, para el soporte de pacientes en falla hepática fulminante, para

quienes el único tratamiento definitivo es el trasplante hepático. Con este dispositivo se busca darle al paciente un soporte a modo de puente, hasta que el trasplante ortotópico del hígado pueda realizarse. El cultivo in vitro de células hepáticas puede realizarse en monocapa, que es el cultivo tradicional estático, o en condiciones de agitación permanente para lograr el desarrollo de esteroides hepáticos. El objetivo fundamental de este tipo de cultivo fue que los hepatocitos dentro de los esteroides readquieran la polaridad característica de estas células. Esto se debe a que los procedimientos de aislamiento de las células a partir de un órgano o tejido producen la ruptura de todos los complejos de unión entre las mismas, y por lo tanto, la polaridad. Dado que la funcionalidad de los hepatocitos está íntimamente ligada a la polaridad, se deduce la importancia de restablecer dicha polaridad. Este trabajo se hizo en un modelo animal, en cerdos. Primeramente se canuló la vena porta, a través de la cual se hizo una primera perfusión in situ con una solución salina con EDTA a 4°C para el lavado del hígado, el que fue luego ablacionado y transportado al gabinete de bioseguridad. Allí se realizaron dos perfusiones más, la primera con la misma solución de lavado ya mencionada, pero a 37°C, para terminar de lavar el hígado, y por último, una perfusión con la enzima colagenasa tipo II para lograr la disgregación total del hígado. En esas condiciones, cuando el hígado mostraba signos palpables y visibles de digestión, se abrió la cápsula, y la suspensión obtenida se filtró a través de una malla metálica de 130 micrones de tamaño de poro, se centrifugó y se hizo el recuento de células y el cálculo de su viabilidad. Las células fueron cultivadas en frascos especiales (spinner flasks) que se colocaron sobre una plataforma con agitación magnética, dentro de una incubadora, a 37°C, con atmósfera de 5% CO₂-95% aire. El cultivo se realizó durante 48 horas, obteniéndose los esteroides.

Los esteroides fueron analizados por microscopía electrónica de barrido, observándose como estructuras muy compactas, de superficie lisa, de aproximadamente 100-150 micrones de diámetro. Por microscopía electrónica de transmisión se observaron las organelas celulares muy bien conservadas, como mitocondrias, retículo endoplásmico, canalículos biliares, lo cual era un indicio muy importante de la polaridad celular, y complejos de unión como desmosomas, zonula adherens, uniones tight, etcétera. Mediante técnicas histológicas se hallaron proteínas de matriz, encontrándose fibras de colágeno mediante tinción de tricrómico de Masson y la presencia de fibras reticulares por la técnica de impregnación argéntica. La inmunohistoquímica para citoqueratina 19 mostró la presencia de células ductales biliares, en muchos casos formando estructuras tipo ductos.

Luego del análisis de la estructura y ultraestructura, se comenzó a estudiar la funcionalidad in vitro de los esteroides. Se buscó por un lado, la capacidad de producción de albúmina, como indicador de la capacidad de síntesis proteica de los esferoides, y por otro, la capacidad de detoxificación de diazepam, por HPLC, y de amonio, medida a través de la producción de urea.

Una vez analizada la funcionalidad de los esferoides in vitro, se pasó al desarrollo de un sistema cerrado que permitiera estudiar el comportamiento de los esferoides al enfrentarse con sangre humana toxicada. El sistema consistía en un

soporte de fibra hueca, de polisulfona, que contenía a los esferoides en su espacio extracapilar. Éste estaba conectado a un reservorio de cardiectomía conteniendo sangre humana con concentraciones conocidas de diazepam y amonio, la cual circulaba por el interior de la fibra del cartucho. Para estos ensayos fue diseñado especialmente un prototipo. La circulación se realizó durante nueve horas a 37°, midiéndose una vez por hora la concentración de amonio, de urea, de diazepam y de sus metabolitos clonazepam y oxazepam.

Al finalizar los experimentos con el sistema cerrado, se continuó con la aplicación del dispositivo en un modelo animal, en lo que sería un ensayo preclínico en cerdos.

Otro ejemplo relacionado con el uso de células, es el cultivo de condrocitos para futuros tratamientos de lesiones condrales. El primer enfoque en este sentido fue el implante de una suspensión de condrocitos cultivados. Se conoce como técnica de ACI (Autologous Chondrocyte Implantation). Las células se colocan en una especie de bolsillo hecho con periostio autólogo o lámina de colágeno, que se sella luego del implante. Los problemas asociados a esta práctica están relacionados con la pérdida de las células desde el sitio del implante, y con el hecho de que los condrocitos se diferencian cuando son cultivados in vitro, adoptando un fenotipo fibroblastoide, perdiendo su funcionalidad.

Para superar este proceso se comenzó a utilizar lo que se conoce como técnica de MACI (Matriz Associated Chondrocyte Implantation) que es el implante de condrocitos autólogos cultivados, pero asociados a membrana. Las células son cultivadas in vitro sobre superficie plástica por varios días y después, sobre una membrana. Esto estimula la diferenciación de las células a un fenotipo condrogénico. En este caso, se implanta el conjunto de la matriz con las células. Esto se está llevando a cabo en la Fundación Biotar Banco de Tejidos, de Rosario.

Diversos experimentos han mostrado la influencia de la presencia de una matriz biológica sobre el comportamiento y el fenotipo de los condrocitos in vitro. En mi experiencia personal, observé que el agregado de una matriz biológica en el medio del cultivo, sin contacto directo con las células, estimula un cambio fenotípico notable en los condrocitos in vitro. Esto fue repetido varias veces, con el mismo resultado. Esto es el resultado de las interacciones que se producen entre las células y los materiales, a las que me referí anteriormente. Éste es un proyecto con miras a desarrollar un ensayo clínico, en pacientes con lesiones condrales traumáticas.

Otra de las aplicaciones de la Medicina Regenerativa/Ingeniería de Tejidos es en el campo de la reparación de heridas. Ésta ha sido la primera aplicación clínica desarrollada, aún antes de que la Medicina Regenerativa/Ingeniería de tejidos fuera definida como tal. Y fue gracias al desarrollo del Dr. Howard Green que en el año 1975 comenzó a desarrollar con perspectivas terapéuticas reales, el cultivo de epidermis. El cultivo de epidermis llevado a cabo sin biomateriales, sólo con células, es posible gracias a la capacidad de los queratinocitos de proliferar, diferenciar y estratificar in vitro. Las células epidérmicas que son capaces de ser amplificadas son las células troncales (stem) epidérmicas, que están ubicadas en

un apéndice del folículo piloso (bulge), y también diseminadas sobre la membrana basal, que, junto con su progenie, las células progenitoras, son las únicas células que realmente tienen capacidad proliferativa. El cultivo de epidermis comenzó a utilizarse para el tratamiento de pacientes con quemaduras severas y también para otras aplicaciones como úlceras crónicas, resecciones quirúrgicas, entre otras. El procedimiento comienza con la toma de muestra, su transporte hacia el laboratorio, y una primera digestión enzimática para separar dermis de epidermis, dado que deben cultivarse por separado. La epidermis vuelve a ser sometida a una segunda disgregación enzimática que permite obtener una suspensión conteniendo todas las poblaciones de queratinocitos de la epidermis, en los distintos estadios de diferenciación, desde los basales hasta los más diferenciados del estrato córneo. Sin embargo, solamente los basales van a tener capacidad proliferativa. Ellos van a adherirse al plástico y proliferar. Se intenta mantener su estado indiferenciado hasta lograr la amplificación necesaria para cada paciente particular. Una vez logrado, se estimula la diferenciación y estratificación en un proceso similar a lo que ocurre in vivo. En esa situación la lámina de células está lista para ser levantada e implantada en el paciente.

Si bien esto ha significado un gran avance y muchos pacientes severamente quemados han salvado sus vidas gracias a esta tecnología, también es cierto que en muchos casos estos tratamientos han fracasado. Esto se debe fundamentalmente a la ausencia de la dermis, la cual no es sólo la estructura o el espacio físico en contacto con la epidermis, sino que tiene una función dinámica y activa, de interacción constante con la epidermis. Es por eso que la ciencia pasó de la epidermis cultivada, hacia la búsqueda de sustitutos dermo-epidérmicos. Y esto implica no sólo el uso de queratinocitos, sino también fibroblastos dérmicos sobre algún tipo de material.

Uno de los primeros intentos de sustituir la dermis ha sido el uso de dermis humana (dermis de piel de Bancos de Tejidos), como base para la epidermis autóloga cultivada. Las heridas del paciente se cubren con piel cadavérica; cuando la dermis de esa piel está vascularizada y el lecho que la recibe está en buenas condiciones, se elimina la epidermis cadavérica. Mientras todo esto ocurre, la epidermis autóloga se cultiva en el laboratorio, y cuando está completa, se cosecha y se coloca sobre la dermis cadavérica.

En los últimos años han surgido diversos materiales que van desde membranas biológicas, como vejiga de cerdo acelular, capaces de ser cultivadas con queratinocitos y fibroblastos. También existen membranas de proteínas de matriz, como de colágeno o ácido hialurónico.

En este momento estamos desarrollando una membrana de colágeno, producida en la Argentina, que sembramos primero con fibroblastos, que se cultivan durante unos días y luego, con queratinocitos algunos días más. Lo interesante de este enfoque es la observación de la coexistencia de ambas células, lo que permitiría cubrir las heridas de los pacientes con un sustituto que contenga ambos tipos celulares autólogos. Este proyecto forma parte de un futuro ensayo clínico para tratamientos de pacientes quemados y con lesiones por radioinducidas.

La nanotecnología es una disciplina que puede ubicarse dentro de la ciencia de los materiales, que se caracteriza por la escala de la materia con la que trabaja. Está haciendo importantes aportes en la industria, la energía, la agricultura, la medicina, entre otras. En la medicina particularmente se están desarrollando aplicaciones en los sistemas de administración de fármacos, en el diagnóstico y también en Medicina Regenerativa e Ingeniería de Tejidos. Membranas fabricadas con materiales como poli-caprolactona, poli-caprolactona-gelatina, ácido poli-láctico-glicólico-chitosan están siendo desarrolladas para tratamientos de heridas. Estos materiales y otros como nanotubos de carbono o fibras alineadas se observan con importantes aplicaciones futuras en este campo.

Para finalizar, y remarcando lo ya mencionado acerca de la importancia de conocer cómo la célula interacciona con su matriz extracelular, con otras células, con los factores de crecimiento u otros factores parácrinos, endócrinos o autócrinos. Responde a todas esas interacciones que se suman a las fuerzas externas, produciendo un conjunto de señales que van a marcar el destino que esa célula va a tener, y ese destino puede ser de diferenciación, apoptosis, proliferación, adhesión o migración.

Muchas gracias.