

Según el ponente, América Latina tardó en iniciar esta técnica, a pesar de que en algunos de los programas de Estados Unidos, colaboraron varios médicos latinos, tales como Aníbal Acosta, Jairo García, Sergio Stone y Ricardo Asch, cuyos nombres figuran en numerosas publicaciones sobre el tema. Los trabajos latino-americanos comienzan a aparecer en 1984, en Chile, al igual que en Colombia. En Venezuela, Aller y col., publican las primeras experiencias en nuestro país entre 1986 y 1987.

La aparente tardanza en la incorporación de los países latinoamericanos las justifica el Dr. Agüero por lo laborioso del procedimiento, la necesidad de un personal técnico, con especial preparación y experiencia que trabaje 24 horas diarias, la disponibilidad de laboratorios bien dotados para la elaboración de medios de cultivo y múltiples soluciones requeridos, el instrumental costoso y la utilización de medicamentos cada vez con precios más elevados.

Gac Méd Caracas 2012;120(3):253-264

Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dr. J M Avilán Rovira

Individuo de Número

Sesión ordinaria del 9 de febrero de 2012

Preside: Dr. Claudio Aoñin Soulie

Los nuevos anticoagulantes: el ocaso de la warfarina, por el Dr. Rafael Aritz-Castro

Después de 60 años de anticoagulación oral con warfarina, o análogos, que indudablemente a pesar de sus serios efectos adversos, salvaron millones de vidas, la industria farmacéutica empieza a producir compuestos anticoagulantes derivados del conocimiento que la investigación básica ha producido, en relación al proceso fisiológico de la coagulación sanguínea. Estos nuevos anticoagulantes, que actúan selectivamente, unos sobre el factor X activado y otros como inhibidores de la trombina, tienen propiedades que los hacen atractivos para sustituir a la warfarina en el arsenal terapéutico de anticoagulación.

Detrás de los que ya están en el mercado, sabemos que hay una lista importante de otros con acción similar, que se encuentran en desarrollo y algunos ya en estudios de fase II y III. Es de esperar que se mejoren algunas de sus propiedades y que en un futuro más o menos cercano, tengamos más de un anticoagulante oral razonablemente satisfactorio.

Actualmente se plantean varios problemas que deben ser resueltos. A saber: la adherencia al tratamiento, es una causa de problemas que afecta a todos ellos, y de la cual es también víctima la warfarina, pero en drogas de vida corta este es un factor mucho más importante.

La implementación de un método de control confiable sería, por muchos motivos, de gran ayuda en este aspecto. Por otra parte, el uso de estos anticoagulantes en la práctica médica corriente, como

muchas otras drogas, irá velando efectos indeseables que no se observan en estudios clínicos controlados y con pacientes seleccionados.

Según el ponente, la interrogante que forma parte del título de esta presentación sería respondida al final de la misma.

Intervinieron los doctores Víctor Ruesta, Juan José Puigbó, Harry Acquatella, Lilia Cruz de Montbrun, Aixa Müller de Soyano, Otto Rodríguez Armas, Ítalo Marsiglia, Felipe Martín Piñate, Rafael Muci-Mendoza, Isis Nézer de Landaeta, Ibrahim González Urbaneja, José M Guevara Iribarren, Alfredo Díaz Bruzual y Claudio Aoñin Soulie.

Sesión ordinaria del 16 de febrero de 2012

Preside: Dr. Claudio Aoñin Soulie

“Hacia una definición de la neuropsiquiatría, por el Académico Julio Borges Iturriza

Cuando se intenta delimitar los campos correspondientes a la psiquiatría y a la neurología, se advierte que una línea fronteriza que las separe es difícil de trazar. Tratando de definir posiciones realizamos un breve recuento histórico el cual pone en evidencia que la relación entre ambas especialidades no ha sido estable, variando desde un alejamiento extremo hasta un acercamiento progresivo a partir de mediados del siglo pasado.

Se analizan las distintas razones que explican este acercamiento, indudablemente ligado al progresivo avance de las denominadas neurociencias. A raíz de este acercamiento se tiende a “revivir” el concepto de neuropsiquiatría.

Intentamos definir la neuropsiquiatría y se discuten las razones que pueden justificar su desarrollo. Se considera que si bien desde el punto de vista teórico la neurología y la psiquiatría comparten un área común en el dominio de las neurociencias, cuando se analizan los aspectos propiamente clínicos se hace evidente que existen diferencias que las separan.

La neuropsiquiatría participaría de ambas especialidades y podría ser aceptada como subespecialidad si se definiesen claramente sus objetivos y se considerara que además de la actividad valiosa de investigación que en su área pueda realizarse, se valorarán los aportes que suministraría tanto el diagnóstico como el tratamiento de los enfermos con lesiones cerebrales en cuyo cuadro clínico las manifestaciones “psiquiátricas” fueran

relevantes.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, José Francisco, Felipe Martín Piñate, Rafael Muci-Mendoza, José A Ravelo Celis, Saúl Kízer, Ítalo Marsiglia, Otto Rodríguez Armas, Víctor Ruesta, José Enrique López, Isis Nézer de Landaeta, Francisco Miranda Ruiz, Berardo López Moreno, Claudio Aoñin Soulie y Lilia Cruz de Montbrun.

Sesión extraordinaria del 23 de febrero de 2012

Preside: Dr. Claudio Aoñin Soulie

Divertículo de Konmmerel, de los doctores Henry Hopkins, Carlos Torrealba, Eduardo Morales-Briceño, Aldo Stamile, María Sosa y Héctor Padula, presentado por el Académico Harry Acquatella

Se presenta un caso de esta rara entidad. Paciente masculino de 68 años, quien consulta en emergencia por: 1) malestar súbito medio esternal de fuerte intensidad acompañado de sudoración fría; 2) casi pérdida del conocimiento; hipotensión arterial de 80/50 mmHg y 4) ausencia o dificultad de detección de pulsos radiales.

El electrocardiograma de emergencia, los niveles de troponina I, electrolitos y función renal fueron normales. La telerradiografía tórax mostró silueta cardíaca de dimensiones en el límite superior de lo normal y leve desenrollamiento de aorta. La angiografía TAC de urgencia reveló disección de aorta ascendente, emergencia anormal de arteria subclavia derecha posterior al esófago y disección de la arteria carótida izquierda. El ecocardiograma transesofágico comprobó nivel de disección de aorta ascendente a 3 cm del anillo valvular aórtico y regurgitación aórtica valvular.

De inmediato se llevó a cirugía, donde se colocó un injerto en aorta ascendente con injertos adicionales para ambas arterias carótidas, subclavias y otro injerto al inicio de la aorta descendente. Al emerger de circulación extracorpórea se observó persistencia de la regurgitación valvular aórtica, lo cual motivó un segundo tiempo de circulación extracorpórea para implante de bioprótesis valvular aórtica.

Pudo salir de circulación extracorpórea, pero un severo sangrado posoperatorio por consumo de factores de coagulación y shock, terminó en fallecimiento.

Se revisa la literatura de esta rara anomalía congénita, donde la complicación de disección aórtica

conduce a una muy elevada mortalidad.

Intervinieron los doctores Rafael Muci-Mendoza, Juan José Puigbó, Leopoldo Briceño-Iragorry, Aixa Müller de Soyano, Rafael Apitz, Otto Rodríguez Armas y Felipe Martín Piñate.

Ultrasonido en el sitio de atención. El estetoscopio tiene pantalla, por el Dr. Leandro Fernández Ratto-Ciarlo

Al inicio de la conferencia se recordó a René T. Laennec, quien en 1819 publica el uso y las características de la auscultación con el primer estetoscopio. Como es sabido este instrumento fue creado para poder auscultar el pecho de las damas de la época, respetando su pudor. Pasado cinco años, ya podían adquirirse accesorios que permitían su uso de manera más confortable y con aumento del sonido obtenido.

Este estetoscopio rígido, hecho en madera, posteriormente se convirtió en un tubo flexible con cabezal, membrana distal y con auriculares en el segmento proximal. Se mantuvo de esta forma por más de 170 años.

En la actualidad se conserva su configuración flexible pero el cabezal con la membrana está digitalizado con procesadores especiales que permiten grabar y reproducir los sonidos auscultados que pueden transferirse a computadoras o teléfonos personales para analizar los sonidos de forma gráfica, a modo de un fonocardiograma con su expresión auditiva. Equipos más recientes tienen en el cabezal una pequeña pantalla digital, donde el equipo puede sensor una derivación electrocardiográfica, al colocar el mencionado cabezal en el tórax del paciente. Con este breve resumen podemos observar el gran avance del estetoscopio desde sus inicios hasta la actualidad.

El ultrasonido diagnóstico es un método con más de 60 años de uso en la práctica médica, el cual ha demostrado ser inocuo y sin efectos deletéreos, si se mantiene en los niveles normales de energía para generar una correcta imagen. Este método requiere competencia y destreza por parte del operador, lo cual lo hace dependiente de la persona que lo manipula.

La tecnología, inicialmente analógica, y convertida en digital a principios de los años 90, ha permitido que las máquinas de ecografía de gran tamaño hayan podido ser reducidas en su volumen, sin perder la calidad diagnóstica. Los primeros equipos portátiles se utilizaron en el frente de batalla, durante la guerra del golfo pérsico (1990-1991). A mediados de la

década de los 90, cuando la industria militar liberó para uso civil el diseño de pequeños aparatos, con peso menor a 3 kilos, comenzó su producción para el uso de las especialidades médicas.

El formato de los equipos ha ido cambiando paulatinamente con el pasar del tiempo, pues la ultrasonografía depende directamente de la evolución de la computación. En la actualidad contamos con equipos extremadamente sensibles similares a las computadoras portátiles. O sencillamente, se convierten dichas computadoras en ecógrafos mediante programas especiales. En 2008 aparecieron en el mercado los llamados ecógrafos de bolsillo, los cuales son de tamaño similar a un teléfono celular y desde el año siguiente, es posible realizar ecografías mediante la utilización de nuestro teléfono celular, conectándole un traductor a través de un puerto de comunicación *universal serial bus* (USB).

La aparición de estos sistemas compactos ha permitido abaratar el costo de los equipos y captar el interés de diversas especialidades para el uso puntual de la ecografía en su área de estudio, con aplicación directa en el lecho del enfermo, bien sea en la sala de emergencia, quirófano, ambulancia o en el consultorio. Este tipo de técnica ha sido llamada *point-of-care-ultrasound*, en idioma inglés, con traducción al castellano como “ultrasonido en el sitio de atención”. Hay quienes lo refieren como “ultrasonido de cabecera” (*bed-side ultrasound*)

Con el “ultrasonido en el sitio de atención” el examen es realizado por el médico que atiende a ese paciente en el mismo momento de la evaluación clínica. Puede ser realizado también por paramédicos debidamente entrenados. Es un estudio de evaluación puntual dirigida a una condición específica: derrame pericárdico, trauma cerrado de abdomen, neumotórax, artritis reumatoidea en crisis, etc. El “ultrasonido en el sitio de atención” es fácilmente repetible si cambian las condiciones clínicas del paciente y tiene aplicaciones muy concretas para el diagnóstico de patologías, la realización de procedimientos invasivos e incluso para estudios de tamizado.

La Organización Mundial de la Salud y la Federación de Ultrasonido en Medicina (FUM), reconocen su aplicación en más de veinte especialidades. El “ultrasonido en el sitio de atención” es enfocado, dirigido y puntual para la evaluación de un órgano en particular que sea relevante en cada especialidad. En las salas de emergencia tiene aplicaciones importantísimas, tales como la detección de neumotórax, trombo-embolismo pulmonar o

hemorragia interna en trauma cerrado de abdomen.

Otras aplicaciones en diversas especialidades serían: evaluación de aneurisma de aorta abdominal o la orientación del tratamiento percutáneo de pseudo-aneurisma femoral, para evitar la realización de la intervención quirúrgica. Los bloqueos anestésicos regionales son hoy en día efectuados con ultrasonido como alternativa precisa y confiable ante la neuroestimulación. Los *softwares* disponibles permiten una rápida visualización de las agujas de punción cuando atraviesan tejidos blandos. Se le utiliza también como guía de acceso vascular, evaluación de traumas oculares, desprendimiento de la retina o de las arterias cerebrales.

Este método se continúa en uso en los frentes de batalla y el personal militar médico y paramédico está adecuadamente entrenado para su aplicación en estos escenarios. El “ultrasonido en el sitio de atención” tiene una tasa de crecimiento mayor que las aplicaciones en radiología y diagnóstico por imágenes, debido a la gran cantidad de especialistas que pueden utilizar este método como herramienta diagnóstica.

Sin duda se requiere un entrenamiento apropiado y acreditación del operador para su aplicación. Varias escuelas de medicina en Europa y Norteamérica han incluido en sus programas curriculares de pregrado, el conocimiento del uso del “ultrasonido en el sitio de atención” para los estudiantes de medicina, así como en las diferentes residencias de posgrado. Es necesario desarrollar localmente planes curriculares donde se estudien los principios físicos del ultrasonido, el manejo de microcomputadores y el reconocimiento de la sonoanatomía, para poder interpretar los hallazgos patológicos ultrasonográficos.

El comité de educación de la FUM diseña en la actualidad un plan curricular de ultrasonido para países en vías de desarrollo, del cual forma parte este conferencista como co-director. Para la ejecución de los planes de entrenamiento es imprescindible la cooperación de las sociedades científicas, de las especialidades que usan el ultrasonido como instrumento de diagnóstico, en conjunto con las facultades de medicina, colegios de médicos y las sociedades nacionales y supranacionales dedicadas al estudio y difusión de la ultrasonografía, como lo son la sociedad venezolana de ultrasonido en medicina y las correspondientes a nivel latinoamericano y mundial. El colegio norteamericano de ultrasonido realizó en 2004 un congreso para discutir el tema participaron 19 organizaciones donde su concluyó, que de acuerdo al avance tecnológico, el llamado

estetoscopio ultrasónico ya había saltado de la teoría a la realidad. En 2010 se organizó una nueva reunión para discutir sobre este tópico y acudieron 45 organizaciones, incluso con la participación de escuelas de medicina. A inicios de 2011 se llevó a cabo el primer congreso mundial de educación en ultrasonido, con la participación de estudiantes y escuelas de medicina que aplican “el ultrasonido en el sitio de atención”.

En la presentación se presentaron los equipos utilizados en la actualidad, llevados en el cuello por el médico a la usanza del estetoscopio. En base a las aplicaciones en las distintas especialidades se puede decir que la frase acuñada en la década de los 90, que “el ultrasonido será el estetoscopio del futuro”, se aproxima a una realidad cada vez más actual, por lo que para los efectos del estetoscopio ultrasónico, el futuro es ahora.

Intervinieron los doctores Rafael Muci-Mendoza, José A Ravelo Celis, Miguel Saade, Rafael Arteaga Romero, Otto Rodríguez Armas, Ítalo Marsiglia, Aixa Müller de Soyano, Juan José Puigbó, Harry Acquatella y Jesús Felipe Parra.

Sesión extraordinaria del 1º de marzo de 2012

Preside: Dr. Claudio Aotün Soulie

Consideraciones sobre la fiebre en niños, por el Dr. Francisco Miranda Ruiz

La fiebre es probablemente el motivo de consulta más frecuente en pediatría y uno de los más angustiosos para los padres. Su etiología es muy variada, desde causas muy benignas hasta de suma gravedad. La altura de la fiebre no está en relación con su gravedad. Afecciones benignas con frecuencia pueden cursar con fiebre muy alta y viceversa, afecciones graves pueden cursar con fiebre de baja temperatura. Muy importante para el diagnóstico, especialmente el pronóstico, es lo llamado “estado general del niño”. En ocasiones los medicamentos administrados al niño producen fiebre, estableciéndose un círculo vicioso, fiebre-medicamento-fiebre. La temperatura es más alta y más inestable que en los adultos.

Es una buena práctica médica, tranquilizar en lo posible a los padres, explicándoles la naturaleza benigna de muchos casos de fiebre, asegurándoles que la fiebre no produce meningitis, como muchas veces creen.

Aunque se sabe que la mayoría de las infecciones respiratorias agudas en niños son virales, continúa

el abuso de antibióticos innecesarios, mal indicados a veces, para complacer a los padres o para mostrar conocimientos.

Juicio crítico al trabajo “Consideraciones sobre la fiebre en niños”, por el Académico Luis Ceballos García

El Dr. Francisco Miranda Ruiz, consecuente con su especialización en pediatría y con el prolongado tiempo dedicado a la docencia en esta área médica, ha traído a consideración de la Asamblea, como trabajo de incorporación, el opúsculo titulado “Consideraciones sobre la fiebre en los niños”.

En forma muy general puede decirse que los motivos de consulta más frecuentes en los niños, son dos grandes síndromes: la fiebre y la anorexia. Estas evidentes circunstancias pudieran inducir a pensar que el ejercicio de la pediatría es sencillo y que las soluciones para aquellos síndromes son antipiréticos y antibióticos para el uno y vitaminas para el otro. Cada uno de estos síndromes tiene innumerables factores etiológicos y la dificultad estriba en identificarlos, para combinar tratamiento sintomático con tratamiento etiológico. En razón de estos hechos, los médicos rurales, los médicos generales que atienden niños también y los médicos residentes de los servicios de pediatría, deben recibir información actualizada sobre nosología pediátrica, adiestramiento en la exploración clínica minuciosa, estímulo al juicio crítico a la hora de indicar y de interpretar exploraciones para clínicas y adecuado uso de los recursos terapéuticos.

En el trabajo del Dr. Miranda Ruiz, ha privado la brevedad del discurso introductorio, para centrar el interés de la presentación en la descripción de siete casos clínicos demostrativos de la variedad etiológica del síndrome febril en los niños. En cada caso nos imaginamos al Dr. Miranda rodeado de alumnos, haciendo lo difícil muy fácil, apelando a la conjunción de experiencia y sapiencia.

En el primer caso clínico, las normalidad del examen físico y de los exámenes de laboratorio, obligó a la búsqueda del origen en el interrogatorio minucioso y la clave la dio la hiperconcentración de la fórmula láctea, con el deseo manifiesto de los padres de tener un bebé bien nutrido. Conductas estas de las clases sociales media y alta, en las cuales no es la limitación económica el problema a la hora de apelar a recursos nutricionales para el ansiado bebé robusto.

En el segundo caso, imaginamos la angustia de los padres y del pediatra ante la imposibilidad de tener

un diagnóstico etiológico en los primeros días. Un síntoma y signo adicional (el exantema), de aparición al tercer día, lejos de preocupar al pediatra a los padres, aporta calma porque se establece el diagnóstico de una entidad benigna: el exantema súbito.

Para el tercer caso clínico la lección capital es que para hacer diagnósticos diferenciales en pediatría, es necesario insistir en lo prolijo del interrogatorio y del examen físico. La ausencia de cardiomegalia en este niño, orientó hacia el diagnóstico de bronquiolitis.

En el cuarto caso que nos trae a consideración el Dr. Miranda Ruiz, privan la gravedad de los síntomas y signos y el polimorfismo del cuadro, elementos de juicio que analizados conjuntamente, deben orientar hacia la sepsis neonatal y por ende al establecimiento del diagnóstico etiológico, mediante estudios de bacteriología y sensibilidad bacteriana a los antibióticos, los cuales a su vez guiarán el tratamiento específico.

En el quinto niño, vuelve la sepsis a jugar papel, en esta ocasión con un cuadro oligosintomático, producido por gérmenes gramnegativos. Vuelve a ocupar el papel trascendente la investigación del espectro bacteriológico en la etiología.

Finalmente, un caso clínico de difícil diagnóstico inicial, porque fuera de los períodos febriles cíclicos, el niño aparentaba normalidad. Un síntoma, el exantema, que coincide con los brotes febriles, orientó el diagnóstico presuntivo hacia la forma sistémica de la artritis reumatoidea. La evolución y las exploraciones paraclínicas confirmaron el diagnóstico presuntivo.

Sesión solemne del 8 de marzo de 2012

Preside: Dr. Rafael Muci-Mendoza

Durante la sesión tuvo lugar la incorporación del Dr. Francisco Miranda Ruiz, como Individuo de Número, Sillón X.

Sesión ordinaria del 15 de marzo del 2012

Preside: Dr. Claudio Aoñ Soulie

Coagulación intravascular retiniana como signo de embolización de líquido amniótico, por la Dra. Emely Karam y col.

La embolización de líquido amniótico es una condición infrecuente pero devastadora, con alto

índice de mortalidad, que ocurre en embarazadas.

Las descripciones iniciales datan de la primera mitad del siglo XX, con el primer reporte realizado por Meyer en 1926. En esta época se presumía que la embolización de líquido amniótico era el resultado de la obstrucción de la circulación pulmonar materna por material fetal contenido en el líquido amniótico, en base a resultados de autopsias. Clark, en 1986 postuló que dicha entidad ocurría cuando el líquido amniótico normal entraba en la circulación materna, ocasionando colapso hemodinámico y coagulopatía. Posteriormente, en 1996 Benson planteó la posibilidad de una respuesta inmune, llegando incluso a proponerse el cambio en la denominación, por “síndrome anafilactoide del embarazo, la cual no ha ganado mucha aceptación.

El diagnóstico de esta entidad está basado en uno o más de los 4 síntomas y/o signos clínicos, a saber: colapso cardiovascular, *distress* respiratorio, convulsiones/coma y coagulopatía.

Visualmente la embolización de líquido amniótico se manifiesta con pérdida visual brusca con signos fundoscópicos de isquemia retiniana y coroidea, que puede llevar a la ceguera, como lo describió por primera vez Fischbein en 1966. Solo dos publicaciones adicionales de esta descripción han sido reportadas, todos ellos desencadenados posteriormente al desarrollo de los síntomas sistémicos.

En la presentación, la autora reportó 1 caso clínico de oclusión bilateral de la arteria central de la retina por embolización de líquido amniótico, que se manifestó en forma simultánea al desarrollo de los síntomas sistémicos. Puede constituir la retinopatía-coroideopatía isquémica por la embolización del líquido amniótico un signo de alerta temprano de coagulación intravascular diseminada en evolución, en este grupo de pacientes.

Intervinieron los doctores Itic Zighelboim, Otto Rodríguez Armas, Ibrahim González Urbaneja, Saúl Kizer, Francisco Miranda Ruiz, Ítalo Marsiglia, Ofelia Uzcátegui y Doris Perdomo de Ponce.

Sinquinesis óculo-motora. Dos casos de pacientes excepcionales, por el Académico Rafael Muci-Mendoza

Las sinquinesis son movimientos involuntarios y anormales que ocurren luego de la recuperación de una lesión axonal periférica; son debidos a la dirección errónea (*misdirection*), que toman algunos axones hacia otros músculos que no constituyen su objetivo o

blanco; así, cuando el paciente intenta mover algunos músculos, ocurren contracciones involuntarias no deseadas en otros; es una suerte de un cableado mal realizado y confuso.

Basado en la teoría de Lipschitz (1906) que los movimientos faciales sinquinéticos que ocurren después de una parálisis de Bell, son debidos a la regeneración de fibras nerviosas que son erróneamente dirigidas, Bielschowsky (1935) asentó que luego de ser lesionadas, las fibras procedentes de la porción central del tronco del tercer nervio craneal muestran un gran desorden en su crecimiento (Cajal, 1938) y al no encontrar sus vainas originales en el tramo periférico del nervio, se descarrían, arribando por ciertas rutas preferenciales a músculos a los cuales no pertenecen. Ello produciría un patrón de motilidad ocular aberrante, o “movimientos asociados” como prefiere llamarlos Glaser (1980).

La regeneración aberrante secundaria del tercer nervio craneal es de frecuente observación luego de una parálisis completa debida a traumatismo craneal, rotura de aneurisma intracraneal, tumor cerebral, migraña oftalmopléjica, sífilis y trombosis séptica del seno cavernoso. Muestra un patrón de motilidad que le es característica, donde existen contracciones musculares. En la forma primaria no existe el antecedente de parálisis y su presentación es indicativa de una condición compresiva de lento crecimiento en el seno cavernoso (aneurisma o meningioma).

La explicación del fenómeno de la dirección errónea no satisface las causas primarias; así que se han postulado dos alternativas diferentes (Glaser, 1980): a) transmisión efáptica, un modo de transmisión electrónica opuesta al modo químico de propagación de impulsos nerviosos entre las células. Se ha postulado que puede existir en una lesión parcialmente desmielinizada a un nivel central, o periféricamente en impresiones o lesiones de un segmento de nervio. Ocurriría así una transmisión axo-axonal o *crossed talk*; b) reorganización sináptica central. Después de la lesión axonal, las neuronas centrales del mesencéfalo, a nivel de los subnúcleos óculo-motores, sufren una reorganización central de la cromatólisis capaz de inducir profundos cambios estructurales, metabólicos y fisiológicos en el soma neuronal y sus conexiones; a su vez, ocurren cambios neuronales retrógrados resultantes en desafrentación localizada cuando las células gliales interrumpen la brecha sináptica.

En los dos pacientes que se presentaron, ocurrieron alteraciones óculo-motoras excepcionales. En la primera paciente de 60 años, portadora de un

aneurisma gigante del seno cavernoso izquierdo, la comunicación nerviosa aberrante ocurrió entre los nervios craneales tercero y sexto. En la segunda de 22 años, a quien se resecó un osteocandroma gigante de la fosa media derecha, desarrolló una parálisis total del tercer nervio craneal con sinquinesis trigémino-oculomotora entre el músculo pterigoideo derecho y el elevador del párpado superior, así como también, entre este último (recto inferior) y el 6° nervio (recto externo) ipsolateral. Se revisó la literatura al respecto.

Sesión extraordinaria del 22 de marzo de 2012

Preside: Dr. Claudio Aotín Soulie

Consideraciones sobre cáncer gástrico. Revisión y actualización. Cáncer gástrico precoz, por el Dr. Jesús Felipe Parra

El cáncer gástrico es una enfermedad letal y constituye una de las principales causas de mortalidad en el mundo. Sin embargo, se ha observado una disminución inexplicable y espontánea en prevalencia y mortalidad en la mayoría de los países. Se ha registrado una reducción significativa en una de sus formas histológicas (variedad intestinal) y de localización distal en el estómago, la cual parece ser alcanzar alta frecuencia en poblaciones de alto riesgo. No obstante, a pesar del descenso, todavía representa un problema de salud pública en el mundo. Es de notar el aumento sorpresivo de la frecuencia del cáncer de la unión esófago-gástrica, con características específicas y morbo mortalidad de mayor agresividad que la forma distal.

En esta revisión no se abordará el cáncer de la unión esófago-gástrica.

Es nuestra intención tratar de enfocar con una información actualizada los diversos y positivos cambios ocurridos en el transcurso del tiempo, fundamentándonos específicamente en la observación crítica experimentada en los diversos aspectos de esta afección y asociados a apreciaciones racionales y al producto de resultados de investigaciones que han aportado nuevos conocimientos en la biología del cáncer gástrico, lo que ha determinado un mejor y apropiado enfoque en la epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento.

En relación con este último aspecto, se exponen los cambios razonables y actualmente aplicados en el tratamiento del cáncer gástrico precoz, con preservación del estómago sin desmedro del criterio oncológico proporcionando una mejor calidad de

vida, en esta etapa evolutiva del cáncer gástrico, que representa el de mejor pronóstico y con mejores resultados obtenidos si el tratamiento es apropiado.

Juicio crítico al trabajo “Consideraciones sobre cáncer gástrico. Revisión y actualización. Cáncer gástrico precoz”, por el Académico José A. Ravelo Celis.

Se considera un excelente y extenso estudio sobre el tema que analiza todos los aspectos de esta afección. Un importante aporte a la bibliografía nacional sobre el tema. Describe los grandes progresos alcanzados por la escuela japonesa y la importancia del diagnóstico precoz para su curación definitiva. En este resumen se consideran aspectos puntuales sobre epidemiología en Venezuela, los aspectos dietéticos y la importancia de la infección por *Helicobacter pylori*, sus variedades anatómo-patológicas pre y definitivamente malignas, progresos en el diagnóstico precoz y tratamiento en todas sus formas evolutivas.

Sesión solemne del 29 de marzo de 2012

Preside: Dr. Claudio Aotín Soulie

Durante la sesión tuvo lugar la incorporación del Dr. Jesús Felipe Parra, como Individuo de Número, Sillón III.

Sesión ordinaria del 5 de abril de 2012

No tuvo efecto por ser día Jueves Santo

Sesión extraordinaria del 12 de abril de 2012

Preside: Dr. Claudio Aotín Soulie

Anatolia, Pérgamo, Asclepios y Galeno, por las doctoras Lilia Cruz de Montbrun y Aixa Müller de Soyano

La ciudad de Pérgamo está ubicada en la península de Anatolia, Turquía. Sus ruinas rodean a la actual ciudad de Bergama. Centro de arte y cultura griega desde el siglo IV a.C., alcanzó gran prominencia durante el período helenístico bajo el reinado de los Atálidas (282-133 a.C.). A partir del año 133 a.C. se integró pacíficamente a la república romana. Bajo el imperio de Roma, Pérgamo se convirtió en la capital de la provincia romana de Asia Menor. Logró particular esplendor durante la época del emperador Adriano (117-138 a.C.).

Su fama se debía a sus impresionantes monumentos y edificios construidos de mármol blanco de alta calidad en fino estilo helenístico, talleres de escultura y de cerámica, escuela de filosofía, escuela de medicina y centro de sanación. Su rica biblioteca poseía una de las más grandes colecciones de papiros y pergaminos del mundo antiguo. Rivalizaba con la de Alejandría, en Egipto.

Entre 1878 y 1886 fueron realizadas excavaciones en la acrópolis Pérgamo, por iniciativa del alemán Carl Humann, ingeniero de ferrocarriles, con el respaldo del museo de escultura de Berlín y la autorización del gobierno otomano. Numerosos objetos recuperados fueron trasladados a Berlín, donde se creó el museo de Pérgamo. Lo más importante, el gran altar, dotado de hermosas esculturas, fue reconstruido y forma parte del patrimonio mundial de la UNESCO. La plaza sagrada del asclepión fue excavada entre 1957 y 1971. El teatro de asclepión y el pasillo norte fueron restaurados por arquitectos turcos.

Los asclepiones eran templos-sanatorios dedicados a Asclepios, quien fue un médico deificado después de su muerte y convertido en el dios de la medicina, dios de la curación y de la salud. El auge del culto a Asclepio ocurrió en toda Grecia entre los años 370 y 250 a.C. y se extendió a Roma y sus dominios (Esculapio). Continuó vigente hasta el 426 d.C., cuando el emperador romano Teodosio lo mandó a clausurar junto con los demás santuarios paganos. Se conoce de 200 asclepiones en Grecia.

En los Askleipeia o Asclepiones los pacientes eran atendidos por sacerdotes médicos. El Asclepión de Pérgamo fue uno de los más famosos en la antigüedad. Atraía peregrinos de toda la región mediterránea. Para la época del emperador romano Adriano era un conglomerado de edificaciones que constaba de: una gran puerta de entrada donde se realizaba el triaje, para seleccionar los pacientes a ser admitidos. No se permitía entrar a las embarazadas ni a los enfermos incurables o terminales. A continuación la vía tecta o vía sagrada, de 1 km de longitud, techada, que conducía al propileo o pórtico de entrada; una plaza de 110x130 m limitada por pórticos (columnatas techadas) en tres de sus lados, donde se encontraba el antiguo templo de Asclepios y dos templos menores; dormitorios para los pacientes, pozo, fuentes y piscinas sagradas. Otro pórtico en el lado oeste, un teatro de 3 500 asientos, una biblioteca, que servía también para el culto al emperador: el nuevo templo de Asclepios, construido imitando el panteón circular de Roma, un centro de tratamiento en forma cilíndrica, unido por un túnel a

las piscinas ubicadas en el centro del patio; terrazas para tomar sol, gimnasio, galerías para pasear, lujosos baños y letrinas separadas para hombres y mujeres.

Los enfermos se curaban con la sugestión, el sueño terapéutico, la limpieza, el agua, baños de sol, tratamientos con barro, representaciones de teatro, conciertos y medicinas preparadas con hierbas y otros elementos. Era una medicina mágico-religiosa empírica. Los médicos sacerdotes aplicaban también los conocimientos de la medicina nacional.

Galeno (129-200) fue el personaje más célebre de Pérgamo, donde nació y estudió medicina. A los veinte años ejerció como *therapeutes* (discípulo o socio) del dios Asclepios en el Asclepión de Pérgamo durante cuatro años. Luego estudió en Esmirna, Corinto y Alejandría, en Egipto. Tomó contacto con la obra de Hipócrates, de Cos, el principal referente a lo largo de su carrera. A los 28 años regresó a Pérgamo. Ejerció la medicina en Roma y otras ciudades. Unificó, sistematizó y enriqueció los conocimientos nacionales de la medicina antigua. Escribió cerca de quinientas obras, de las cuales se conservan 83 y 15 comentarios de Hipócrates. Constituyen la base sobre la cual se erigió la medicina occidental moderna. Puede considerarse el escritor sobre temas médicos más influyente de la historia pues durante mil quinientos años sus trabajos, con aciertos y errores, fueron autoridad incuestionable en Europa.

Se mostraron fotografías tomadas por las autoras durante la visita realizada a Anatolia en marzo de 2011 y comentaron sobre la medicina que se practicaba en la época greco-romana.

Intervinieron los doctores José Enrique López, Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, Itic Zighelboim, Alfredo Díaz Bruzual, Ibrahim González Urbaneja y Antonio Clemente.

Metástasis coroideas. Clarinada hacia la nada.... por el Académico Rafael Muci-Mendoza

Las metástasis intraoculares de tumores sólidos o hematológicos, son un problema clínico para el oftalmólogo práctico y el oncólogo. La localización más frecuente es la coroides, son raras y suelen diagnosticarse en pacientes en estadios tumorales muy avanzados, por lo que en el pasado la mayoría de las series publicadas eran descripciones de necropsias.

Hay que aumentar el indicio de sospecha en todo paciente canceroso. Así que el diagnóstico pueda hacerse generalmente mediante cuidadoso examen. Se estima que la frecuencia general en

pacientes que fallecen por cáncer es de 12 %, pero puede elevarse a 37 % en aquellos con carcinoma mamario, muy superior a la de los tumores primarios, fundamentalmente melanomas. No obstante, su comprensión ha aumentado en años recientes ofreciéndose nuevas formas de tratamiento siendo todavía la radioterapia la que permite a los pacientes mantener una visión útil.

Para ilustrar el problema se presentaron varios casos clínicos con apoyo fotográfico de pacientes icónicos: carcinomas pulmonar y mamario.

Intervinieron los doctores Ibrahim González Urbaneja, Víctor Ruesta, Juan José Puigbó, José M Guevara Iribarren, Felipe Martín Piñate, Jesús Felipe Parra, Ítalo Marsiglia y Aixa Müller de Soyano.

Sesión extraordinaria del 26 de abril de 2012

Preside: Dr. Claudio Aoün Soulie

Accidentes de tránsito. Epidemia creciente. Problema de salud pública, por el Académico Claudio Aoün Soulie

Los accidentes de tránsito con sus consecuencias de mortalidad, morbilidad, costos económicos, secuelas emocionales, sociales y alto porcentaje de discapacitados, que además del drama de un importante número de siniestros produce la desaparición del sostén de una familia, por lo que representa un grave problema de salud pública en Venezuela y otros países del planeta.

Todos los factores involucrados: conductores, peatones, vías, autoridades, leyes, servicios asistenciales y otros, constituyen un complejo problema que se interrelaciona en el cual es necesario la concientización de la ciudadanía y una firme voluntad política para disminuir y prevenir esta temible epidemia, que ocasiona una alta tasa de muertes, heridos y graves secuelas psíquicas, sociales, económicas y alto porcentaje de discapacidades.

El médico juega un rol importante no solo en la atención de los afectados, sino también en la prevención de los accidentes viales. Se presenta una exposición del problema y sus secuelas; se realiza un análisis de los principales factores de riesgo, incluyendo la personalidad del conductor y otros como el alcohol, medicamentos, la velocidad excesiva, la importancia del rescate rápido y el traslado adecuado con la debida coordinación de las unidades de trauma.

Se hace necesario la promulgación de una legislación adecuada, un estricto cumplimiento de la ley y una correcta planificación y mantenimiento de las vías y automóviles.

Se presentan las diversas estadísticas incluyendo reportes de otros países, la falta de uniformidad de las cifras de muertes, heridos y accidentes en nuestro país y las medidas de prevención que disminuyan la trágica situación que crean los accidentes viales, incluyendo la imperiosa necesidad de la educación como aspecto básico en todos los niveles y el uso de medios de difusión para tal fin, así como las sanciones correspondientes y aspectos tecnológicos.

Intervinieron los doctores Ibrahim González Urbaneja, Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, Doris Perdomo de Ponce, Juan Antonio Yabur, José Francisco, Carlos A. Hernández H, Cutberto Guarapo Rodríguez, Miguel Zerpa Zafrané, Julio César Potenciani y Lilia Cruz de Montbrun

Sesión ordinaria del 3 de mayo de 2012

Preside: Dr. Claudio Aoün Soulie

El antígeno prostático específico y su enfoque, por el Dr. Julio César Potenciani

El antígeno prostático específico, marcador tumoral que revolucionó el mundo de la medicina urológica en referencia al cáncer prostático, al producir un diagnóstico precoz del mismo, está pasando por un momento delicado al ser objeto de cuestionamiento en su utilización como tamizado poblacional. Esto ha enfrentado a Estados Unidos con el resto del mundo, en especial con los europeos, en su directa responsabilidad en la indicación de biopsias prostáticas muchas veces innecesarias, lo que ha sido objeto de revisión por parte de las principales organizaciones urológicas mundiales.

Además, se habló de varios aspectos del antígeno prostático específico y su relación con prostatitis, con hiperplasia prostática y su utilización no solamente con la enfermedad maligna, sino también en la benigna de la próstata.

Intervinieron los doctores Miguel Saade Aure, Víctor Ruesta, José A Ravelo Celis, Alfredo Díaz Bruzual, Otto Rodríguez Armas, Ítalo Marsiglia, Enrique López Loyo, Ibrahim González Urbaneja, Blas Bruni Celli y Claudio Soün Soulie.

Bach y Häendel dos maestros y su mismo destino, por el Académico Leopoldo Briceño-Iragorry

Johann Sebastián Bach y Georg Friedrich Häendel, dos de los músicos más importantes de todas las épocas, nacidos ambos en Alemania, sufrieron en los últimos años de sus vidas, un defecto visual progresivo del que nunca se recuperaron. Ambos fueron operados por el mismo cirujano, un itinerante llamado John “Chevalier” Taylos, con el mismo catastrófico resultado.

Intervinieron los doctores Alfredo Díaz Bruzual, Ibrahim González Urbaneja, Blas Bruni Celli, Francisco C Herrera, Otto Rodríguez Armas y José M Guevara Iribarren.

Sesión extraordinaria del 10 de mayo de 2012

Preside: Dr. Claudio Aotín Soulie

Datos biográficos del doctor Pedro J Álvarez, por el Académico J M Avilán Rovira

Ilustre pediatra, ocupó el Sillón XXII, desde su incorporación el 20/3/1969 hasta su muerte ocurrida el 9/12/1996. Con una brillante hoja de servicios, se desempeñó con abnegación y eficiencia en los servicios de pediatría del Hospital Vargas de Caracas, del Hospital “Carlos J Bello” de la Cruz Roja Venezolana, de la Casa Cuna “Concepción Palacios”, del Hospital de Niños “J M de los Ríos”, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y de los Centros Materno Infantiles de la Unidad Sanitaria de Caracas.

Además de su labor docente en algunos liceos, el Instituto Escuela, las Escuelas de Enfermería de la Cruz Roja y del Hospital de Niños, llegó a ser profesor titular de la Cátedra de Puericultura y Pediatría de la Universidad Central de Venezuela.

Investigador profundo e incansable, fue autor de numerosas publicaciones en problemas de su especialidad y cultivó con éxito la literatura, donde obtuvo el premio “Armando Castillo Plaza” en 1969.

Según uno de sus biógrafos, el doctor Joel Valencia Parparcén, quien compartió con él, labores ejecutivas en la Cruz Roja, a la par de sus dotes de escritor de estilo, y la densidad de su pensamiento como pediatra, poseía una capacidad de servicio inagotable y un corazón sensible a las desgracias humanas.

En su trabajo sobre enseñanza de la pediatría, con el cual se incorporó a la Academia como Individuo de Número, el autor enfatiza la necesidad de que “La coordinación integrada debe ser norma de trabajo de

todas las cátedras y departamentos de la Facultad de Medicina”. Pone como ejemplo que la enseñanza de la anatomía, la fisiología o la semiología no deben referirse al adulto únicamente, sino que deben incluirse aspectos y conceptos relacionados con el niño”. Dadas las características demográficas de nuestra población, deben incluirse a lo largo de los años de estudio, la distribución por edad, grupo étnico, género, mortalidad infantil, lo que implica estrecha relación con la enseñanza de la bioestadística y la epidemiología.

En cuanto a su mensaje “de buena voluntad y de sana y vigorosa comprensión hacia la juventud”, el doctor Álvarez razona: “Sí hemos puesto toda nuestra esperanza en la juventud, se deben considerar los medios para lograr su equilibrio entre la capacidad biológica de procrear y las condiciones socioeconómicas de los grupos marginales. El propósito educativo para mejorar la situación de estos grupos especiales es la planificación familiar, el estímulo a la paternidad responsable, tanto dentro como fuera del matrimonio, para lograr la solidez hogareña”.

Dr. Jacinto Gutiérrez Alfaro, por el Académico José A Ravelo Celis

Fue un trabajador incansable, orientado por una vocación permanente hacia el laboratorio clínico y bacteriológico, donde acumuló importantes méritos e hizo valiosos aportes, que nos permiten catalogarlo como figura inolvidable en su especialidad, reconocido nacional e internacionalmente.

Interno en el Hospital Vargas de Caracas, la Maternidad “Concepción Palacios” y el Hospital de la Cruz Roja Venezolana, actuó también como jefe del laboratorio de la Clínica Córdova y preparador de la Escuela de Técnicos de Laboratorio. Llegó a ser profesor titular y jefe de la cátedra de bacteriología y parasitología de la Escuela de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, donde escribió una guía de trabajos prácticos sumamente útil. En 1947, al entrar en funciones el Centro Médico de Caracas, funda el servicio de laboratorio, junto con el doctor José Antonio O’Daly. Fue después director del laboratorio central del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y fundador y director del laboratorio del Hospital Universitario de Caracas.

Es bien conocida su gran afición a la microbiología clínica, en la que hace grandes aportes en diferentes áreas, en especial en los anaerobios donde realiza

múltiples trabajos de investigación y dicta cursos de entrenamiento en todo el país, por lo cual mereció el título de “padre de los anaerobios de Venezuela”.

Se ocupó en gran medida de las infecciones nosocomiales. Fue el gran promotor y coordinador de normas, procedimientos y conferencias en nuestros hospitales sobre infecciones intrahospitalarias. Realizó la primera encuesta nacional sobre estas infecciones en nuestros hospitales y creador las primeras comisiones de control de infecciones en el Hospital Universitario y el Centro Médico, ambos de Caracas.

Por sus múltiples méritos recibió numerosas condecoraciones y elogios de parte de sus miles de discípulos diseminados por todo el país, quienes lo reconocen como el “padre de la Sociedad de Microbiología en Venezuela”.

En 1949 fue elegido para ocupar el Puesto N° 8, como Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina y en 1992, como Individuo de Número para ocupar el Sillón XXXIII. Se incorporó en 1993 con su trabajo “Aportes de los Académicos a la microbiología nacional”, cuyo juicio crítico realizó el Académico Tulio Briceño Maaz. Falleció en Caracas el 11 de octubre de 2000.

Semblanza del doctor Abel Mejía Cifuentes, por el Académico Luis Ceballos García

Varias circunstancias –todas absolutamente dependientes del azar- se entrelazan en la vida de este notable médico y la de quien escribe esta semblanza. Se graduaba el bachiller Abel Mejía Cifuentes de doctor en ciencias médicas, en la Universidad Central de Venezuela, en 1934, y en ese mismo año nacía mi persona en Villa de Cura. En 1958, en el último año del pregrado médico, ocurrió mi encuentro con el doctor Mejía: fue mi profesor de ginecología en el Universitario de Caracas y logró dejarme un recuerdo perdurable de lo que debería ser la relación profesor-alumno: respeto mutuo, dar mucho de cuanto se sabe y aprender todo de cuanto se recibe.

Siguió cada uno de nosotros su camino en el quehacer médico común sin ningún otro encuentro, hasta que en el año 2005, nuevamente el azar decidió que la muerte del doctor Mejía Cifuentes dejara vacante el Sillón XXVIII de Individuo de Número y por elección, ascendí de Miembro Correspondiente al Sillón que, repleto de merecimientos, me dejó mi antiguo y admirado profesor.

Podemos decir que el doctor Mejía Cifuentes, en

las tres especialidades que ejerció con brillantez, daba forma tangible al simbolismo de las tres cumbres que escaló, glorioso, este trujillano de excepcional valía. El médico, que desde sus primeros años de ejercicio profesional, se interesó por la sífilis como enfermedad social, no podía ser ajeno a la más sublime concepción de la medicina “salud de óptima calidad, oportuna y humanamente brindada, para todos”. Con su actuación profesional, en cargos de dirección, demostró estar entre los mejores cultores de este aserto.

En quien nace signado por la inquietud intelectual, esta lo acompañará mientras viva. Y en la ciencia médica, en la cual la variedad del conocimiento supera lo imaginable, es imperativo ansiar más y más el acceso al saber. El Dr. Mejía Cifuentes eligió a París para adquirir su tercera especialidad médica, la ginecología. Realizó el curso superior en el Hospital Broca, el curso de ginecología práctica en el Hospital Chocin y pasantías por el Hospital Saint Lazare, entre 1949 y 1950. Al regresar al país, se dedicó a su labor docente en la cátedra de ginecología, donde alcanzó el rango de profesor titular en 1958.

En la vida profesional ninguna actividad divulgativa, científica grupal y gremial, le fue ajena. Publicó trabajos en el área de la venereología, medicina social, salud pública, seguridad social, prevención de accidentes de trabajo, medicina del trabajo y ginecología. El doctor Abel Mejía Cifuentes falleció en Caracas el 30 de junio de 2004.

Dr. Félix Pifano Capdevielle, por el Académico Félix Amarista

El doctor Félix Pifano nació en San Felipe, Estado Yaracuy, el 1 de mayo de 1912. Fueron sus padres Carmelo Pifano y Josefina Capdevielle.

Estudió en la escuela primaria de su ciudad natal y bachillerato en Barquisimeto. Obtuvo el título de bachiller con el trabajo “Serpientes ponzoñosas del Estado Yaracuy”.

Ingresa a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y gana los concursos de monitor en clínica médica y clínica obstétrica.

Se graduó de doctor en ciencias médica en 1935 con la tesis “Contribución al estudio de la etiopatogenia y la clínica del emponzoñamiento ofídico en Venezuela”, dirigida por el Dr. Enrique Tejera.

Contrae matrimonio con la joven Angelita Cordido en 1936 y procrea cuatro hijos.

Fue jefe del servicio de medicina interna del Hospital San Agustín de San Felipe, médico de sanidad

y jefe de malariología del Estado Yaracuy, hasta 1939.

En Caracas fue protozoólogo del Instituto Nacional de Higiene (1939-1941) y médico jefe de la sección de investigación parasitológica (1941-1948).

Permaneció doce años como adjunto del doctor Martín Mayer en el departamento de investigación científica del Instituto Nacional de Higiene.

En 1941 gana por concurso la cátedra de patología tropical y crea el Instituto de Patología Tropical, donde permanece durante cincuenta años.

Fue decano de la Facultad de Medicina (1941-1946), representante de la facultad ante el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, de la UCV, por doce años.

Se incorporó a la Academia Nacional de Medicina, al ser electo directamente Individuo de Número en el Sillón XXX, con el trabajo "Algunos aspectos en la ecología y la epidemiología de las enfermedades con focos naturales en el área tropical, especialmente Venezuela".

Sesión extraordinaria del 17 de mayo de 2012

Preside: Dr. Claudio Aotín Soulie

Microsporidea y microsporidiosis, por la Dra. Elsa Báez de Borges

Los protozoarios parásitos intestinales, tales como *Cyclospora cayetanensis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia intestinales* y *Cryptosporidium sp.* entre otros, son suficientemente reconocidos y estudiados como agentes patógenos responsables de la producción de diarreas, tanto en individuos inmunocompetentes, como en aquellos inmunosuprimidos, especialmente por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Nuevos protozoarios, entre los cuales merecen mención especial los *Microsporidea* de varios géneros, han surgido como patógenos intestinales, lo cual amerita que sean investigados desde los puntos de vista epidemiológico, histopatológico, histoquímico, ultraestructural, así como ensayar la terapéutica apropiada para combatirlos.

Desde mediados del siglo XIX, Pasteur y Garnes relacionaron con *Microsporidea*, la enfermedad calcina del gusano de seda (*Bombis moris*) y en 1857, Nageli denominó al agente como *Nosema bombycis*, el cual fue el primer *Microsporidea* descrito.

Microsporidea ha sido reconocido, desde 1882, como un grupo distinto de organismos unicelulares, cuando Balbiani sugiere el orden *Microsporidea* para ubicar al *Nosema bombycis*, ya descrito por Nageli.

Son productores de esporas y pertenecen al phylum *Microspora*. Fue en 1976 que Sprague crea el phylum *Microspora*, ratificado posteriormente por en 1992 por Matsubayashi, quien reportó el primer caso humano en un escolar de 9 años de edad, con cuadro febril, cefalea, temblor y pérdida de la conciencia.

Ya en 1973, Margileth informó sobre una nosematosis diseminada en un lactante de 4 meses de edad, inmunocomprometido, quien presentó aplasia tímica. Sprague revela en 1974, una especie de *Microsporidea: Nosema coroni*. Frnzen en 1999, mediante técnicas moleculares hace la diferenciación de las especies y el análisis filogenético de *Microsporidea*.

Intervinieron los doctores Leopoldo Briceño-Iragorry, Felipe Martín Piñate, Guillermo Comenares Arreaza, Muricio Goihman, Ítalo Marsiglia, Julio César Potenziani, Francisco C Herrera, Ibrahim González Urbaneja, Carlos A Hernández H, J.M. Avilán Rovira y Doris Perdomo de Ponce.