

Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dra. Doris Perdomo de Ponce

Individuo de Número, Sillón XXXIX

Sesión Ordinaria del 3 de marzo de 2016

Presidente: Dr. Harry Acquatella Monserratte

1. La era genómica de la leucemia mieloide aguda: moleculares que sirven de pronóstico de la sobrevida y guía en el tratamiento moderno por los Drs. Aixa Muller y Andrés Soyano.

El objeto del tratamiento de la leucemia aguda es aumentar la sobrevida libre de progresión y la sobrevida global. Entre los avances del diagnóstico y tratamiento de las leucemias agudas tenemos la detección de anormalidades en la citogenética y los oncogenes mediante técnicas como FISH y rearrreglos genéticos. Las leucemias Mieloides Agudas (LMA) actualmente se clasifican en grupos de riesgo y de acuerdo a ellos variara la sobrevida del paciente. Los Grupos de riesgo son 1.- Favorable 2.- Intermedio 3.- Desfavorables. Las alteraciones citogenéticas mas frecuentes en las LMA de riesgo favorable son translocaciones e inversiones de los cromosomas t(8;21), Inv(16), y las mutaciones de los oncogenes entre otros RUNX1. Las LMA de riesgo intermedio I presentan entre otras mutaciones de los oncogenes NPM1 mut y FLT3. Las LMA de riesgo desfavorable presentan un cariotipo complejo con 3 o más anormalidades, deleciones de los cromosomas -5-8, 11q23, 20q-, inversión del 3. Traslocaciones de cromosomas como t(3;3), t(6,9), t(9;22), y mutaciones de los oncogenes RPN1-EV11, MLL.

Las leucemias mieloide agudas reciben quimioterapia en dos fases: 1 Inducción de remisión con uno ó dos ciclos de quimioterapia 2. Consolidación con 2-4 ciclos de quimioterapia, La fase de Inducción consiste en la administración de citosina arabinosa y un antraciclico que puede ser daunoblastina o idarubicina. Actualmente con el resultado del estudio citogenético y oncogenes se pronostica el porcentaje de respuesta al tratamiento ya que cuando el paciente es ≤ 60 años y tiene marcadores citogenéticos y oncogenes favorables de 80 % a 80 % de entrar en remisión completa y cuando es > 60 años tendrá 70 %-80 % y si tiene marcadores citogenéticos o oncogenes desfavorables y el paciente es ≤ 60 años tendrá solo 20 %-30 % y los pacientes > 60 años tendrán solo 10 %-20 % de chance de respuesta al tratamiento. La terapia posremisión consiste en altas dosis de citosina arabinosa a dosis de 3 g x m² durante 3 días por 2 a 4 ciclos, ya que, dosis bajas o intermediadas de citosina arabinosa producen menor sobrevida global y sobrevida libre de enfermedad. Ara-C a dosis de 3 g x m² los días 1, 3 y 5 sigue siendo el tratamiento estándar postremisión en pacientes jóvenes con LMA de riesgo favorable e intermedio. El beneficio de altas dosis es solo para pacientes con t(8,21), Inv 16, citogenética normal. Altas dosis de Ara-C en pacientes mayores de 60 años no se recomienda.

El trasplante alogénico de células madres en la LMA de riesgo favorable no es beneficioso pero en la LMA de riesgo intermedio o desfavorable (por Ej. Mutación gen FLT3) está indicado porque estos pacientes tienen una

sobrevida libre de recaída y sobrevida global postrasplantes significativamente aumentada. Se están desarrollando inhibidores de los oncogenes presentes en las leucemias agudas que guiarán el tratamiento del futuro y mejorarán el pronóstico de estas patologías. Así los inhibidores del gen FLT3 como Midostaurin se están usando en LMA con presencia de FLT3. Las LMA con el gen NPM1 mutado y FLT3 negativo no se trasplantan y los pacientes mayores de 60 años se benefician de altas dosis de quimioterapia, asimismo del uso de Ácido transretinoico y del anticuerpo monoclonal antiCD33. Las LMA con expresiones altas de CD33 se tratan con anti-CD33. Hemos entrado en la era genómica de las leucemias.

En el futuro cercano se realizará el diagnóstico del perfil mutacional y arquitectura clonal de las LMA y se sentarán las bases para una práctica clínica más refinada.

Intervinieron los doctores: José Ramón Poleo, José M. Guevara Iribarren, José A. Ravelo Celis, José A. O'Daly Carbonell, Juan José Puigbó, Manuel Velasco, Saúl Kizer, Jesús Felipe Parra e Isis Nézer de Landaeta.

2. Vulnerabilidad en la vida de los venezolanos por el Dr. Marino J. González R.

El trabajo contiene los principales resultados del Estudio de Condiciones de Vida realizado en 2014. Para el estudio se realizó una Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014) en una muestra de 1 479 hogares representativos de todo el país y se obtuvo información de 5 771 personas. La encuesta es la primera en su tipo en el país desde 1998.

La ENCOVI 2014 es un proyecto de cooperación entre equipos de investigadores de la UCV, UCAB y USB. Para la obtención de la información se realizó un cuestionario específico contentivo de preguntas en las siguientes áreas: pobreza y misiones sociales, alimentación, seguridad ciudadana, empleo, vivienda y servicios, vulnerabilidad ciudadana ante amenazas ambientales, salud, pensiones, y educación. El trabajo de campo se la encuesta se realizó en los meses de agosto y septiembre de 2014.

Los principales hallazgos del estudio revelan

significativas situaciones de vulnerabilidad en la vida de los venezolanos. El 23,6 % de los hogares se encuentra en situación de pobreza extrema y el 48 % se encuentra en pobreza. En los hogares de menos recursos los alimentos más consumidos son hidratos de carbono y grasas. El 11,3 % de las personas realiza dos o menos comidas diarias. El 85,6 % de la población considera que la violencia ha aumentado en el país, mientras que el 59,7 % considera que ha aumentado en su comunidad. El 34,2 % de las víctimas de delitos realizaron las gestiones para su respectiva denuncia. El 78 % de la población teme ser atacado o robado en los medios de transporte. Seis de cada diez trabajadores no tienen estabilidad laboral. El 47 % de las viviendas del país es vulnerable a sismos u otras amenazas ambientales. El 51 % de los venezolanos está expuesto a condiciones de alta y muy alta vulnerabilidad ante las amenazas naturales. El 3 % de la población reconoce tener diabetes y 2 % hipertensión, con lo cual se evidencia que una proporción significativa de la población que padece estas enfermedades no lo sabe. El 50 % de la población no tiene planes de seguros de atención médica. El 52 % de la población en edad de recibir pensión efectivamente la recibe. En el quintil de menores recursos, el 17 % de la población de 25 o más años alcanza el nivel educativo de media completa o superior. En el quintil de mayores ingresos, esta proporción es 93 %. Los resultados indican la necesidad de cambios sustantivos en las políticas públicas en las áreas respectivas.

Intervinieron los doctores: Marco Sorgi Venturoni, Antonio Clemente Heimerdinger, Manuel Velasco, Saúl Kizer, Rafael Apitz, Alfredo Díaz Bruzual, Herbert Stegemann, Claudio Aoun Soulie y Harry Acquatella.

Sesión Ordinaria del 10 de marzo de 2016

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

1. Elección del Dr. Miguel Saade Aure. Sillón N° II como Individuo de Número

2. ¿Siente dolor el feto? por los Drs. Saúl Kizer y Horacio Vanegas F.

Desde hace por lo menos un siglo, tanto profesionales de la Medicina como investigadores de laboratorio han estado tratando de determinar si el feto siente dolor. A esta búsqueda se han sumado, en tiempos más recientes pero cada vez con mayor impulso, organizaciones religiosas y grupos sociales que, principalmente, debaten sobre los aspectos éticos del aborto.

A pesar de numerosos hallazgos y análisis, la pregunta sobre el dolor fetal sigue sin una respuesta definitiva. El problema está fundamentalmente en que, para que un ser humano sienta dolor, no basta que posea y le funcionen todas las estructuras neurales necesarias para que lleguen al cerebro los impulsos nerviosos que provienen del tejido del cuerpo que ha sufrido un daño o está a punto de sufrirlo; es además indispensable que ese ser humano tenga un cerebro suficientemente maduro, capaz de producir fenómenos mentales que le generen una conciencia de sí mismo, de su ambiente interno y externo y de las alteraciones que ese ambiente padece. ¿Tiene el cerebro fetal estos atributos? El presente artículo resume una variedad de estudios, publicados por múltiples autores, que han aportado luz al problema del dolor fetal, y además ofrece algunas recomendaciones derivadas de esos estudios.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Otto Rodríguez Armas, Huniades Urbina Medina, Manuel Velasco, Marzo Sorgi Venturoni, Ofelia Uzcátegui Uzcátegui, José A. O'Daly Carbonell, Aixa Müller, Isis Nezer de Landaeta, Ítalo Marsiglia, Leopoldo Briceño-Iragorry y Alfredo Díaz Bruzual.

3. Compositores musicales nacionalistas checos por el Dr. Alfredo Díaz Bruzual

El autor presenta las características de la Música Nacionalista y su significado e importancia que representa en sus países de origen. Hace mención de presentaciones anteriores sobre los compositores musicales rusos, tanto nacionalistas como románticos y posrománticos del s. XIX y XX.

Describe el nacimiento de la República Checa, originada por la división de Checoslovaquia y el surgimiento de esta nación y la de Eslovaquia.

Presenta unas imágenes de la fascinante y bella ciudad de Praga y videos con la música de los tres compositores seleccionados como representantes de este nacionalismo musical checo: Bedrich Smetana, Leoš Janáček y Antonín Dvořák.

Relata los datos más importantes de la vida de Smetana, quien fue en “padre de la música checa” y se proyecta un video con la música de El Moldava, que forma parte de su más famosa composición Mi Patria. Luego en forma similar se describe la vida de Leoš Janáček, quien es el menos conocido de los tres y se proyecta video con la música de su obra *Sinfonietta*. Para terminar recorre los hechos más importantes de la vida de Antonín Dvořák, el más famoso de los músicos checos y con gran influencia mundial, así como su obra como maestro e iniciador de la música nacionalista Norteamericana. Se proyectan videos de su Sinfonía N° 7 (Sinfonía Inglesa) así como de su más conocida

Sinfonía Desde el Nuevo Mundo y el aria de Claro de Luna de la ópera Rusalka, cantada por Anna Nebretko.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Horacio Vanegas, Víctor Ruesta, José Ramón Poleo e Ítalo Marsiglia.

Sesión Extraordinaria del día 17 de marzo de 2016

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserrate

Infección por virus del papiloma humano de alto riesgo en mujeres con lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en la ciudad de Maracaibo por el Dr. José Nuñez Troconis con motivo de su incorporación como Miembro Correspondiente Nacional Puesto N° 37.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la infección del Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo (VPH-AR) en mujeres con diagnóstico de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino usando la técnica de captura de híbridos 2(CH2).

Material y método: Se estudiaron 124 pacientes con lesiones premalignas y malignas

del cuello uterino referidas al Centro Docente y de Investigación para el Estudio de la Patología del Cuello Uterino en la ciudad de Maracaibo.

Resultados: La prevalencia de la infección por VPH-AR en la población estudiada fue de 42,7 % (95 % IC: 34,8 %-50,7 %; 53 de 124). La prueba de CH2 fue positiva en 3 de 10 casos (30 %) diagnosticados como condiloma plano/exofítico), 16 de 67 (23,9 %) Neoplasias Intraepiteliales Cervicales 1 (NIC), 11 de 23 (47,8 %) NIC 2, 7 de 8 (87,5 %) NIC 3, 4 de 4 (100 %) Carcinoma *In Situ* y 12 de 12 (100 %) Carcinoma Cervical Invasivo. Treinta y seis de 53 (67,8 %; p=NS) pacientes positivos a VPH-AR eran > 30 años de edad. Treinta y cuatro de 47 pacientes (72,3 %) con NIC 2 o lesión más grave fueron VPH-AR positivos (P<0,0001; OD: 7.984; 95 % CI: 3,507-18,177).

Mujeres entre 30-49 años fueron más propensas a tener NIC 2 o una lesión de mayor grado (29 de 47; 61,7 %). El número de compañeros sexuales (1 vs 2 o más) fue significativamente asociado con la infección del VPH-AR (P<0,005; OD: 13,298; 95 % IC: 2,202-80,320).

Conclusión: La prevalencia de la infección del VPH-AR fue del 42,7 % en las pacientes con lesiones premalignas y malignas del cérvix. La prevalencia más alta fue encontrada en pacientes con NIC 2 o lesiones más graves y en mujeres de > años de edad.

Intervinieron los doctores: José A. Ravelo Celis, Juan José Puigbó, Enrique Santiago López Loyo, Enriqueta Sileo, Manuel de Jesús Velasco, Eddy Verónica Mora, Miguel Saade Sure, José O'Daly Carbonell, Juan Antonio Yabur, Otto Rodríguez Armas, Alfredo Díaz Bruzual, Cutberto Guarapo Rodríguez, Saúl Kizer y Antonio Clemente Heimerdinger.

Sesión Ordinaria del 31 de marzo de 2016

Preside: Dr. Harry Acquattella Monserratte

1. Aproximaciones terapéuticas emergentes en el tratamiento de la Enfermedad de Chagas y demás parásitos trypanosomatídeos por el Dr. Alberto

Paniz Mondolfi

A más de cien años de su descubrimiento por el médico parasitólogo Brasileño Carlos Chagas, la Trypanosomiasis Americana (o enfermedad de Chagas), sigue siendo una de las más importantes y desestimadas enfermedades tropicales del Nuevo Mundo. Cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de Norte América, estiman que entre 8 a 11 millones de personas padecen la enfermedad, con aproximadamente 100 millones de personas en riesgo de adquirir la infección. Más aún, las migraciones como consecuencia de una época de globalización acelerada, desde áreas rurales a urbanas, así como desde Latino América a diversos destinos internacionales, han posicionado a la enfermedad de Chagas como una amenaza de talla mundial. Diversos países de Centro y Sur América, tales como Argentina, Bolivia, Brasil y Venezuela continúan aportando la más alta prevalencia casuística de este asesino silencioso, recientemente catalogado como el nuevo VIH/SIDA de las Américas.

La enfermedad se caracteriza por un cuadro bifásico, manifiesta por una fase aguda (por lo general dominada por signos y síntomas inespecíficos) y una fase crónica, en la cual la complicación más frecuente es la miocardiopatía chagásica crónica.

Hasta la fecha, solo existen dos drogas disponibles para tratar la enfermedad de Chagas, el compuesto nitroheterociclífico Nifurtimox, y el derivado nitroimidazólico Benznidazol. Sin embargo, el uso de estos dos compuestos se restringe a las fases agudas, siendo su uso en la fase crónica de eficacia limitada, debido a la presencia de cepas naturalmente resistentes y a los importantes efectos tóxicos de estos medicamentos. A esto se une recientemente, los nada alentadores resultados del estudio BENEFIT (Benznidazole evaluation for interrupting trypanosomiasis), el cual después de 15 años, falló en demostrar el efecto antiparasitico de la droga, la interrupción de la enfermedad o la mejoría evolutiva de pacientes afectados.

Recientemente, varias aproximaciones terapéuticas haciendo uso de nuevas y viejas drogas han emergido basado en la comprensión cada vez mas amplia de los diversos aspectos

bioquímicos, fisiológicos y metabólicos del parásito *Trypanosoma cruzi*. Entre los candidatos más prometedores resaltan drogas específicas que ya han demostrado ser efectivas y utilizadas ampliamente para otras condiciones clínicas, tal y como el bifosfonato risendronato, así como ciertos antifúngicos azolados. Sin embargo, la opción que se ha consolidado como candidato más promisorio es el derivado benzofuránico Amiodarona; esto debido a su mecanismo de acción dual no solo como anti-arritmico si no como antiparasitario.

La presente conferencia tiene como objetivo presentar las principales evidencias experimentales en el uso de estos compuestos, y su uso en modelos animales experimentales y humanos, basados en la pionera experiencia venezolana.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, José A. O'Daly Carbonell, Horacio Vanegas, Claudia de Suárez, José A. Ravelo Celis y Harry Acquatella.

2. La transformación curricular en la Escuela Luis Razetti por los Drs. Tatiana Giusti, Mario Patiño, Vanessa Miguel, Jacobo Villalobos, Julieta González, Jorge Insignares, Juan Pérez-González, Miguel Ortiz, Isabel Sánchez, Ronaima Blanco, Aquiles Salas.

En el Plan Estratégico de la Universidad Central de Venezuela (UCV) (año 2007) se estableció que todas las Facultades debían iniciar un proceso de revisión y actualización del currículo de las carreras, orientado a implementar currículos basados en competencia, interdisciplinarios y flexibles.

La Escuela de Medicina Luis Razetti (EMLR) de la Facultad de Medicina de la UCV acató de inmediato dichos lineamientos e inició un proceso de revisión curricular que incluyó el análisis de todos los procesos de reforma previos y la estructuración de las bases teóricas, académicas y normativas de una nueva propuesta de Transformación Curricular, entendiendo la misma como un proceso continuo más que un hito en la historia de la Escuela.

Se asumieron de esta manera los retos establecidos por la UCV, la Sociedad Venezolana y la Comunidad Internacional en Educación Médica, logrando elaborar y aprobar el Perfil de

Competencias Profesionales del Egresado de la EMLR y una propuesta de Plan de Estudios que reunió las características de ser interdisciplinario, basado en competencias y flexible.

Posteriormente, la experiencia alcanzada a partir del diseño de algunas unidades de aprendizaje por comités académicos piloto, así como los planteamientos de algunas cátedras y profesores en relación a la propuesta y un análisis exhaustivo de factibilidad de la Transformación Curricular realizado por la Dirección de la Escuela, determinaron la necesidad de atender diversos factores, más allá de lo estrictamente curricular, para poder emprender la actualización del currículo de la carrera de medicina.

La experiencia de la EMLR en la implementación de un nuevo currículo en una situación universitaria de grandes dificultades, ha llevado a algunas conclusiones importantes: La primera, la forma más “fisiológica” de implementar cambios en la EMLR es incorporar un cambio a la vez (aplicando los principios del Kaizen); es por ello que se decidió implementar en una primera fase el desarrollo de competencias profesionales al Plan de Estudios Vigente. La segunda, para promover cambios a nivel curricular, es necesario primero atender los principales problemas que enfrentamos como Escuela (identificados en nuestro caso a través de la herramienta de análisis del árbol de problemas). La tercera conclusión es que a pesar de las adversidades, siempre es posible asir alternativas para mejorar lo que hacemos en el presente, lo cual es el principal objetivo de una Comisión de Currículo.

Bajo estas premisas, actualmente en la EMLR se están enfocando los esfuerzos a la revisión de los programas para el desarrollo de competencias en cada asignatura, la creación de un sistema de apoyo al desempeño docente, la reinstitucionalización de la Escuela y la optimización del acceso a recursos para una mejor educación.

Intervinieron los doctores: José A. Ravelo Celis, Juan José Puigbó, Alfredo Díaz Bruzual, Marino González Reyes, Horacio Vanegas, José Ramón Poleo, Isis Nézer de Landaeta, Otto Rodríguez Armas, Francisco Herrera, José Francisco, Ofelia Uzcátegui Uzcátegui, Enriqueta Sileo, Herbert Stegemann y Aixa Müller de Soyano.

Sesión Ordinaria del 07 de abril de 2016

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

1. Elogio de las funciones automáticas...El Síndrome de la Maldición de Ondin por el Dr. Rafael Muci-Mendoza

La respiración de un individuo saludable es un proceso fundamentalmente automático e inconsciente, controlado por el denominado «centro respiratorio». El bulbo raquídeo es el responsable de su control, demostrado porque la sección del tronco por debajo de él, bloquea la respiración, y si la sección se produce por debajo de la protuberancia, únicamente se producen alteraciones del patrón respiratorio.

Al igual que las ninfas, náyades, nereidas y sirenas de la mitología griegas, en las mitologías germánica y escandinávica, han existido desde antiguo seres habitantes de las profundidades de las aguas dulces llamados *nixos*, espíritus femeninos carentes de alma que podían adquirirla si casaban con un mortal. Ondina era una ninfa del agua muy hermosa y, como todas las ninfas, inmortal. Casa con Hans quien la traiciona con otra mujer y es castigado con la pérdida de funciones automáticas, “Un momento de descuido y me olvidaría de oír, de respirar... Ha muerto, dirán, porque se cansó de respirar...” Ondina presta su nombre a la medicina para designar un trastorno del automatismo respiratorio, un fallo central en la regulación neurovegetativa mediante el cual los pacientes afectados se olvidan de respirar en cuanto se duermen, pero conservando intacto el control voluntario de la respiración. Este síndrome de hipoventilación alveolar comparte características parecidas al síndrome de Pickwick, uno relacionado con la obesidad morbosa.

Intervinieron los doctores: Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, Juan Antonio Yabur, Otto Rodríguez Armas y Aixa Müller.

2. 50 años de la Bomba de Na-II, que funciona sin K, expulsa Cl y agua y es sensible a furosemida y Ac. Etacrínico por los Drs. G. Whittembury, F. Proverbio, R. Marín, J. del Castillo. Biofísica, IVIC.

En 1965 describimos en células de la corteza renal del acure (*Cavia porcellus*) una nueva bomba de sodio (Na), que expulsa Na, con agua, del interior celular al exterior, funciona sin K, es insensible a la Ouabaína y es sensible al ácido etacrínico y a la furosemida. Para distinguirla de la ya clásica bomba de sodio-potasio, que necesita K, es sensible a la Ouabaína, y no mueve agua, la denominamos segunda bomba de sodio. Fue recibida con gran escepticismo y se ha necesitado medio siglo para su aceptación. Hay cuando menos dos Na-ATPasas (enzimas que hidrolizan ATP) para la bomba de Na-II: Una es una Na-ATPasa electroneutra sensible a la furosemida y al ácido etacrínico y regula el volumen celular. Fue localizada por Proverbio y colaboradores en la membrana celular de mamíferos; y clonada en enterocitos por del Castillo y Rocafull. Es una proteína de 811 aminoácidos (AA) (se abrevia como ATNA). La otra Na-ATPasa es distinta: tiene 1039 AA, en el parásito *Trypanosoma cruzi* (TcENA). Ambas tienen los “dominios catalíticos” de las P ATPasas. Diferencias en los residuos de Serina y Treonina indican que estas ATPasas se originaron en el parásito y el mamífero independientemente, para adaptarse a medios distintos. La bomba de Na II en riñón y corazón, es regulada por “cascadas” que incluyen angiotensinas; sus receptores; protein-kinasa C; otras protein-kinasas que dependen de señales extracelulares y también de especies reactivas con Oxígeno y NO. Se desregula en diversas condiciones patológicas. El Prof. J.F. Hoffman nos sugirió en 1966 usáramos el ác, etacrínico como posible inhibidor.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Andrés Soyano, Aixa Müller, José A. O’Daly C., Isis Nézer de Landaeta, José Ramón Poleo, Guillermo Colmenares Arreaza. Otto Rodríguez Armas, Antonio Machado y Harry Acquatella.

Sesión Ordinaria del 14 de abril de 2016

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

1. Tratamiento de la Escoliosis de Instalación Temprana con sistema de fijación sin fusión de columna vertebral Mont Blanc Baby por los Drs. Antonio Cartolano, Osmel Ascanio, Bolter Cueva,

Víctor Gallo, Jonathan Lara.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la escoliosis de instalación temprana representa un reto para los cirujanos debido a ser una patología con un alto índice de complicaciones y su tratamiento un alto número de fallas y eventualidades, su manejo debe prestar especial atención al desarrollo de la caja torácica y el crecimiento de la columna dorsal, procurando el desarrollo del sistema cardiorrespiratorio. **Materiales y métodos:** Estudiamos una muestra de 47 pacientes 29 femeninos y 18 masculinos con Escoliosis de Instalación Temprana secundaria a diferentes patologías, estudiados durante el periodo 2012 – 2015 por la Clínica de Patología de Columna Vertebral del Hospital Ortopédico Infantil, usando sistema **Mont Blanc Baby**. **Resultados:** El presente trabajo estudió una muestra con un promedio de edad de 7,40 años, predominio del femenino en 60 %, con una magnitud de curva inicial de 63.63° en promedio y una corrección final que alcanzó el 72 % en algunos de los casos. Realizando 26 distracciones. Con un porcentaje de complicaciones generales cercanos al 10 %. **Conclusiones:** La escoliosis de instalación temprana es una patología de difícil manejo, en la cual se debe individualizar y tratar a cada paciente como una entidad única, que con un sistema versátil y cómodo como lo es el **Mont Blanc Baby**®, ofrece resultados alentadores para quienes cursan con esta patología. Se debe continuar el seguimiento de los pacientes hasta culminado el tratamiento para brindar conclusiones definitivas.

Intervinieron los doctores: Marco Sorgi, Otto Rodríguez Armas, Juan José Puigbó, Alfredo Díaz Bruzual, José A. Ravelo Celis, Enriqueta Sileo, Felipe Martín Piñate, Claudio Aoun Soulie, Saúl Kizer, Rafael Romero Reverón, Peter Gunczler, Rafael Arteaga Romero, Herbert Stegemann y César Blanco Rangel.

2. Dra. Milena Sardi de Selle primera mujer Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina por la Dra. Lilia Cruz

La Academia Nacional de Medicina de Venezuela fue creada el 7 de abril de 1904 por una Ley Orgánica del Congreso de Estados Unidos de Venezuela como la “Corporación Oficial, Científica y Doctrinaria que representa

la Medicina Nacional”. Milena Sardi de Selle fue la primera mujer recibida como Individuo de Número para ocupar el Sillón XXXIX, el 23 de enero de 1992, casi 88 años después de la fundación. Su incorporación reconoce la participación de la mujer en el ejercicio de la medicina en nuestro país y constituyó un hito en la historia de la Academia. Previamente, el 26-11-1981, había sido electa Miembro Correspondiente Nacional por el Distrito Federal, Puesto # 33. Permaneció como la única mujer Individuo de Número hasta su muerte en 2008 y es la única que ha formado parte de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina (Secretaría 1994-1996). En este trabajo se presenta su biografía. Se destacó por su pionera y dedicada labor en la docencia de posgrado, investigación, ejercicio profesional, desarrollo y difusión de la Psiquiatría Infantil y Juvenil y la Psicología de la Salud en Venezuela, con particular interés en la investigación y la atención de los niños con retardo mental, trastornos afectivos y dificultades específicas del aprendizaje, terapia familiar y relación entre factores socio-económicos y salud mental en Venezuela. Fue Ministro de la Juventud, Miembro Correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina de España y Miembro Correspondiente de la Academia de Mérida. Nació en Tovar, Estado Mérida el 17-2-1926. En la Universidad Central de Venezuela obtuvo los títulos de Médico Cirujano, Doctor en Ciencias Médicas, Licenciado en Psicología, en Educación y Médico Psiquiatra y llegó a la categoría de Profesor Titular. En la Facultad de Medicina trabajó en las Cátedras de Anatomía y Psiquiatría. En la Facultad de Humanidades y Educación fue Jefe de Cátedra de Psicología Evolutiva en las Escuelas de Psicología y Educación. Se especializó en Pediatría, Psiquiatría, Psiquiatría infantil y Terapia familiar. Ejerció sus especialidades en el Hospital José María Vargas, el Hospital de Niños JM de los Ríos, el Hospital San Juan de Dios, la Clínica El Ávila y la Unidad Clínica Esmeralda, en Caracas, Venezuela. Como muestra de sus ideas, preocupaciones y propuestas, incluimos una reseña de 6 de sus principales publicaciones.

Fue presentado el 4 de noviembre de 2015 como Trabajo de Incorporación de la Dra. Lilia Cruz de Montbrun como Miembro Correspondiente a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.

Está publicado en la Colección Razetti. Volumen XVII. Capítulo XIV, p 471-533. Disponible en: <http://anm.org.ve>

No hubo intervenciones

Sesión Extraordinaria del 21 de abril de 2016

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

Presentación del trabajo de Incorporación de la Dra. Enriqueta Sileo Guiseffi, como Miembro Correspondiente Nacional. Puesto No. 38 intitulado Medicina del adolescente en el Hospital de Niños José Manuel de los Ríos de Caracas.

Se describe la historia de la Medicina del Adolescente en el Hospital de Niños “José Manuel de los Ríos”, de Caracas, desde su inicio en el Servicio de Ginecología, así como el camino recorrido hasta independizarse para llegar a ser el Servicio de Medicina del Adolescente, contando con estructura física propia y el personal calificado para desarrollar actividad asistencial al adolescente hasta los 18 años de edad, logrando su aceptación dentro de la estructura hospitalaria, con un enfoque integral y diferenciado. En lo docente, se destaca la formación de recursos humanos en Medicina del Adolescente, devenida en Especialidad, la rotación de residentes de pediatría, psicólogos del mismo hospital u otros, además de la investigación. Se reseña el Capítulo de Adolescencia y la Sociedad Venezolana de Medicina del Adolescente. Se menciona la proyección nacional e internacional con aportes como la Escalera de Maduración Sexual, Orientación diagnóstico en Medicina del Adolescente, modelo de Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades (IMAN), además de participar en foros, congresos, comisiones y otras. Se utilizan documentos pertinentes, bibliografía nacional e internacional, se concluye con el logro de haber creado en el Hospital, un modelo de atención integral y diferenciado para adolescentes y un posgrado que sirva de inspiración para otros emprendedores en el área de la Medicina del Adolescente.

Intervinieron los doctores: Rafael Muci-Mendoza. Otto Rodríguez Armas, Felipe Martín Piñate, José Francisco, Juan José Puigbó, Isis Nézer de Landaeta, Alfredo Díaz Bruzual, Saúl Kizer, Cutberto Guarapo Rodríguez, Lilia Cruz, Ítalo Marsiglia, Leopoldo Briceño-Iragorry y Harry Acquatella.

Sesión Extraordinaria del 28 de abril de 2016

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

Elección de la Nueva Junta Directiva para el Bienio 2016-2018.

Sesión Ordinaria del 5 de mayo de 2016

Preside: Dr. Alfredo Díaz Bruzual

1. El cólico miserere: mito religioso, misterio, maleficio, castigo divino. evolución en la historia. criterios actuales. Miserere mei: “Ten oh Dios piedad de mí en tu grandiosa dignación”, por el Dr. César Blanco Rengel.

Aparición a fines de la edad media y en el renacimiento. Referencia más antigua debida a Ambrosio Paré (1510-1590), en el siglo XVI. Primeras descripciones en el medio rural, en los aldeanos. Cuadro clínico de dolor abdominal de aumento progresivo, con vómitos repetidos hasta llegar a fecaloideos, fiebre, deshidratación, mal estado general y muerte en pocos días.. Sinonimia variada: “Dolor ilíaco, cólico pasiónibus, mal de miserere de acutismorbis, pasión ilíaca.” Patología de diagnóstico incierto y con alta mortalidad por más de cuatro siglos. Tratamientos caseros artesanales: 1) Ingestión de metales como proyectiles de plomo y limaduras de hierro o mercurio en altas dosis, 2) Ingestión de almendras dulces mezclados con caldo sin sal, 3) Enemas emolientes o de aire o humo, 4) Sangrías copiosas y enemas laxantes, 5) Ingestión de láudano y

opio, 6) Baños de agua tibia cuatro veces al día.

Prevalencia de la Nosografía Hipocrática Galénica. Semejanza parcial con cuadros abdominales agudos tipo obstrucción intestinal y apendicitis aguda. Relación de la enfermedad con la parte bíblica: Salmo penitencial N° 50 atribuido al rey David: *Miserere Mei*: “Ten oh Dios piedad de mí en tu grandiosa dignación”. Aparición luego de escuela de Sydenham y enfoque científico de las enfermedades. Práctica más frecuente de las autopsias y se hace la luz en los abdómenes agudos quirúrgicos. Uso más regular de la cirugía de urgencia y el síndrome de cólico miserere se archiva en la historia.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, José Ramón Poleo, Felipe Martín Piñate, Saúl Kizer, Cutberto Guarapo Rodríguez, Mauricio Gohman, Jaime Díaz Bolaños y Rafael Romero Reverón.

2. Ultraestructura de la retina de los teleosteos: análisis de conos, bastones, células horizontales, bipolares, amacrinas estrelladas, tubulares, onduladas, plexiforme externa, pies de conos y esferulas de bastones, amacrinas piriformes, amacrinas intersticiales, capa plexiforme interna, células ganglionares, células amacrinas dislocadas, fibra de müller, expansiones con vesículas adrenérgicas, oligodendroglia, citoquímica de la retina por el Dr. José Antonio O'Daly Carbonell.

Se estudió la ultraestructura de las células de la retina del teleosteo *Mugil brasiliensis* usando glutaraldehído y tetroxido de osmio como fijadores, a fin de identificar sus conexiones para un mejor entendimiento de la electrofisiología de la visión. Cortes radiales y tangenciales de retina fueron coloreados con citrato de plomo y acetato de uranilo y analizados en un microscopio electrónico Hitachi-11B a 75 Kv. La morfología de la retina reveló células horizontales de configuración estrellada con expansiones ascendentes que llegan a la plexiforme externa donde terminan en las invaginaciones de los conos. En los contactos laterales las membranas plasmáticas ofrecen un curso ondulado, se densifican y fusionan en un contacto funcional entre las células. Esta fusión no es continua, alternando segmentos de membrana fusionados con otros donde están solo opuestas entre sí persistiendo un espacio virtual entre las mismas. En el contacto plasmático

lateral también se observaron filamentos gruesos y densos orientados perpendicularmente, unidos a las zonas plasmáticas fusionadas, formando parte del contacto plasmático lateral. Las células bipolares se orientan radialmente en el mismo plano de las horizontales medias e internas, ramificando sus dendritas en la plexiforme externa al entrar en contacto con los conos y bastones. Las células amacrinas estrelladas formaron una capa continua por debajo de las células horizontales, con expansiones ascendentes hacia la plexiforme externa. Se describe una nueva capa denominada células amacrinas tubulares entre las células horizontales internas y las células estrelladas amacrinas con estructuras caracterizadas por líneas densas circulares alrededor de microtúbulos agrupados en paquetes y una protrusión formada por túbulos densamente agrupados que se proyecta de la superficie celular y penetra en la fibra de Müller. La plexiforme externa presenta dendritas de las células bipolares con unión continua de sus membranas plasmáticas. Los pies de conos y esferulas de bastones mostraron las expansiones ascendentes de las células horizontales a los lados de la banda sináptica formando una estructura o triada. Describimos dos variedades de células amacrinas piriformes: I- Células amacrinas de citoplasma oscuro con numerosos gránulos de glucógeno; II- Células amacrinas de citoplasma claro con escaso glucógeno que envían prolongaciones descendentes a la plexiforme interna. Se homologa la célula amacrina piriforme oscura con las amacrinas propiamente dichas de Cajal y la amacrina piriforme clara con las amacrinas de asociación. La amacrina ondulada es la célula que forma una espiral alrededor del cuerpo de la célula bipolar. Se describió con el microscopio electrónico por primera vez expansiones que corresponden a terminales adrenérgicos en diversas capas de la retina de los teleosteos. Se determina a nivel ultra estructural la distribución del glucógeno en la retina de los teleosteos clasificando las células retinianas en función del contenido de glucógeno en células ricas y células pobres en glucógeno, sustancia que participa en los procesos energéticos retinianos.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Rafael Muci-Mendoza, Felipe Martín Piñate, Horacio Vanegas y Herbert Stegemann.

Sesión Ordinaria del 12 de mayo de 2016

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

1. Los misterios de la lepra en la era molecular: aspectos genómicos, filogeográficos y paleomicrobiológicos por el Dr. Alberto Paniz Mondolfi

La Lepra o Enfermedad de Hansen, es una enfermedad crónica insidiosa y devastadora, que afecta primordialmente las esferas cutánea y neurológica, particularmente de extremidades y dígitos derivando en muchos casos en la desfiguración e incapacitación funcional del paciente y su consecuente estigmatización social. Su agente etiológico, el *Mycobacterium leprae* ha permanecido hasta nuestros días como uno de los más intrigantes y misteriosos agentes infecciosos conocidos por la ciencia, en parte, dada su incapacidad de crecer en métodos de cultivos tradicionales (axénicos) y su particular capacidad de infectar solo al ser humano y un número restringido de exóticos mamíferos tales como el armadillo.

Siendo una de las enfermedades más antiguas conocidas por la humanidad y a pesar de los esfuerzos por erradicarla como uno de los objetivos primordiales del nuevo milenio planteado por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS); la lepra persiste hasta nuestros días consolidándose como un serio problema de salud pública en países endémicos como la India, Brasil y Venezuela, en donde, aun cuando las tasas de incidencia han disminuido, la prevalencia permanece inalterada con cerca de medio millón de casos nuevos diagnosticados anualmente a nivel mundial. La reciente descripción de focos hiper-endémicos en Venezuela, así como el aumento de número de casos reportados en Estados Unidos de Norte América, avivan aún más el interés científico en esta enfermedad.

Desde el año 2002, un equipo internacional liderado por el Dr. Stewart Cole y con una importante participación investigativa venezolana, emprendió un estudio sin precedentes en descifrar a través de herramientas de la era genómica, algunos de los secretos encriptados en su agente causal: el *Mycobacterium leprae*.

Uno de los primeros hitos científicos fue la resolución y completa anotación del genoma de esta bacteria, lo cual reveló un genoma en decadencia, con aproximadamente 50 % de su material genético conformado por genes no funcionales (pseudogenes), hecho éste que pudiera explicar su lenta capacidad de replicación e inhabilidad para crecer en cultivos artificiales.

Dichos estudios también abordaron mediante el análisis y estudio de secuencias genéticas variables y polimorfismos de nucleótidos únicos, los posibles cambios evolutivos de esta bacteria, solo para revelar una estabilidad genómica sin precedentes a lo largo del tiempo, sugiriendo así que la enfermedad se originó de un clon ancestral a partir del cual ocurrió una expansión global de carácter pandémico.

Contrario a las creencias que planteaban el origen de esta enfermedad en el continente sub indio y su consecuente expansión al continente Europeo a través de soldados Griegos retornando de la campaña a India de Alejandro Magno; los resultados de esta investigación indican que el origen de la enfermedad se localizó inicialmente en África del Este, para luego extenderse hacia Europa, el continente asiático y el Nuevo mundo a través del colonialismo, la ruta de la seda y la trata de esclavos.

Aun cuando las estimaciones sugieren que el colapso genómico de *M. leprae* data de tiempos ancestrales, la introducción de *M. leprae* como patógeno humano data de tiempos más recientes, sugiriendo así que un precursor ancestral del bacilo pudo haber infectado inicialmente algún vector invertebrado que luego sirvió de transmisor al humano.

La siguiente presentación busca poner al descubierto los secretos y fascinantes pasos del bacilo de Hansen a través de la historia de la humanidad, mediante una aproximación genómica, filogeográfica y paleomicrobiológica, partiendo desde los llanos centrales de Venezuela en los estados Cojedes y Portuguesa, pasando por las costas del litoral caribeño hasta adentrarse en los antiguos cementerios leprosos de Escandinavia, Inglaterra, Europa occidental y Turquía; para culminar en enigmáticas excavaciones arqueológicas de Egipto.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó,

Felipe Martín Piñate, Otto Rodríguez Armas, Ítalo Marsiglia, Aixa Müller, José A. O'Daly Carbonell, Enrique López Loyo, Peter Gunczler y Lilia Cruz.

2. Presentación del libro “Los implantes metálicos por el Dr. Ernic Dominguez Briceño y col.

**Sesión Extraordinaria del 19 de mayo
de 2016**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

Homenaje Centenario del Natalicio de los Académicos

Homenajeados

Dr. Oscar Agüero Tovar
Dr. Alfredo González Navas
Dr. Marcel Granier Doyeux
Dr. Francisco Plaza Izquierdo
Dr. Luis Rodríguez Díaz
Dr. César Rodríguez Rodríguez

Oradores de Orden

Dr. José M. Guevara Iribarren
Dr. Leopoldo Briceño Iragorry
Dr. Juan José Puigbó
Dr. Alfredo Díaz Bruzual
Dr. Otto Rodríguez Armas
Dr. Felipe Martín Piñate

**Sesión Extraordinaria del 26 de mayo
de 2016**

Preside: Dr. Harry Acquatella Monserratte

1. Informe de la Junta Directiva Bienio 2014-2016

2. Informe del Secretario. 1998-2016

3. La forja de la cadena del conocimiento en neuroftalmología. Un fascinante viaje desde el remoto pasado: Sobre la evolución histórica del mapa visual cortical...por el Dr. Rafael Muci-Mendoza

El sistema visual humano es capaz de detectar, analizar y discriminar entre una increíble variedad y diversidad de estímulos que bien, pueden ser cromáticos o acromáticos, estáticos o en movimiento, homogéneos o heterogéneos, y en dos o tres dimensiones. Los intrínquilis del

logro de esta maravillosa integración continúan siendo un rompecabezas que actualmente ocupa la vida profesional de miles de investigadores, y la estructura básica de una solución, solo ha comenzado a desarrollarse en las últimas décadas.

El conocimiento acerca de nuestro cerebro dista mucho de hallarse en la cercanía de lo exhaustivo, y para comprender el periplo evolutivo del mapa retinotópico —ese que una vez impreso en forma virtual en la retina se refleja punto por punto en los labios de la cisura calcarina—, tenemos que pasar revista a una serie de investigadores o pensadores a lo largo de los tiempos, el período en que le tocó actuar y las circunstancias del entorno.

Así, surgirán los nombres de Descartes, y de una pléyade de anatomistas como Francesco Gennari (1750-1797), Félix Vicq d'Azyr (1748-1794), Samuel von Sömmerring (1755-1830), Luigi Rolando (1773-1847), Salomen Henschen (1847-1930) y muchos más que fueron entretejiendo la madeja del conocimiento.

No deja de ser una paradoja el que las grandes conflagraciones mundiales hayan contribuido en forma desproporcionada a nuestro conocimiento del orden y el desorden del sistema nervioso. La representación de la visión en la corteza cerebral fue explorada a principios del siglo XX mediante el examen clínico de los soldados heridos en batalla.

Veamos los siguientes aportes acerca de la representación del campo visual en la corteza occipital procedentes de médicos oftalmólogos que hacían su labor en el frente de guerra:

- 1901. Guerra Ruso-Japonesa. Tatsuji Inouye: "Trastornos visuales consecutivos a heridas de bala en el área cortical visual".
- 1916. Primera Guerra Mundial. Gordon Holmes: "Trastornos visuales producidos por

lesiones cerebrales con referencia especial a la representación cortical de la mácula".

- 1952. Segunda Guerra Mundial (1939-1945). JMK Spalding: "Heridas de las vías visuales. II: La corteza estriada".

Pero aún en el pasado muy reciente, destacan las figuras de Jonathan Horton y William F Hoyt fisiólogo y clínico en la Universidad de California San Francisco que basándose en nuevos conocimientos fisiológicos han interpretado y expandido el enigmático conocimiento que yace en las profundidades de la cisura calcarina.

Intervinieron los doctores: Juan José Puigbó, Horacio Vanegas, Saúl Kizer y Víctor Ruesta.

3. Homenaje a PLAFAM. Palabras del Dr. Alfredo Díaz Bruzual. Individuo de Número.

A los autores de trabajos enviados para publicación en la Gaceta Médica de Caracas

En vista de la importancia que tiene la corrección de los trabajos enviados a los autores en formato PDF previo a su publicación, nos permitimos reproducir los lineamientos que enviamos a fin de facilitar el proceso de revisión.

"Por favor, preste atención especial al revisar la prueba final de su trabajo:

1. Nombre del o los autores. Compruebe que el nombre de cada autor está escrito correctamente, y que los nombres aparecen en el orden correcto. Debe colocar el primer nombre seguido de su primer apellido. Esto va a asegurar que los nombres sean indexados correctamente (por ejemplo, si el nombre del autor es Carlos Méndez, será citado como Méndez C).
2. Afiliaciones. Compruebe que todos los autores están citados con las afiliaciones correctas, que el autor que recibirá la correspondencia ha sido identificado con el número (1), y que todos los contribuyentes iguales han sido identificados con números secuenciales.

3. Asegúrese de que el título, resumen y palabras clave en español e inglés están correctos.
4. Revise muy bien las figuras, tablas, leyendas respectivas y en el orden correcto.
5. Revise muy bien las referencias, y verifique que cumplen las normas de Vancouver.
6. Responda las preguntas que le plantearon durante la edición del texto o archivos de texto.
7. Confirme que todos los enlaces a las páginas webs están correctos.
8. Asegúrese de que los caracteres especiales y ecuaciones (si las tiene en su trabajo) se muestran correctamente.

Los cambios en el contenido científico no se pueden aceptar en esta etapa, a menos que envíe una solicitud previa y haya sido aprobada por la Comisión Redactora. Esto incluye cambios en el título o autor, nuevos resultados o valores corregidos".

La Comisión Redactora