

# Vida de la Academia, Resúmenes de los trabajos presentados y Notas Bibliográficas

Life of the Academy, Summary of the papers presented  
and the Bibliographic Notes

Enrique Santiago López-Loyo

Individuo de Número, Sillón XXXI

## VIDA DE LA ACADEMIA

### **PRESENTACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS PROFESIONALES DEL DR. IGOR F. PALACIOS, MIEMBRO CORRESPONDIENTE EXTRANJERO, COMO PRECURSOR INTERNACIONAL DE LA CIRUGÍA INTERVENCIONISTA**

El jueves 19 de enero de 2023 en Sesión Ordinaria de la Academia Nacional de Medicina celebrada en forma virtual a través de la Plataforma Zoom, se realizó un homenaje a la trayectoria profesional del Dr. Igor F Palacios (Figura 1), Miembro Correspondiente Extranjero. Su conferencia se intituló “Mi legado como cardiólogo intervencionista en el Hospital General de Massachusetts y la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard”.

El propio Dr. Palacios se encargó de describir la evolución de su carrera profesional: “Nací en Caracas, Venezuela. Recibí mi título de Médico Cirujano con honores de Magna Cum Laude en 1969 de la Universidad Central de Venezuela, Caracas. Estudié en la Escuela Primaria Gran

Colombia y el bachillerato en el Liceo Andrés Bello de Caracas.

Como médico egresé de la Escuela de Medicina José María Vargas de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. De allí realicé el Internado en el Hospital Universitario de Caracas y la Residencia de Cardiología en la Unidad de cardiología en el mismo Hospital Universitario de Caracas. Obtuve el *Clinical and Research Fellow* en el Massachusetts General Hospital de la Harvard Medical School. Completé mi entrenamiento inicial en el Hospital Clínico Universitario de Caracas, antes de mudarme al Massachusetts General Hospital en febrero de 1974. En 1990 fui nombrado Director del programa de Cardiología Intervencionista del Massachusetts General Hospital, cargos que mantuve hasta julio de 2020. En el momento actual soy Director de Cardiología Intervencionista Emeritus del Massachusetts General Hospital (MGH) y Profesor de Medicina de la Universidad de Harvard en Boston.

Mis actividades profesionales se invierten proporcionalmente entre la atención clínica ambulatoria, los procedimientos de cateterismo complejos e innovadores, la investigación y como ex director de dos programas de becas, *Interventional Fellowship* y *Structural Disease*.

La práctica ambulatoria y hospitalaria incluye una amplia variedad de enfermedades

ORCID: 0000-0002-3455-5894

cardíacas, incluida la evaluación y el tratamiento de procedimientos intervencionistas complejos. Particularmente en mi práctica hay un gran número de pacientes remitidos para consideración de procedimientos valvulares percutáneos y cierre transcáteter de comunicaciones intracardíacas.

Soy reconocido internacionalmente como un experto en el mundo de la Cardiología Intervencionista y como un pionero en el desarrollo del intervencionismo percutáneo para el tratamiento de pacientes con enfermedades estructurales del corazón.

Como resultado de mi investigación y participación en estudios clínicos he publicado extensamente más de 427 artículos y 31 capítulos en libros.

Soy miembro fundador de la Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista (SOLACI) y de la Sociedad de Cardiología Intervencionista Igor Palacios en el MGH y el Baylor College of Medicine”.



Figura 1. Dr. Igor F. Palacios.

## **FORO: “CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER EMBARAZADA”**

**JUEVES 02 DE FEBRERO DE 2023.**

### **Conferencia 1: Cáncer de mama y embarazo. Visión del Cirujano Oncólogo.**

**Ponente: Dra. Yazmin Velásquez (Figura 2)**

#### **Resumen**

El cáncer durante el embarazo es raro, con aproximadamente 1:1 000 embarazos complicados por cáncer materno, de los cuales el cáncer de mama es el más frecuente. Es probable que la incidencia aumente debido a las tendencias de retrasar el embarazo a una edad materna más avanzada. El diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer durante el embarazo requiere un equipo multidisciplinario de profesionales con experiencia en atención oncológica y obstétrica óptima.

El término cáncer de mama asociado al embarazo se refiere a el cáncer diagnosticado durante el embarazo o en el primer año posterior a el parto.

No se han identificado factores de riesgo específicos para cáncer de mama asociado al embarazo, ya que se encuentran factores de riesgo genéticos y ambientales similares en el cáncer de mama ajustado por edad en la población general. El diagnóstico y el tratamiento plantean problemas de manejo particulares, ya que tanto el resultado materno como el fetal deben considerarse en términos de ambos.

El diagnóstico es difícil debido a los cambios fisiológicos de la mama que ocurren durante el embarazo, que incluyen hipertrofia, congestión, nodularidad y secreción, hay retraso en el diagnóstico, se diagnostican en estadios avanzados y tienen peor pronóstico, la presentación típica es una masa palpable e indolora y secreción por el pezón. Las decisiones terapéuticas deben individualizarse, teniendo en cuenta la edad gestacional momento del diagnóstico, el estadio de la enfermedad y las preferencias de la paciente y los familiares.



Figura 2. Dra. Yazmin Velásquez.

**Conferencia 2: Cáncer de mama y embarazo: Visión del oncólogo médico**

**Ponente: Dra. Jishar Andreina Delgado Herrera**

**Resumen**

El cáncer de mama durante el embarazo es un evento poco frecuente que se presenta durante la gestación o 1 año posterior al parto. Representa del 0,2 % al 3,8 % de todos los tumores que ocurren en el período de la gestación o lactancia con una relación de 1/3 000 embarazos, siendo la edad promedio de 33 años. La presentación clínica más frecuente al menos en el 90 % de los casos es una masa palpable; con respecto al diagnóstico, el estudio de primera elección es el ultrasonido mamario con sensibilidad de 100 % permitiendo realizar biopsia guiada. Posteriormente la mamografía con una sensibilidad de 68 %-90 % con el objetivo de determinar tamaño o enfermedad en mama contralateral. La estadificación se realiza con Rx de tórax c/protección abdominal, ultrasonido hepático y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de columna sin contraste. La histología más

frecuente es el carcinoma ductal infiltrante poco diferenciado con mayor expresión de receptores hormonales negativos, y aproximadamente el 30 % son HER2-positivos. Las indicaciones de quimioterapia sistémica son las mismas que en pacientes con cáncer de mama no embarazada, aunque la quimioterapia no debe administrarse en ningún momento durante el primer trimestre del embarazo. El régimen terapéutico de elección son las antraciclinas, teniendo como resultados recién nacidos sanos. Los taxanos aún con información limitada, se recomienda la administración semanal (dosis densa), contraindicándose el trastuzumab por oligo o anhidramnios, además de insuficiencia renal fetal. La terapia endocrina se encuentra contraindicada en vista de riesgos de malformaciones congénitas y los anti-PD1, anti-PDL1 Y ANTI-CTLA-4, por restricción del crecimiento intrauterino. Se concluye que la quimioterapia en el 2do y 3er trimestre es segura con un riesgo de malformaciones congénitas parecido a la población general.

**Conferencia 3: Cáncer de mama en embarazadas, Uso de radiaciones para diagnóstico y terapia. ¿Es posible?**

**Ponente: Dra. Aisa Josefina Manzo Porras (Figura 3).**

**Resumen**

Inicialmente se revisará el daño de las radiaciones ionizantes a nivel fetal y se demostrará la evidencia del uso de radiaciones en pacientes embarazadas. Se revisará la evidencia del uso de isótopos radiactivos en el diagnóstico de pacientes embarazadas con cáncer de mama, tales como la técnica del Ganglio Centinela y si se pueden indicar estudios de extensión como gamma grama óseo o PET-CT. Además, se presentará la evidencia que corrobore si dentro de las modalidades terapéuticas, la Radioterapia externa tiene indicación formal en estas pacientes, durante el embarazo o eventualmente se espera que la paciente salga de su embarazo y finalmente si la radioterapia intraoperatoria pudiera estar indicada.



Figura 3. Dra. Aisa Josefina Manzo Porras.

las glifozinas y las incretino-miméticas al igual que los inhibidores de sus peptidasas. Especial referencia se hace al efecto de la disminución del peso corporal.



Figura 4. Dr. José Luis Cevallos.

**SIMPOSIO “SÍNDROME METABÓLICO”.  
PARTE I**

**JUEVES 9 DE FEBRERO DE 2023**

**Conferencia 1: Síndrome metabólico: Obesidad, diabetes, dislipidemia e hipertensión.**

**Ponente: Dr. José Luis Cevallos (Figura 4).**

**Resumen**

Se analizan los componentes del Síndrome Metabólico (SM). Su prevalencia mundial y en Venezuela. Se realiza un recuento histórico de la obesidad, la diabetes mellitus, la dislipidemia y la hipertensión arterial. Seguidamente una descripción del origen y evolución conceptual del pasado y presente del SM. Se enumeran los factores que lo definen en base a la evaluación antropométrica y de química sanguínea, además de sus bases fisiopatológicas. Hay una mención de la terapia actual y la evolución de los fármacos utilizados para el SM, tales como

**Conferencia 2: Síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares: “la tormenta perfecta”.**

**Ponente: Dr. Eduardo Morales Briceño (Figura 5).**

**Resumen**

El Síndrome Metabólico, es un síndrome crónico, no infeccioso, caracterizado clínicamente por un grupo de factores de riesgo vascular que incluyen la obesidad abdominal, y particularmente la visceral, la resistencia a la insulina, la hipertensión, metabolismo alterado de la glucosa y dislipidemia. Estos factores de riesgo son debidos a un estado proinflamatorio, protrombótico, estrés oxidativo, disfunción hemodinámica e isquemia que se superponen en los pacientes dismetabólicos.

Se señala la importancia de esta condición, debido a la alta prevalencia en los países

occidentales y en nuestro país, con un aumento en todas las edades, aunque significativamente mayor en los de mayor edad, está estrechamente ligado a la obesidad, con un elevado riesgo de enfermedad coronaria prematura, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular. Predice diabetes mellitus y un aumento de la mortalidad general, y a menudo no es reconocido por los pacientes portadores y sus médicos, y cuando lo es su tratamiento agresivo reduce el riesgo de complicaciones fatales.

Se describe su patogenia y fisiopatología, y se establece la asociación con la apnea obstructiva del sueño (OSA), la cual agrava la disfunción metabólica con implicaciones clínicas, durante cada episodio de desaturación debido a estimulación simpática. Se menciona también que los pacientes con síndrome metabólico tienen un riesgo aumentado de fibrilación auricular, emergiendo la alteración de la homeostasis del calcio y la disfunción mitocondrial como un substrato arritmogénico tanto en pacientes como en modelos animales.

Se hace énfasis en expandir el concepto de la prevención, ya que a pesar de las innovaciones farmacológicas y estrategias terapéuticas en Cardiología, se ha permanecido en el manejo y control de los factores de riesgo tradicionales, sin considerar la importancia de otros factores envueltos en el proceso de la enfermedad.

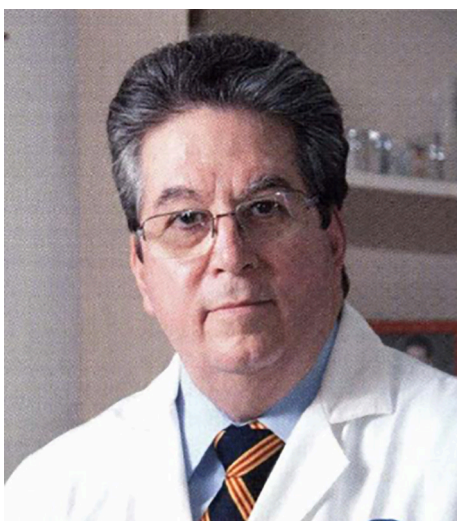


Figura 5. Dr. Eduardo Morales Briceño.

**SIMPOSIO “SÍNDROME METABÓLICO”.  
PARTE II**

**JUEVES 16 DE FEBRERO DE 2023**

**Conferencia 1: Enfermedad hepática grasa no alcohólica en el Síndrome Metabólico.**

**Ponente: Dr. José Ramón Poleo (Figura 6).**

**Resumen**

La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) se define como la presencia de esteatosis en un 5 % o más de las células hepáticas evidenciada por histología o imagenología en ausencia de causas secundarias para causar acumulación grasa hepática tales como el abuso de las bebidas alcohólicas, la ingestión de medicamentos capaces de provocar esteatosis (amiodarona, tamoxifeno, metotrexate y corticosteroides, entre otras), ciertas condiciones patológicas (hepatitis C genotipo 3, enfermedad de Wilson, lipodistrofia, abetalipoproteinemia, por ej.) .

La resistencia a la insulina, la presencia de diabetes tipo II y la obesidad se asocian con frecuencia a la EHGNA, la cual forma parte del Síndrome Metabólico.

La biopsia hepática es el método más preciso para determinar el grado de afectación hepática en la EHGNA. Sin embargo, la biopsia hepática en el estudio de la EHGNA no se indica tanto como antes, por la aparición de métodos no invasivos de laboratorio y de imágenes que evitan los riesgos del procedimiento.

La historia natural de la EHGNA comprende aproximadamente un 74 % con esteatosis simple, que generalmente tiene una evolución estable, y un 26 % de casos que evolucionan a esteatohepatitis, de los cuales un 25 %-35 % evolucionará a estadios más avanzado con progresión de la fibrosis hepática a cirrosis en un 9 %- 20 % de ellos.

La presencia de niveles elevados de aminotransferasas es la causa más frecuente que lleva al paciente con EHGNA a consulta médica, ya que sus síntomas en sus etapas iniciales no existen, con molestias leves en HD, decaimiento y astenia en pocos casos. La existencia de fibrosis

hepática y cirrosis, expresión de la progresión de la enfermedad, puede ser responsable de manifestaciones como sangramiento variceal, ascitis, peritonitis espontánea y hepatocarcinoma, complicación más grave de la enfermedad.

En esta presentación se discuten generalidades de la enfermedad, su epidemiología, fisiopatológica, diagnóstico y tratamientos actuales.



Figura 6. Dr. José Ramón Poleo.

## **Conferencia 2: Tratamiento del Síndrome Metabólico.**

**Ponente: Dra. Maritza Durán (Figura 7)**

### **Resumen**

El Síndrome Metabólico (SM) comprende un conjunto de factores de riesgo que al asociarse aumentan el riesgo de diabetes y de enfermedad cardiovascular. En los últimos años ha cobrado gran importancia su asociación con otras comorbilidades tales como el hígado graso no

alcohólico, los trastornos del sueño, del tracto reproductivo y la enfermedad microvascular. No está claro aún, si el Síndrome Metabólico debe ser tratado como un todo o enfocado en cada uno de sus componentes.

El tratamiento primario para el SM es la agresiva modificación del estilo de vida, basado en las causas subyacentes como lo son el sobrepeso/obesidad y la inactividad física.

Si los factores de riesgo cardiovascular persisten, a pesar de la modificación del estilo de vida, estos deberían ser tratados individualmente. El concentrar los efectos terapéuticos en tratar el exceso de adiposidad y de resistencia a la insulina, podría ser la estrategia más exitosa para alcanzar las metas.

La importancia de la disminución de peso, en la progresión del SM ha sido evaluada en estudios, como el CARDIA, que demostró en un seguimiento durante 15 años, de jóvenes entre 18 y 30 años, que el aumento del índice de masa corporal estaba asociado con progresión de los componentes del síndrome metabólico. Entre los diferentes patrones dietético, la dieta mediterránea tiene mayor evidencia en el tratamiento del SM. Para lograr alcanzar la pérdida de peso, además de dieta y ejercicio existen estrategias farmacológicas entre las cuales se encuentran los análogos de GLP1 y los agonistas duales de GIP y de GLP1 que además de la disminución de peso tienen efectos favorables sobre diferentes componentes del continuo metabólico.

En el SM van a interactuar factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. La identificación de dichos factores genéticos proporcionará nuevos blancos terapéuticos. Además de tratar los factores de riesgo clásicos como hipertensión arterial, la dislipidemia, y la disglucemia, hoy en día se está investigando otros blancos como lo son la metabolómica, la proteómica, la microbiota intestinal y el estado inflamatorio.

A pesar de las críticas a las que ha sido sometido el concepto de Síndrome Metabólico, el mismo ha sido útil para identificar subgrupos de individuos en alto riesgo en los cuales poder intervenir.



Figura 7. Dra. Maritza Durán.

**FORO “ESTADO ACTUAL DE LOS  
TRASPLANTES DE ÓRGANOS”  
JUEVES 23 DE FEBRERO DE 2023**

**Conferencia 1: Estado Actual de Trasplante renal  
en Venezuela.**

**Ponente: Dr. David Ernesto Rafael Arana García  
(Figura 8).**

**Resumen**

El 23 de diciembre de 1954 en Boston, se realiza el primer trasplante renal exitoso para luego el 28 de agosto de 1967 en el Hospital Universitario de Maracaibo, iniciar el recorrido de Venezuela en el mundo de los trasplantes. La periodización de la actividad del trasplante renal está comprendida en cuatro cohortes, entre 1967-1969 primer período, el segundo entre 1970-1991, el tercer período 1992-2003 y el cuarto desde el año 2004-2022. La cifra de pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 5 para el 2022 es de 6 809, de los cuales se puede estimar que entre el 20 % al 60 % pueden ser posibles candidatos a trasplante renal, lo cual va a depender de factores como su tiempo en diálisis, condición cardiovascular, ausencia de neoplasia activa y la disponibilidad de un donante vivo relacionado compatible, actualmente no hay actividad de procura renal de donante fallecido. El registro y análisis de la data en relación con

donación, procura y trasplantes de órganos ha sido reconocida en el mundo, permitiendo la planificación y distribución de recursos de forma oportuna, justa y eficiente a los pacientes en esta condición.

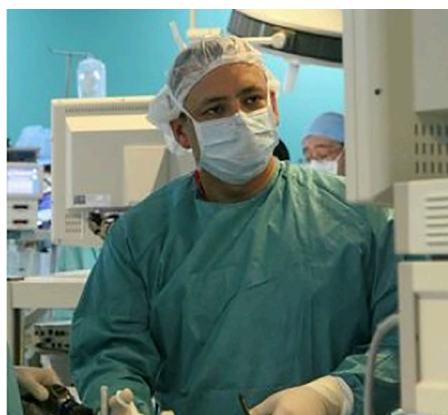


Figura 8. Dr. David Ernesto Rafael Arana García .

**Conferencia 2: Situación actual del trasplante  
hepático en Venezuela.**

**Ponente: Dr. Pedro Augusto Rivas Vetencourt  
(Figura 9).**

**Resumen**

El trasplante de hígado empezó en Venezuela en 1989 en el Hospital Universitario de Maracaibo y luego, en 1992 se realizó en el Hospital Vargas en la ciudad de Caracas. Ambos equipos trabajaron en el contexto de carencias importantes organizacionales que generaron la suspensión de ambos programas. En 1997 a través de una iniciativa de los líderes de los trasplantes en el país se funda la Organización Nacional de Trasplantes de Venezuela, una ONG sin fines de lucro que llevó adelante el Sistema de Procura de Órganos y Tejidos (SPOT), presidido por el Dr. Pedro Rivas desde su fundación hasta el año 2014. Durante ese período se generaron el mayor número de donantes cadavéricos y trasplantes de órganos y tejidos de toda la historia médica de Venezuela.

En el 2000 se redactaron las normas de autorización y certificación para los Centros de Trasplantes y se aprueba a Policlínica Metropolitana como un Centro autorizado para el trasplante de riñón e hígado, liderado por el Dr. Pedro Rivas en hígado y el Dr. José Benchimol y el Dr. Carlos Rodríguez Márquez en riñón.

Del 2002 a la fecha se han realizado más de 120 trasplantes de hígado, adultos y niños y más de 600 trasplantes de riñón tanto de donante de cadáver como de donante vivo. En el año 2005 se realiza en Policlínica Metropolitana el trasplante hepático pediátrico de vivo a vivo y en el año 2008 se realiza el primer trasplante de adultos de vivo a vivo en toda la historia médica venezolana.

El Programa Metropolitano de Trasplante de Hígado funcionó con el financiamiento del Estado, hasta el año 2015.

En la actualidad, debido a la suspensión del SPOT por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), los trasplantes de hígado sólo se realizan de donante vivo relacionado tal como lo describe la Ley aprobada en el año 2016. Y los pacientes deben cubrir sus gastos los cuales son comparables a los centros de trasplantes de países vecinos realizados en las ciudades de Bogotá, Sao Paulo o Buenos Aires.



Figura 9. Dr. Pedro Augusto Rivas Vetencourt.

### Conferencia 3: Situación Actual del Trasplante de Córnea en Venezuela.

**Ponente: Dr. Oscar Vicente Beaujon Balbi (Figura 10).**

#### Resumen

El trasplante de córnea tiene como objetivo restaurar la transparencia y poder refractivo de la córnea. Se mantiene como el procedimiento de trasplante más frecuente y se describe un 95 % de éxito a los 5 años. Esta alta sobrevivencia se atribuye a su condición de ser avascular y de privilegio inmunológico. El desarrollo de nuevas tecnologías y métodos para la obtención, preparación y mantenimiento del tejido corneal, así como el control de calidad en los distintos bancos de tejidos, ha incrementado la oferta de tejidos alta viabilidad. Nuevas técnicas quirúrgicas, con procedimientos que buscan sustituir ya sea en forma parcial o total han incidido positivamente en el éxito y una notable disminución de las complicaciones. Sin embargo, para que exista un programa efectivo de trasplante corneal se debe contar con un sistema de banco de ojos efectivo, de calidad y un número suficiente de centros quirúrgicos con cirujanos capacitados.

En la actualidad, en Venezuela existe el Banco de Ojos Central que se encarga de obtener y procesar córneas de donantes con muerte encefálica o de instituciones públicas y posteriormente distribuirlos a los centros de trasplante autorizados en hospitales públicos, por medio de un listado único dependiente de Fundavene. Desde la creación del Banco de Ojos Central de Venezuela hubo un incremento sostenido de trasplantes hasta el año 2012 y desde allí se ha notado una disminución progresiva. La pandemia afectó considerablemente el programa. Para la fecha, se observa un aumento considerable en el número de cirugías realizadas en los dos primeros meses del 2023, con la reactivación de algunos centros de trasplante de instituciones públicas. Es importante recalcar, que la oferta de tejido no es suficiente para la demanda nacional y que hasta la fecha no se ha logrado instaurar banco de ojos privados ni centros de trasplantes en instituciones privadas y aquellos que han logrado ser resueltos en ese medio lo han realizado con la obtención de tejido proveniente del exterior.





Figura 10. Dr. Oscar Vicente Beaujon Balbi.

**SESIÓN SOLEMNE Y “CONFERENCIA MULTIFACÉTICA DR. BEATO JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ: UN SER CABAL CONTRARIADO”, CON MOTIVO DE LA CREACIÓN DE LA CÁTEDRA LIBRE CON SU NOMBRE POR LA ASOCIACIÓN DE EGRESADOS Y AMIGOS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA (UCV).**

En Sesión Solemne celebrada el jueves 2 de marzo de 2023 en el Paraninfo del Palacio de La Academias en modalidad presencial y virtual por la plataforma Zoom, se realizó la “Conferencia multifacética Dr. Beato José Gregorio Hernández: un ser cabal contrariado”, con motivo de la creación de la cátedra libre “José Gregorio Hernández” por la Asociación de Egresados y Amigos de la Universidad Central de Venezuela.

Se inicia con el Himno Nacional de la República Bolivariana de Venezuela seguido de palabras de Bienvenida de la Dra. Isis Nezer de Landaeta. Presidenta de la Academia Nacional de Medicina.

Se procede a la presentación del Programa y de la agenda del día, a cargo del Dr. Marco Sorgi, Secretario Académico. Para la introducción del Acto le corresponde tomar la palabra al Profesor Carmelo Cariello, Presidente de la Asociación de Egresados y Amigos de la UCV. Seguidamente la primera ponencia estuvo a cargo del Profesor Carlos Ortiz, Filósofo, Editor y Profesor de las

Escuelas de Letras y de Historia de la UCV, intitulada “José Gregorio Hernández: Tres almas”. En esta disertación el Prof. Ortiz describe la evolución de la personalidad del Beato a través del análisis de su archivo epistolar, por ser autor del Libro “Santa Palabra”.

Terminada la presentación del Profesor Carlos Ortiz, el Dr. Enrique López-Loyo (Figura 11) Individuo de Número Sillón XXXI de la Academia Nacional de Medicina y Profesor de la Cátedra de Anatomía Patológica de la Escuela José María Vargas de la UCV, presentó la ponencia “José Gregorio Hernández, El Académico”. Entre otras afirmaciones, el Dr. López-Loyo manifestó: “En su desempeño profesional fue un fiel alumno de la Escuela Francesa por su dedicación a la atención sobre la cama del enfermo, analizando su situación clínica y dándole valor a su entorno social y sus precariedades, por lo tanto, fue un precursor de lo que se conoció cien y más años después, estrategia de Atención Primaria de Salud.

A él siempre se le atribuyó ser portador de una virtud milagrosa, porque en sus manos a un mismo paciente le podía evaluar un perfil hematológico completo incluyendo frotis de sangre periférica, identificar la etiología infecciosa o parasitaria, realizar citología y biopsias para descartar probabilidad de neoplasias. Siendo un apóstol del principio básico del ejercicio médico, coincidente con la norma cristiana por ser compasivo, generar una rápida empatía o ponerse siempre en el lugar de los otros, acompañando su sufrimiento. Ello lo llevó a irradiar la paz y el sosiego que los pacientes necesitaban en momentos de angustia y tribulación”.

Seguidamente el Cardenal Baltazar Enrique Porras Cardozo, arzobispo Metropolitano de la Arquidiócesis de Caracas, describió en un discurso memorable “José Gregorio Hernández y la Contrariedad” el análisis de las múltiples facetas del Beato venezolano. Entre otras afirmaciones destacó: “Pero el centro vital de toda la existencia del Dr. Hernández Cisneros fue su espiritualidad e inquietud religiosa que lo llevó a cultivarla de muchas formas. Asiduo en la oración personal, la participación en la eucaristía casi diaria, la pertenencia a varias de las cofradías de la época, la atención a los necesitados fue la manera de involucrarse como laico en el cultivo de su fe católica. Lector empedernido de autores como los místicos españoles y las obras que le

recomendaban sus directores espirituales, entre los que sobresalió el arzobispo Juan Bautista Castro. En varias oportunidades intentó ingresar a la vida religiosa contemplativa y al sacerdocio, sin éxito. Al final, siguiendo el consejo del arzobispo se dedicó por completo a la medicina como la vocación en la que podía encontrarle sentido pleno a su vida”.

Paracerrar con un Epílogo de las intervenciones, el Dr. Ángel G Hernández, Miembro de la Junta Directiva de la Asociación de Egresados y Amigos de la UCV, realizó una aproximación de sus diferentes perfiles que se expusieron para dar esa visión multidimensional del Dr. José Gregorio Hernández.

Al cumplirse la agenda, la Presidenta procedió a dar por concluida la Sesión.



Figura 11. El Dr. Enrique López-Loyo pronuncia su disertación desde el Púlpito de Santo Tomás, en el Paraninfo del Palacio de Las Academias.

#### **PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INCORPORACIÓN Y JURAMENTACIÓN DEL DR. ADERITO DE SOUSA FONTES COMO MIEMBRO CORRESPONDIENTE NACIONAL PARA OCUPAR EL PUESTO NÚMERO 46.**

El jueves 09 de marzo de 2023 se celebró a través de forma mixta presencial y por plataforma

Zoom, una Sesión Extraordinaria con el objeto de realizar la presentación del Trabajo de Incorporación y juramentación del Dr. Aderito de Sousa Fontes (Figura 12) como Miembro Correspondiente Nacional para ocupar el Puesto número 46.

El Secretario Académico procedió a dar apertura a la sesión con la verificación del quorum, acto seguido la Presidenta realizó la Juramentación reglamentaria, posterior a lo cual se dio inicio a la Presentación del Trabajo de Incorporación intitulado “Valoración diagnóstica correlativa de los Papilomas Rinosinuales a través de una Escala de Índice de Sospecha”.

A continuación, el Dr. De Sousa Montes procedió a la Presentación de su trabajo destacando que como objetivo de buscó evaluar la utilidad de una Escala de Índice de Sospecha (EIS) basada en la correlación de hallazgos endoscópicos, imagenológicos e histopatológicos comúnmente observados en los papilomas rinosinuales (PRS) para su diagnóstico anticipado y oportuno. Para ello, se evaluaron las características clínicas, hallazgos endoscópicos, radiológicos e histopatológicos comunes en 103 pacientes con PRS, que fueron considerados como criterios clínicos decisivos para la formulación de una EIS. Como resultado encontraron que el 77 % de los pacientes eran masculinos y 23 % (n=29) femeninos. Las edades de los pacientes oscilaron entre los 9 y los 80 años. Todos los pacientes fueron evaluados endoscópica, imagenológicamente con tomografías computarizadas (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN) con contraste e histopatológicamente y los resultados fueron correlacionados minuciosamente. Por otra parte, todos los pacientes presentaron endoscópicamente lesiones nasales de aspecto polipoideo y en el 91 % se registraron imágenes tomográficas de opacificación coincidentes con el hallazgo endoscópico. La erosión de paredes óseas y la Hiperostosis focal fueron observadas en los estudios tomográficos en el 84 % y el 79 % de los casos respectivamente. La RMN con contraste reveló imágenes con patrón contorneado cerebriforme en la morfología de las neoplasias en el 86 % de los casos. Los niveles de sensibilidad y valores predictivos positivos registrados en la correlación de estudios endoscópicos e imagenológicos observados en

los pacientes con PRS, señalaron valores de probabilidad y fiabilidad diagnóstica con una media global promedio del 90 %. El análisis de los niveles comparativos de contingencia, precisión diagnóstica y significancia estadística de la EIS, apoyada en la correlación de los hallazgos endoscópicos e imagenológicos, arrojaron excelentes resultados que respaldan su confiabilidad como herramienta de investigación en la labor diagnóstica de los PRS confirmados histopatológicamente. En su conclusión manifestó que el establecimiento de un alto índice de sospecha a través de la EIS cuantitativa

propuesta, aumenta significativamente las probabilidades de un diagnóstico oportuno de una neoplasia nasosinusal, en la que los PRS están incluidos.

Una vez terminada la presentación el recipiendario recibió una serie de preguntas de parte de los Académicos, las cuales fueron contestadas satisfactoriamente.

La Presidenta clausuró el acto invitando a un vino de honor ofrecido por el Dr. Aderito de Sousa Fontes y su familia.



Figura 12. El Dr. Aderito de Sousa Fontes rodeado de izquierda a derecha por los Académicos Doctores Lilia Cruz, Tesorera de la Junta Directiva de la Academia Nacional de Medicina; Isis Nezer de Landaeta, Presidenta; Enrique López-Loyo, Expresidente 2020-2022 y Marco Sorgi Venturoni, Secretario Académico.

## RESÚMENES DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS

**Sesión ordinaria del jueves 26 de enero de 2023**

Preside: Dra. Isis nezer de Landaeta

**Conferencia: Terapia por trasplante de células madre Hematopoyéticas para el tratamiento de la enfermedad Mucopolisacaridosis tipo IIIC**

**Ponente: Dr. Rafael Andrés Badell-Grau (Figura 13). Bioquímica, Cardiff University, 2015. Master en Biociencias, Desarrollo de fármaco para el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas, Cardiff University, 2016 PH D en Biociencias, Cardiff University, 2020. Posdoctoral Fellow, Universidad de California, San Diego, USA.**

### Resumen

La Mucopolisacaridosis III tipo C (MPSIIIC) es una enfermedad infantil neurodegenerativa por depósito lisosomal (LSD), caracterizada

por la acumulación de glicosaminoglicanos (GAGs), y causada por la pérdida de la función de la proteína transmembrana lisosomal Heparan  $\alpha$ -glucosaminida-N-acetiltransferasa (HGSNAT). El paciente con MPSIIIC presenta síntomas, tales como, incumplimiento de los parámetros normales del desarrollo, pérdida de células neuronales, pérdida de la función motora, y finalmente, la muerte por causa de la neurodegeneración.

Otra enfermedad LSD debida al mal funcionamiento de una proteína transmembrana lisosomal es la cistinosis. El laboratorio de Dra. Cherqui, ha demostrado que el trasplante de células madre y progenitoras hematopoyéticas (HSPC) puede curarla. El mecanismo utilizado en este caso involucra la transferencia lisosomal de macrófagos derivados de HSPC a células afectadas, a través de nanotubos de tunelización.

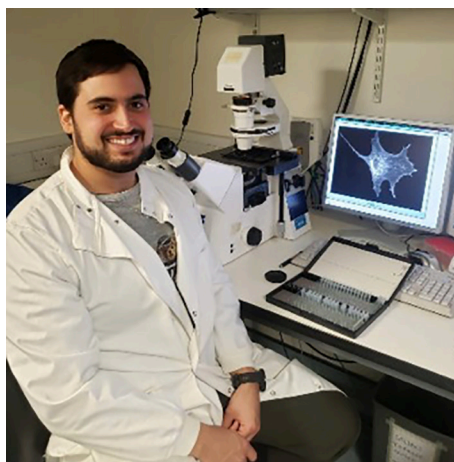


Figura 13. Dr. Rafael Andrés Badell-Grau.