




**REVISTA DEL
HOSPITAL ITALIANO
DE BUENOS AIRES**

Decimoquinto aniversario del Instituto Universitario
Eder M.L., et al.

Prof. Enrique Marcelo Beveraggi, "mi maestro"
de Santibañes E.

Erotomanía: análisis histórico-epistemológico del concepto y
estudio de caso
Barrio M. L., et al.

Evaluación de percepciones de residentes de Medicina
Interna sobre las instancias de aprendizaje durante la
Residencia: un estudio de corte transversal
Ferreiro B. L., et al.

Accidente isquémico transitorio de causa hemodinámica
Pigretti S. G., et al.

Cirugía transoral robótica en otorrinolaringología
Boccio C., et al.

Bombas de insulina (BI)
Proietti A., et al.

Síndrome de Sweet asociado a síndrome mielodisplásico
Baquero J., et al.

Arte y naturaleza humana XX
Musso C. G., et al.

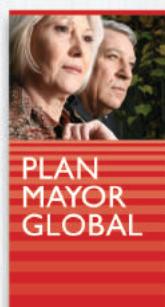
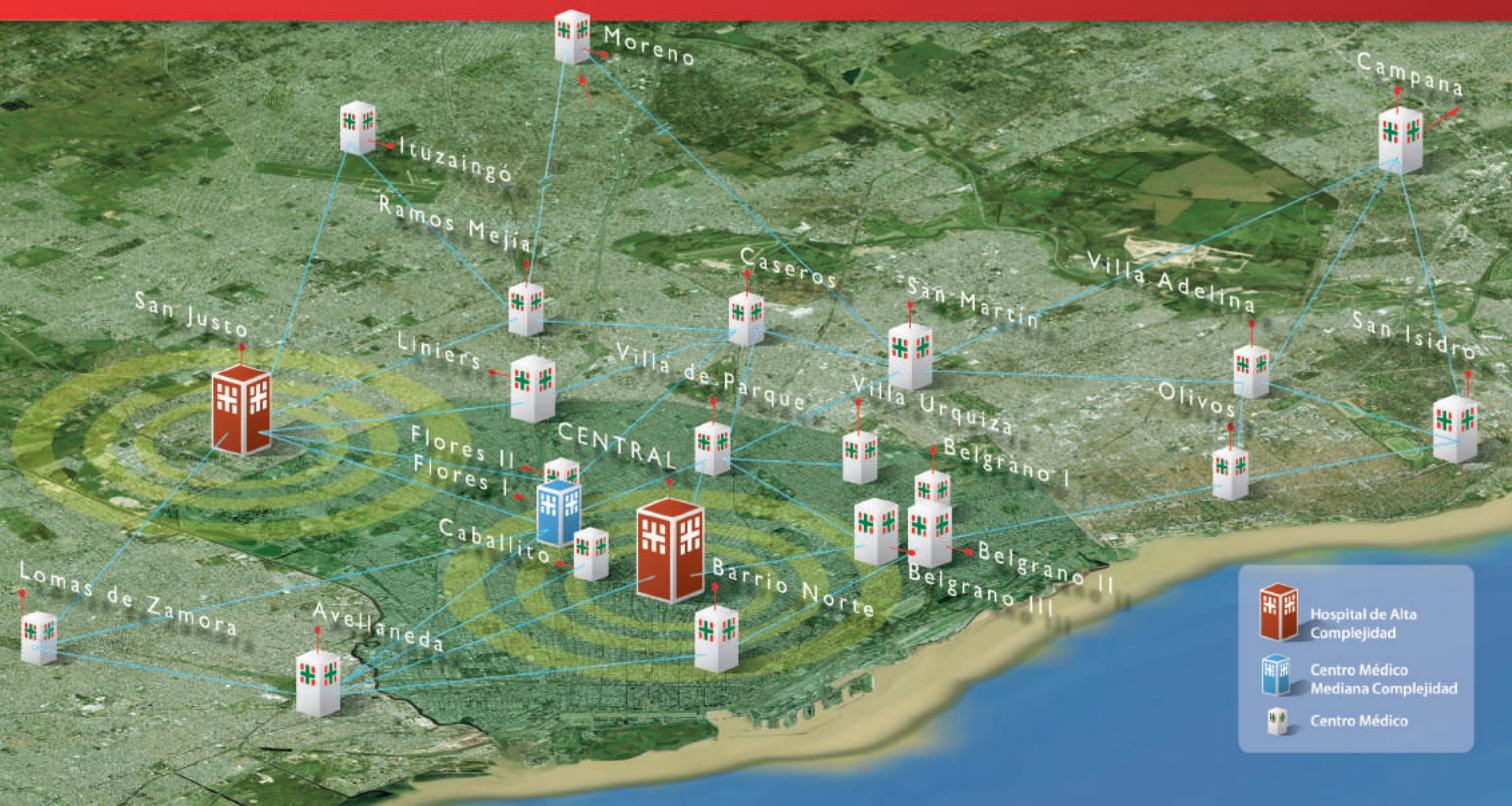


Huellas, por Walter Oscar Bourgeois
Dunas de Erg Chebbi, Marruecos.



SI TIENE ENTRE 0 Y 85 AÑOS,
TENEMOS UN PLAN PARA USTED.
SI VIVE EN CAPITAL O GBA,
TIENE UN HOSPITAL ITALIANO CERCA.

RED DE 23 CENTROS MÉDICOS



PLAN DE SALUD

 **HOSPITAL ITALIANO**
de Buenos Aires

0-800-777-7007

www.hospitalitaliano.org.ar



REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Director

Dr. José Alfie

Comité Editorial

Dr. Joaquín Álvarez Gregori (Universidad de Salamanca, España),
Dr. Alberto Alves de Lima (Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina),
Dr. Miguel de Asúa (CONICET, Argentina), Dr. Alberto Bonetto (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Félix Cantarovich (Hospital Necker, Francia),
Dr. Aristides Andrés Capizzano (University of Iowa, EE. UU.), Lic. Silvia Carrió (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Eduardo Durante (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. Paula Enz (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. María Cristina Fernández (Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Argentina), Dr. Marcelo Figari (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Carlos Fustiñana* (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Marcelo García Dieguez (Asociación Médica de Bahía Blanca "Dr. Felipe Glasman", Argentina), Lic. Virginia Garrote (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Sung Ho Hyon (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina)
Dr. Prof. Robert Knobler (Vienna General Hospital, Austria), Dr. Pablo Knoblovits (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Roberto Lambertini (Sanatorio Sagrado Corazón, Argentina), Dr. Juan Florencio Macías Nuñez (Universidad de Salamanca, España), Prof. Dr. Jorge Manrique (Consejo Académico de Ética en Medicina, Argentina), Dr. Roberto Manson (Duke University, EE. UU.), Dr. Santiago Méndez Alonso (Hospital Universitario Puerta de Hierro, España), Dr. Gabriel Musante (Hospital Universitario Austral, Argentina), Dr. Carlos Musso (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dra. Rosa Pace (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Lisandro Paganini (Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina), Dr. Juan Pose (Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Uruguay), Dra. Carla Venturi (Hospital Clinic, España), Dra. María del Carmen Vidal y Benito (CEMIC, Argentina), Dr. José de Vinatea (Clínica San Pablo, Perú).

Consejo honorario:

Dres. Enrique M. Beveraggi†, Luis J. Catoggio, José M. Ceriani Cernadas, Juan A. De Paula, Roberto Kaplan, Marcelo Mayorga, Titania Pasqualini, Mario Perman, Enrique R. Soriano, Jorge Sivori

Coordinación Editorial

Mariana Rapoport

Corrección de textos

Prof. María Isabel Siracusa

Editor responsable

Publicación trimestral del Instituto Universitario Escuela de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Tte. Juan D. Perón 4190 | 1° piso | Escalera J | C1199ABB | C.A.B.A. | Argentina
URL: <http://www.hospitalitaliano.org.ar/revista/> | E-mail: revista@hospitalitaliano.org.ar
Facebook: [RevistadelHIBA](https://www.facebook.com/RevistadelHIBA) - Tel. 54-11-4959-0200 int. 9293 | Fax. 54-11-4959-0383

Sociedad Italiana de beneficencia en Buenos Aires

Consejo Directivo Ejercicio 2014/2015

Presidente: Ing. Franco Livini
Vicepresidente Primero: Ing. Juan Mosca
Vicepresidente Segundo: Sr. Roberto Baccanelli

Consejeros: Ing. Roberto Bonatti, Arq. Aldo Brunetta, Ing. Roberto Chioccarelli, Lic. Paolo Dal Pino, Dr. Guillermo Jaim Etcheverry, Sr. Renato Montefiore, Cdr. Dario Mosca, Sr. Natale Rigano, Sr. Elío Squillari, Sr. Eduardo Tarditi

Hospital Italiano de Buenos Aires

Director Médico: Dr. Atilio Migue
Director de Gestión: Ing. Horacio Guevara

Vice-Director Médico de Gestión Operativa: Dr. Juan Carlos Tejerizo
Vice-Director Médico de Planeamiento Estratégico:

Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós
Vice-Director Médico de Plan de Salud:
Dr. Marcelo Marchetti
Vice-Director Médico Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca: Dr. Esteban Langlois
Directores Honorarios: Dres. Enrique M. Beveraggi†, Jorge Sívori, Héctor Marchitelli

Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Buenos Aires

Rector: Dr. Marcelo Fernando Figari
Rector Honorario:
Dr. Osvaldo Agustín Blanco
Secretaría Académica:
Mg. María Laura Eder
Secretaría Administrativa
Prof. Claudia Madruga
Consejo Académico: Dr. José María Ceriani Cernadas, Dr. Mercedes Dalurzo, Dr. Marcelo Figari, Dr. Héctor Marchitelli
Dr. Lucas Otaño, Dra. Rosa Angelina Pace
Lic. Victoria Rosso, Dr. Alberto Velázquez,
Dr. Gabriel Waisman

Instrucciones para autores, ver: <http://www.hospitalitaliano.org.ar/revista/>

Indexada en LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

Tirada: 2000 ejemplares
ISSN 1669-2578
ISSN-L 2314-3312

Edición realizada por Estudio Sigma S.R.L.
J. E. Uriburu 1252 - 8º F - Buenos Aires
Tel.: 4824-9431 / 4821-2702
E-mail: estsigma@gmail.com
www.estudiosigma.com.ar



JUNIO 2015
VOL. 35 N° 2

SUMARIO | SUMMARY

EDITORIAL | EDITORIAL

- 35 **Decimoquinto aniversario del Instituto Universitario**
Fifteenth anniversary of the University Institute
Eder M. L., et al.

RECORDATORIO | IN MEMORIAM

- 37 **Prof. Enrique Marcelo Beveraggi, "mi maestro"**
Prof. Enrique Marcelo Beveraggi "my mentor"
de Santibañez E.

ARTÍCULO DE REVISIÓN | REVIEW ARTICLE

- 39 **Erotomanía: análisis histórico-epistemológico del concepto y estudio de caso**
Erotomania: historical-epistemological review and analysis of a case study
Barrio M. L., et al.

EDUCACIÓN MÉDICA | MEDICAL EDUCATION

- 44 **Evaluación de percepciones de residentes de Medicina Interna sobre las instancias de aprendizaje durante la Residencia: un estudio de corte transversal**
Internal Medicine Residents' perceptions of education in the Residency Program: a cross-sectional study
Ferreyro B. L., et al.

CASO CLÍNICO | CLINICAL CASE

- 49 **Accidente isquémico transitorio de causa hemodinámica**
Transient ischemic attack of hemodynamic cause
Pigretti S. G., et al.

ACTUALIZACIÓN Y AVANCES EN INVESTIGACIÓN | UPDATE AND ADVANCES IN RESEARCH

- 53 **Cirugía transoral robótica en otorrinolaringología**
Transoral robotic surgery in otolaryngology
Boccio C., et al.

- 57 **Bombas de insulina (BI)**
Insulin Pumps (IP)
Proietti A., et al.

ICONOGRAFÍA DERMATOLÓGICA | DERMATOLOGY ICONOGRAPHY

- 62 **Síndrome de Sweet asociado a síndrome mielodisplásico**
Sweet syndrome associated with myelodysplastic syndrome
Baquero J., et al.

HUMANIDADES | HUMANITIES

- 66 **Arte y naturaleza humana XX**
Art and human nature XX
Musso C. G., et al.

- 68 **Reglamento general de presentación de artículos**
General guidelines for articles submission

Decimoquinto aniversario del Instituto Universitario

El Instituto Universitario es fruto del sueño de un grupo pequeño, un sueño que luego fue creciendo y transformándose hasta ser hoy la construcción de un colectivo que conforman muchos profesionales de la salud, la educación, la administración, investigadores y personal de apoyo para todas las tareas que se llevan adelante en la universidad.

Se planteó al comienzo como un proyecto humilde, a la medida de lo que creíamos eran nuestras posibilidades. Pero ya en la etapa inicial, cuando en el año 1998 comenzó el proceso de preparación de toda la documentación que debía presentarse en el Ministerio de Educación, empezamos a reconocer la envergadura del proyecto que estábamos encarando. La idea inicial pronto fue superada al presentar la carrera de Medicina: se respetaron las normas nacionales pero cada uno agregó aquello que sentía importante, con la mirada en las ciencias biológicas y en las humanas, en el individuo y en la sociedad. Resultó, entonces, una carrera con personalidad propia, sello de marca, que dio pie a la enorme capacidad formativa de la institución. Lo mismo fue ocurriendo con las otras carreras y, a poco de andar, el proceso de creación fue contagioso: muchos quisieron participar y, producto de ello, es la actividad que el Instituto puede mostrar hoy.

Desde ese primer objetivo, crear una carrera de Medicina propia, también nos encontramos con el desafío de crear una Universidad. Se amplió nuestra visión: no solo formar médicos, sino distintos profesionales de la salud, y no solo para el grado. Construir una universidad también nos planteó (y lo sigue haciendo) la necesidad de pensar la extensión y la investigación que son parte constitutiva de sus funciones.

El Instituto fue reconocido por las autoridades nacionales el 20 de julio del año 2000 y comenzó su actividad con dos carreras de grado, Medicina y Enfermería, y tres carreras de especialización: Neonatología, Neurología infantil y Psiquiatría. Con el paso del tiempo, el grado fue creciendo y se desarrollan en la actualidad las carreras de Farmacia y de Bioquímica, y en 2016 comenzará a dictarse el ciclo de Licenciatura de Instrumentación quirúrgica. El posgrado se fue desplegando hasta contar en la actualidad con un promedio anual de 150 cursos de actualización, un total de 23 especializaciones (21 de las cuales están adscriptas a las residencias y becas del Hospital Italiano; la Carrera docente, que se ha convertido en especialización en docencia universitaria, y la restante que está dirigida a una diversidad de profesionales de la salud, la educación, la psicología y el derecho), 5 maestrías (y una sexta ya aprobada por la CONEAU) y el Doctorado en Ciencias de la salud, que se pondrá en marcha a mediados del año 2016.

Nuestros egresados de las carreras de Enfermería y Medicina, y también de los posgrados, se han insertado en el Hospital Italiano y otros han encontrado su espacio de desarrollo profesional en distintas instituciones del país y del mundo. Muchas de nuestras carreras de posgrado han pasado por los procesos de evaluación como carreras en funcionamiento y han obtenido la acreditación por los plazos más largos previstos y con muy buenas categorizaciones.

En lo que respecta a la investigación, y así como ha ocurrido en otras áreas, el convenio de Alianza estratégica con el Hospital Italiano, institución madre del Instituto, ha potenciado y enriquecido el desarrollo del conocimiento. A la investigación básica que en la actualidad centraliza el ICBME, se suman los proyectos que llevan adelante los alumnos de grado en el marco de sus carreras y que, en muchas oportunidades, han presentado en los congresos de las distintas disciplinas y especialidades. Los desarrollos en educación médica y en formación pedagógica también han dado lugar a trabajos de investigación que permiten comprender, enriquecer y mejorar los procesos de enseñanza y evaluación.

El Instituto Universitario ha cultivado amplias vinculaciones con otras instituciones, universidades argentinas y del exterior, centros de salud en diversos lugares del país. Ellas han permitido desarrollos en investigación y de programas formativos compartidos, así como han posibilitado la ampliación de los espacios de práctica y transferencia de conocimientos. Por otra parte, el IU participa activamente en el CRUP (Consejo de Rectores de Universidades Privadas) y AFACIMERA (Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina), planteando su visión y su aporte en relación con las problemáticas de la educación superior en la Argentina.

El año 2015, al cumplirse 15 años de la creación, nos encuentra en el proceso de integración con el Departamento de Docencia e Investigación. Este proceso nos permite enriquecer y potenciar proyectos y generar nuevas propuestas: el Departamento de Información y Documentación ha sumado a la Revista, la Editorial y la Biblioteca y ha dado lugar al desarrollo de un Repositorio que permitirá centralizar la producción institucional, dándola a conocer al interior y hacia el exterior de la universidad.

La tarea desarrollada en el Campus Virtual, principalmente en el área de posgrado, está enriqueciendo las propuestas de las otras áreas, al igual que el Centro de simulación.

La riqueza y la experiencia construida en relación con el funcionamiento de las residencias y becas, con su desarrollo, evaluación y los procesos de admisión, se incorporan al Instituto y permiten repensar las carreras que en él se desarrollan. Actualmente, reconociendo la riqueza de la experiencia vivida, nos encontramos con nuevos desafíos: replantear las carreras de Medicina y Enfermería; organizar e implementar nuevos posgrados; avanzar en los compromisos asumidos

como Centro Cochrane y como Centro BEME (Best Evidence Medical Education); promover la investigación e incentivar la participación de alumnos y docentes en ella; posibilitar la creación de equipos docentes que puedan repensar la enseñanza, sus contenidos y su evaluación, hacer crecer la extensión para compartir lo que como institución vamos construyendo, pensar alternativas para integrar alumnos diversos, sabiendo que la pluralidad es uno de los factores que nos ha hecho crecer y reconociendo la necesidad de profesionales comprometidos con su tarea, el lugar donde la realicen y la sociedad de la que formamos parte.

Es imprescindible el reconocimiento a quienes pudieron ver más allá de los límites y creyeron que era posible hacer realidad una Universidad del Hospital Italiano, al Dr. Enrique Beveraggi, al Dr. Enrique Caruso y a muchos otros que han trabajado y siguen trabajando movidos por el interés de hacer grande a la institución y servir a la comunidad, formando personas calificadas para liderar el mejoramiento de la salud en la Argentina.

Y un necesario agradecimiento a los que se comprometen con el crecimiento de la institución, en el trabajo diario que hace posible lo que estas líneas han intentado reflejar: que los sueños, el trabajo comprometido y compartido, el conocimiento situado, la pluralidad, la apertura a lo nuevo y a la posibilidad de imaginar, con otros y para otros, hacen realidad los proyectos valiosos.

Dra. Elsa Nucifora
Exsecretaria Académica

Lic. María Laura Eder
Secretaria Académica

Prof. Enrique Marcelo Beveraggi, “mi maestro”

Enrique Marcelo Beveraggi fue un ser humano excepcional y su pérdida nos ha dejado un gran vacío y dolor. Su personalidad arrolladora y su capacidad para atender las necesidades del prójimo pesan más que esa desagradable ausencia y nos hacen revivir solo lindos recuerdos e increíbles vivencias compartidas con él.

Tuve el privilegio de ser su discípulo y esa sustancial ventaja me permitió ser espectador durante 40 años de sus experiencias, enseñanzas y, sobre todo, gozar de su inmenso cariño, sensibilidad, inteligencia y generosidad.

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

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

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

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

Pero se casaron y fueron a vivir a Hurlingham.

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

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

¡Imaginen el alma de un postulante sediento de todo, pero fundamentalmente de una oportunidad!... Quedé seducido por su personalidad, su proyecto resumido en 5 minutos, y, gracias a él, elegí la residencia de cirugía general del Hospital Italiano. Nunca más se cortó ese vínculo con mi maestro; ese entendimiento fácil, a veces solo con gestos o miradas; esa admiración por alguien a quien vale la pena admirar.

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

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

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

En los más jóvenes, porque su nombre es tan grande que no puede pasar inadvertido para quienes se acercan a la cirugía. Podría hablarles semanas, meses, de Beveraggi, pero el tiempo es breve y quisiera solo rescatar para los jóvenes el ejemplo de un hombre admirable, un maestro genuino que disfrutaba del éxito de sus discípulos. Que estimulaba la independencia de criterio y aceptaba el disenso aprendiendo constantemente de él.

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

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

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

He sido testigo de ocasiones en las cuales el hombre puede claudicar, yo hubiera claudicado; pero no fui testigo de claudicación alguna de Beveraggi. Siempre pensé que, si la Argentina tuviera muchos como él, seguramente sería distinta. Mi padre me repetía con frecuencia esta frase del genial Julio Verne: “Todo lo que un hombre puede imaginar, otros hombres podrán hacerlo realidad”; yo a esto agregaría: “Lo difícil es imaginar”.

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

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

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

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

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

Como comúnmente se dice, sin pretender abarcar la vastedad de implicaciones del concepto, “la educación argentina vive aún del empuje que le dio Sarmiento”, podría afirmarse que el Hospital Italiano exhibe aún el empuje del proyecto médico de Beveraggi, que básicamente se resumía en médicos de tiempo completo que amen lo que hacen, que investiguen hasta los límites de la especialización en busca de la excelencia y que lo difundan en un proyecto docente riguroso. Pero como era un soñador con los pies en la tierra, imaginó las condiciones para que el proyecto fuera sustentable en un país permanentemente cambiante. Así, no solo apoyó la creación del Plan de Salud sino la introducción de la especialidad de Medicina Familiar y la del Instituto Universitario, del que finalmente fue su primer Rector. Con ello anticipó dos líneas de trabajo que las Academias de Medicina y Ciencias del mundo fomentan de modo creciente: el imprescindible enfoque social que deben tener los centros de excelencia en una sociedad cuyas inequidades son determinantes evidentes de salud y el creciente reconocimiento de la labor de excelencia de muchas de nuestras colegas mujeres, en pie de igualdad por sus capacidades.

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

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

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

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

Beveraggi vivió rodeado de afectos: su esposa Margarita; sus cuatro hijos, María, Enrique, Bibiana y Paula; sus 22 nietos y 2 bisnietos, y los innumerables amigos. Ellos siempre constituyeron ese centro esencial directamente relacionado con su equilibrio emocional.

He querido contarles la historia de un gran hombre como fue Beveraggi, no simplemente para relatarla y convocar la atención como en una película fascinante, sino para transmitirles el ejemplo de la pasión y decirles que la mejor enseñanza sería lograr que no se conformen con haberla escuchado, sino que se comprometan con el protagonismo de los verdaderos soñadores como él.

Dr. Eduardo de Santibañes
Servicio de Cirugía General

Erotomanía: análisis histórico-epistemológico del concepto y estudio de caso

María Laura Barrio, María Lourdes Cuerda, Bernardita Estivariz Barilati, Hernán Eduardo Lago, Lucila Lipszyc y Ana Laura Vega Poggi

RESUMEN

En este trabajo analizamos el concepto de erotomanía, centrándonos en la obra de De Clérambault, quien es el mayor exponente de la temática, realizando también un breve recorrido de la obra de quienes lo precedieron y focalizando la escuela francesa de psiquiatría. Asimismo, presentamos un caso clínico en el marco de dichos aportes.

Palabras clave: delirio, psicosis, erotomanía.

EROTOMANIA: HISTORICAL-EPISTEMOLOGICAL REVIEW AND ANALYSIS OF A CASE STUDY ABSTRACT

In this paper we analyze the erotomaniac concept, focusing on the studies of De Clerambault, who is the main reference in the issue, and a brief analysis of his predecessors. Then, we present a clinical case and analyze it in the light of such contributions.

Key words: delirium, psychosis, erotomaniac.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(2): 39-43.

Los clásicos no se leen, se releen.

Italo Calvino

INTRODUCCIÓN

Los grandes cuadros psicopatológicos han definido el avance de la psiquiatría como especialidad médica. Sus detalladas descripciones sintomáticas han sido utilizadas por las sucesivas generaciones de psiquiatras como brújula para surcar los controvertidos mares de la especialidad. En tiempos en los que las teorías positivistas prevalecen y la atención es predominantemente gerenciada, visitar la clínica delineada por los autores clásicos permite ratificar la concepción antropológica que debe predominar en nuestra especialidad, incorporando los avances neurocientíficos pero tamizándolos con una concepción humanística del sufrimiento mental; en este sentido coincidimos con Italo Calvino, quien en su obra *¿Por qué leer los clásicos?*, plantea “un clásico es un libro que está antes que otros clásicos; pero quien haya leído primero los otros y después lee aquél, reconoce en seguida su lugar en la genealogía”, y agrega, “el máximo ‘rendimiento’ de la lectura de los clásicos lo obtiene quien sabe alternarla con una sabia dosificación de la lectura de actualidad”. La importancia de construir un presente, con vistas a un futuro prometedor,

no puede ser escindida de una revisión del pasado, ya sea como brújula o como carta náutica para no naufragar en viejos errores, pero también para transitar los pasos de los que forjaron el progreso, el conocimiento que nos lleve a formular nuevos descubrimientos.

El delirio erotomaniaco y sus manifestaciones han capturado el interés de los psiquiatras desde sus primeras representaciones. Esto puede deberse a que sus síntomas se encuentran estrechamente vinculados a los sentimientos más puros y profundos así como también a las concepciones acerca de la sexualidad que atraviesan a todo ser humano.

Sorprendentemente, es escasa la bibliografía disponible acerca de este cuadro y sus derivaciones a la luz de los aportes realizados por autores clásicos. Según una búsqueda de trabajos actuales a través de Internet en distintas bases de datos bibliográficos (Pubmed, Lilacs, Scopus), se hallaron únicamente tres trabajos relacionados con la temática¹.

¹A partir de la búsqueda bibliográfica se hallaron únicamente tres artículos que describen el cuadro Erotomanía a partir de los aportes de los autores clásicos franceses:

- Calil LC, Terra JR. The De Clérambault's syndrome: a bibliographic revision. Rev Bras Psiquiatr. 2005 Jun; 27(2):152-6. Artículo en portugués.

- Cerqueira J. Erotomania: Bibliographic review and case report. (2012) Arquivos de Medicina 2012; 26 (5):195-201. Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Centro Hospitalar do Porto.

- Haustgen T, Gumpper S. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) II. His psychiatric heritage. Annales Medico-Psychologiques 2012; 170(5): 358-63. Faculté de psychologie, Strasbourg, France.

Recibido: 12/11/15

Recibido: 3/12/15

Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires.
Correspondencia: marialaura.barrio@hospitalitaliano.org.ar

Hemos decidido centrar este trabajo en De Clérambault, quien ha realizado los retratos que se instalaron definitivamente en el imaginario de la psiquiatría, brindándonos detalladas descripciones de lo que él definió como delirio erotomaniaco y convirtiéndose en el principal referente en la temática a tal punto que el cuadro actualmente lleva su epónimo, síndrome de Clérambault.

Creemos que, para comprender cabalmente la obra de este autor, es necesario interiorizarse de los trabajos de quienes lo precedieron. Por tal motivo comenzaremos con un breve recorrido por los aportes realizados previamente por sus colegas franceses. La riqueza de las representaciones de la psiquiatría francesa ha marcado en forma indeleble a toda la clínica psiquiátrica posterior, estableciéndose como referencia obligatoria para todos los análisis ulteriores.

En un segundo momento delinearemos un caso clínico, a manera de ejemplo de los planteos teóricos, intentando dejar establecida la vigencia que estos tienen a pesar del tiempo transcurrido. A partir de los aportes de Coetze y Kurtz hemos decidido construir nuestro caso de manera narrativa con la intención de obtener una comprensión holística del individuo y de su historicidad, utilizando fragmentos de historias de pacientes que reflejan la complejidad del cuadro pero resguardan totalmente su identidad y no obstaculizan su proceso terapéutico. Así, de esta forma, lograr un mayor entendimiento de la herencia que nos legaron los grandes maestros franceses con el fin de rescatar y revalorizar esas teorías aplicándolas a nuestra práctica diaria.

ESQUIROL, SÉRIEUX Y CAPGRAS

En primer lugar, consideraremos a Jean Etienne Dominique Esquirol, quien se formó en el Hospital de la Salpêtrière junto a Philippe Pinel. Fue considerado por este último como su discípulo y su alumno predilecto a quien legaría la dirección del hospital en 1820.

Ambos autores creían que el origen de las enfermedades mentales residía en las pasiones del alma y estaban convencidos de que la locura no afectaba total e irremediablemente la razón del paciente.

En su propuesta clasificatoria, Esquirol precisa cinco géneros que denomina “formas generales de locura”, entre las cuales se encuentra la monomanía y dentro de esta última categoriza la monomanía erótica.

En cuanto a la monomanía, la describe como: “delirio que se limita a un único objeto o a un pequeño número de ellos pero con excitación y predominio de una pasión alegre y expansiva”. Se trata más bien de una afección parcial, es decir que el delirio se concentra sobre un objeto o sobre una serie de objetos circunscriptos, pero, por fuera de este, sienten, razonan y actúan como todo el mundo. Refiere que se trata de una afección donde la sensibilidad está agradablemente excitada; las pasiones son alegres, expansivas. La fisonomía es animada, móvil, sonriente y

los ojos son intensos y brillantes. [El paciente]Es alegre, temerario y audaz. Hace mucho ejercicio, es charlatán, ruidoso, pretencioso y rápido para irritarse.

En relación con la subclasificación de monomanía erótica, el autor refiere que se trataría de una afección cerebral, crónica, caracterizada por un amor excesivo, unas veces por un objeto conocido, otras veces por un objeto imaginario. Describe que en estos cuadros, las ideas amorosas son fijas y dominantes y que degeneran hacia la demencia. Por último, nos advierte acerca del riesgo suicida presente en estos cuadros como consecuencia de la desesperación por no haber podido obtener el objeto amado.

Otros aportes significativos fueron los realizados por Paul Sérieux y Joseph Capgras. El primero nació en París en 1864 y fue alumno predilecto de Valentin Magnan, con quien publicó *El delirio crónico de evolución sistematizada* en 1892, dando inicio a su inclinación por las locuras razonantes. Por su parte, Capgras nació en la región de Tarn y Garona, Francia, en 1873. Fue discípulo de Joffroy y Sérieux. De su trabajo *La ilusión de los sosias en un delirio sistematizado crónico* surgió el síndrome de Capgras. Estos autores diferencian el “delirio de interpretación” del “delirio de reivindicación”, al cual describen como una psicosis sistematizada crónica, un estado de monoteísmo, con predominancia de una idea fija de características obsesivas que se impone al espíritu del paciente de modo sustancial, transformándose en guía de su actividad, la cual toma una forma patológica.

Entre los cuadros propios del delirio de reivindicación se encuentran los llamados “enamorado”. Estos pacientes responden a una idea prevalente u obsesionante que aparece de modo más o menos abrupto quitándoles el reposo y manteniéndolos incapaces de razonar normalmente sobre aquello en que su idea fija recae. Las interpretaciones se originan de la pasión más que de errores de juicio, ya que sus razonamientos son exactos en términos lógicos. Esta idea que dirige tanto los pensamientos como los actos tiene características de idea obsesiva, pero en lugar de luchar contra ella como en el caso del paciente obsesivo, los enamorados buscan satisfacerla llegando a recurrir a prácticas en extremo cuestionables. El objetivo último es el triunfo de la idea fija, lo cual se acompaña de otra característica fundamental que consiste en un estado maniaco, o exaltación mental. Los reivindicadores son, sobre todo, maniacos razonantes.

En cuanto al pronóstico, explican que se trata de un estado crónico sin cura y sin demencia terminal, a diferencia de lo expuesto por Esquirol, pero puede esperarse un apaciguamiento de los síntomas o incluso la extinción de estos debido a la influencia de la senilidad.

DE CLÉRAMBAULT

Gaëtan Henri-Alfred-Edouard-Marie Gatian De Clérambault nació el 2 de julio de 1872, en el seno de una

familia de la pequeña nobleza francesa, descendiente de Descartes por línea materna. Se desempeñó como médico psiquiatra en la enfermería de la Prefectura de la Policía de París desde 1905 hasta 1934. Veterano de la I Guerra Mundial, fotógrafo y etnógrafo, desempeñó ambas actividades durante su servicio en Marruecos, donde descubrió su afición por los drapeados en las telas de las mujeres de dicho país. Fue profesor asociado de Estética y Decoración de la Escuela de Bellas Artes de la Universidad de París. Cae el telón de su vida en 1934, cuando frente al espejo, ya con su avezada vista en déficit debido a una cirugía de cataratas sin éxito y con su arma reglamentaria, decide terminar con su existencia, no sin antes legarnos sus notables contribuciones en la búsqueda del fenómeno primigenio, elemental, fundador y pródromo de la psicosis.

Los delirios pasionales (conformados por la erotomanía, el delirio reivindicativo y el delirio celotípico), según el maestro de la observación y la interrogación, como sus alumnos lo proclamaban, derivan de lo que propuso como "Postulado Fundamental": "Es el objeto quien empezó y el que más ama o el único que ama". Dividió las psicosis en dos grandes grupos: el primero, integrado por aquellas comandadas en referencia al automatismo mental, compuesto por las que presentan eco del pensamiento y aneidismos diversos, y el segundo, mucho más reducido, dividido en delirios pasionales y paranoia.

Una gran crítica que plantea De Clérambault a lo largo del desarrollo del síndrome erotomaniaco, en relación con lo descrito por sus predecesores, es que estos proponían como condición, para el diagnóstico del mencionado síndrome, el requerimiento de que la idea sea platónica, que no tenga intenciones carnales de ningún tipo, que quede en el plano ideativo o sentimental, pero que en ningún momento el sujeto muestre intenciones de tener relaciones sexuales con el objeto. A través de su experiencia, el maestro De Clérambault pudo comprobar que varios de sus pacientes poseían intenciones "no platónicas" para con su objeto, planteando así que no es un requerimiento necesario que la idea sea platónica.

Plantea en la evolución del delirio erotomaniaco, el cual nos atañe en este trabajo, tres estadios, el primero llamado de Esperanza y caracterizado por aproximaciones al objeto e interpretaciones en relación con un supuesto amor que expresa el objeto para con el sujeto, seguido por un estadio llamado de Despecho, en el cual –si bien la esperanza se encuentra presente– lo hace de manera solapada y solo accedemos a ella bajo una rigurosa entrevista con el paciente, ya que ofrece interpretaciones ambivalentes con respecto al objeto: el sujeto, al ser rechazado o no sentirse correctamente correspondido, comienza a desarrollar sentimientos encontrados con un componente adverso que se muestra con mayor facilidad. Este segundo estadio es seguido por un tercero, al que De Clérambault llama de "Rencor", en el que –si bien al igual que en el anterior

se mantiene el componente de esperanza– lo que prima son los sentimientos negativos para con el objeto, y tanto este último como el sujeto mismo corren riesgo, ya sea que tome venganza contra el objeto o que trate de acabar con su propia vida, tal como lo describieron tanto Esquirol como posteriormente Sérieux y Capgras.

Todo lo que compone el síndrome erotomaniaco, ya sea su componente imaginativo e interpretativo como la conducta del objeto, procede en forma directa o indirecta del Postulado Fundamental.

De Clérambault plantea grandes diferencias entre los delirios pasionales mórbidos, entre los cuales se encuentra la erotomanía, y los delirios interpretativos. Estos últimos acaparan todas las esferas del sujeto, el delirio se irradia en todas direcciones y abarca la totalidad del sujeto, las interpretaciones no siguen una idea directriz, cada suceso es plausible de ser interpretado, se extiende y ramifica sin un fin, así tampoco puede marcarse un comienzo, un inicio del delirio. El sujeto siempre tuvo una personalidad que, como característica esencial, se encuentra marcada por la desconfianza. Muy por el contrario, los delirantes erotomaniacos, así como los delirantes pasionales, se caracterizan por un comienzo, un inicio que se puede marcar en la historia del sujeto. Posee un objetivo, un fin, al cual el sujeto tratará de llegar, poniendo en juego la totalidad de su voluntad. Otra de las cualidades de los delirios pasionales es que el delirio se encuentra delimitado, no se expande ni progresa a otros aspectos de la vida del sujeto, ni modifica la idea de sí mismo que posee el sujeto. El delirio se halla circunscripto a su pasión, al objeto, a todo lo que se encuentra entre él y su finalidad. De Clérambault ratifica aquí lo dicho anteriormente por sus predecesores, tanto Esquirol como Sérieux y Capgras. Sus ideas están asociadas unas a las otras pero nunca subordinadas entre sí, no hay una idea madre; por el contrario, en el erotomano, al remover de su vida el postulado o la idea fundadora, el delirio cae. El paciente paranoico realiza interpretaciones retrospectivas, y no hay manera de saber cuándo comenzó a delirar. Muy por el contrario, el erotomano y delirante pasional va hacia el porvenir, hacia el objeto.

Existen, según De Clérambault, signos que se pueden ver y otros que deben demostrarse de las conductas en los pacientes erotomaniacos, y los divide en:

Temas derivados y observados como evidentes:

- El objeto no puede ser dichoso sin el pretendiente.
- El objeto no puede tener un valor completo sin el pretendiente.
- El objeto está libre. Su matrimonio no es válido.

Temas derivados y que se demuestran:

- Vigilancia continua del objeto.
- Protección continua del objeto.
- Trabajos de aproximación por parte del objeto.
- Conversación indirecta con el objeto.
- Recursos fenomenales de los que dispone el objeto. Por

ejemplo, manipulando escenarios y objetos para aproximarse o interceder en la vida del sujeto.

-Simpatía casi universal que suscita el romance en curso.

-Conducta paradójica y contradictoria del objeto.

Si bien todos estos puntos raramente se encuentran reunidos en la signosintomatología de un paciente, la conducta paradójica o contradictoria del objeto se encuentra en todos y cada uno de los casos de erotomanía. Las ideas persecutorias que desarrollará el sujeto giran en torno de su separación del objeto o provienen directamente de este. Más tarde, en los últimos dos estadios evolutivos del delirio, el sujeto –ya harto y cansado de ser o creer ser rechazado y perjudicado por el objeto– supone odiar a este, por reversión psicológica. El sujeto se siente agraviado, herido, y pasa a ser un reivindicador, aunque inconscientemente la esperanza persiste. A diferencia de lo previamente descrito, en el delirante interpretativo, no existe una conducta paradójica del objeto: este es claramente dañino y busca en forma directa o indirecta perjudicar al sujeto. En la concepción pura que da De Clérambault del delirio erotomaniaco, este no presenta alucinaciones ni ideas megalomaniacas.

En la clínica nos recomienda no basarnos en los hechos, los cuales pueden ser negados por el sujeto, sino indagar y basarnos en el componente afectivo que presentan para él. En el pasional se produce un nudo ideoaectivo inicial, una emoción que se manifiesta en forma intempestiva, acaparando el espíritu del paciente; hay un comienzo, un inicio. No modifica su propia concepción así como solo afecta y modifica lo concerniente a su deseo, su pasión. Este mecanismo explica el tan frecuente talante hipomaniaco en la erotomanía, ya antes descrito por Esquirol en la monomanía y por Sérieux y Capgras en los delirantes. Difiriendo de Esquirol y coincidiendo con Sérieux y Capgras, De Clérambault refiere que la erotomanía no lleva al sujeto a la demencia.

"CASO SEÑORA M"

Conocimos a la señora M a sus 64 años, en la última de sus tantas internaciones psiquiátricas. Comenzó sus consultas a los 25 años, luego de crecer en un hogar signado por la locura, donde reinaban las conductas bizarras y el abuso. Realizó múltiples tratamientos, de psiquiatra en psiquiatra, de psicólogo en psicólogo, así durante una década ¡hasta cumplir sus 34 años!

Fue entonces cuando comenzó una terapia de corto plazo en un Hospital General. Allí conoció al Doctor R, un joven residente de Salud Mental, de su misma edad, a quien le fue sencillo admirar. El Dr. R marcaría un antes y un después en la vida de la paciente, convirtiendo lo que iba a ser una terapia de corto plazo en un tratamiento de más de 30 años.

Las consultas eran frecuentes, probablemente más de una vez por mes y, con el tiempo perdieron, para la paciente,

su objetivo terapéutico y se convirtieron en una excusa para el encuentro. Nos relata durante la internación que, en las consultas, el Dr. R, antes de su llegada, generaba un clima romántico y cálido... dedicado para ella, para enamorarla ¡bajaba las persianas, embellecía el consultorio con la presencia y el aroma de jazmines y hasta rozaba sutilmente sus piernas con las de ella, por debajo del escritorio ¡buscando el contacto físico!

Los días pasaban y las visitas se fueron tornando lo más importante y especial en la vida de la señora M. Expresaba sus sentimientos hacia el Dr. R a través de incontables cartas de amor que no eran entregadas y registraba lo sucedido en diarios íntimos a los cuales solo ella accedía. Buscaba excusas para llamarlo sin claros motivos y no perdía oportunidad para pasar por el consultorio del Dr. R, sabiendo que él también la estaría esperando.

De a poco, su marido, el señor S, comenzó a tener ciertas sospechas de que sus sentimientos por la señora M no le eran correspondidos. Hasta llegar el día en que no toleró más la indiferencia y comenzó a buscar entre sus pertenencias algún dato que justificara la distancia existente entre ambos... hasta que encontró las cartas al Dr. R, que determinarían la separación que culminaría en el divorcio.

Ella ya no encontró obstáculos para entregarse al amor que le profesaba el Dr. R, por lo que decidió corresponderlo y, decidida, concurrió a su visita habitual. Las cortinas se encontraban bajas, con la luz románticamente tenue, como acostumbraba esperarla el Dr. R. Ese mismo día le transmitió sus sentimientos, y considerando que era el momento adecuado para entregarle sus cartas y confirmarle que el amor que profesaba por ella era correspondido... se quitó la ropa, afirmándole su amor, y se desnudó frente a él.

Si bien no recibió la respuesta esperada, la señora M no perdió la esperanza. Continuó convencida de que era otra de las maneras en que el Dr. R ocultaba su amor ante el mundo. No obstante, cuando él le informa que no podrán continuar el tratamiento juntos, la señora M –ante la imposibilidad de verlo y sin lograr comprender el cambio brusco de su conducta– siente que la vida ha perdido sentido. Luego de meditarlo una semana, compra una hoja de afeitar, se cerciora de que no haya nadie más que ella en su hogar; M, permanece en el baño parada frente al espejo por horas hasta que, al fin, se realiza un corte en aquella vena del cuello que le quitaría la vida. Su hija la encontró en el baño de la casa, inconsciente. La llevaron a una Clínica donde, finalmente, recuperada de la lesión autoprovocada, comenzó un nuevo tratamiento psiquiátrico distanciándose, muy a su pesar, del Dr. R. No obstante, al día de hoy, continúa recordando a aquel joven doctor, sin olvidar su número telefónico y tratando de volver a él ¡ya que, al fin y al cabo, él nunca dejó de amarla!

ANÁLISIS DEL CASO

En el análisis del cuadro consideramos que existe una secuencia lógica entre los autores mencionados y se pueden leer los síntomas en la misma clave a la luz de los aportes realizados por De Clérambault, quien de alguna manera sintetiza las contribuciones anteriores, ya que sistematiza y organiza las miradas de quienes lo precedieron.

En primer lugar, podemos ver cómo todas las ideas de la señora M dimanan del Postulado Fundamental de De Clérambault: “Es el objeto quien empezó y el que más ama o el único que ama”.

La señora M describe detalladamente cómo su psiquiatra es quien intenta enamorarla, preparando la atmósfera del consultorio con este fin y buscando incluso el contacto físico con ella, lo que corresponde a la temática derivada de este postulado.

Otra de las temáticas derivadas que se observa es la conducta paradójica del objeto, cuando la Señora M intenta justificar el rechazo de su analista, considerando que oculta su amor a ojos de terceros o por miedo a ser expuesto.

Asimismo, el objeto amado, en nuestro caso “el Dr. R” cumple con las características presentadas por De Clérambault: mayor rango social e instrucción académica, características que colaboran a que la señora S se sienta atraída por el objeto.

Además podemos precisar un claro comienzo de la ideación delirante erotomaniaca, lo cual marca una diferencia fundamental, para De Clérambault, de los delirios interpretativos. En nuestro caso, el delirio de la señora M comienza al conocer al Dr. R.

Como se ve ilustrado en el caso, la paciente va transitando por las tres etapas descritas por el autor: esperanza, despecho y rencor, y culmina en un suicidio frustrado. En palabras de Esquirol, “el suicidio ha sido y es una de las terminaciones de la erotomanía”.

Como podemos ver a lo largo del trabajo, todos los grandes maestros de la psiquiatría francesa consideran la erotomanía por separado de los delirios interpretativos, ya que solo se halla afectada la vida del sujeto en lo relacionado con el objeto “amado” y toda su sintomatología se produce desde su “pasión”.

Las descripciones aportadas por los autores clásicos nos brindan una mejor y mayor comprensión del delirio en cuestión, desde la denominación de monomanía haciendo referencia a la aficción única de la pasión del sujeto por Esquirol, como la idea fija de características obsesivas que dirige por completo las actividades del paciente en la descripción de Sérieux y Capgras. De Clérambault, por su parte, agrega detalles a la evolución del cuadro caracterizando sus etapas, describe los signos que pueden encontrarse en la conducta del paciente y, finalmente, instaura el Postulado Fundamental como base del delirio erotomaniaco.

Como sostienen Sérieux y Capgras al describir las psicosis delirantes crónicas, el delirio permanece vigente. Es así como recordamos a la señora M, 30 años después, en la sala diciéndonos: “No me elijan un tratamiento; yo ya elegí un psiquiatra hace mucho tiempo... se llama Dr. R; él me conoce mejor que nadie; llámelo... anote, doctora...”.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Calil LC, Terra JR. [The De Clérambault's syndrome: a bibliographic revision]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(2):152-6.
- Calvino, Italo. ¿Por qué leer los clásicos?. Tusquets; Barcelona: 1993.
- Coetzee J.J.; Kurtz A. El buen relato. Literatura Random House; Barcelona: 2015.
- Calejo JJ, Cerqueira AM. Erotomanía: Bibliographic Review and Case Report. *Arq Med.* 2012;26(5):195-201.
- de Clérambault G. Automatismo mental. Paranoia. Polemos; Buenos Aires: 1995.
- Dewambrechies-La Sagna C. Clérambault, una anatomía de las pasiones. *Virtualia Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana* [Internet]. 2013 [citado 12/11/2015];12(27). Disponible en: <http://virtualia.eol.org.ar/027/Clinica-de-la-psicosis/pdf/Clérambault-una-anatomía-de-las-pasiones.pdf>
- Esquirol JD. Las enfermedades mentales, consideraciones en sus aspectos médicos, higiénicos y médicos-legales. Tomo II. Polemos; Buenos Aires: 2015.
- Hautgen T, Gumpper S. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) II. His psychiatric heritage. *Annales Médico-Psychologiques.* 2012;170(5):358-63.
- Sérieux P, Capgras Joseph. Las locuras razonantes. El delirio de interpretación. *Alienistas del Pisuerga*; Madrid: 2007.

Evaluación de percepciones de residentes de Medicina Interna sobre las instancias de aprendizaje durante la Residencia: un estudio de corte transversal

Bruno L. Ferreyro, Federico Angriman, Marcelo G. Vallone, Vanina E. Wainsztein, Pilar Paulín, Luciana Rovegno, Agustín Muñoz, Adela Aguirre, Jorge Farías y Gabriel Waisman

RESUMEN

Introducción: la Residencia de Medicina Interna del Hospital Italiano de Buenos Aires posee una larga trayectoria en la formación de médicos clínicos e internistas. Existe bibliografía que sugiere que las percepciones de los residentes no son consistentes con las de aquellos encargados de organizar y evaluar los programas de residencia. Nuestro objetivo es conocer las percepciones de los residentes acerca de cuáles son las instancias formativas que mejor contribuyen a la generación de conocimiento.

Materiales: estudio de corte transversal utilizando una encuesta virtual que fue enviada a todos los Residentes de Medicina Interna del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se recolectaron datos generales de los residentes y año de residencia. Posteriormente se evaluaron las diferentes instancias involucradas en el aprendizaje: pases de guardia, recorrida de internación, pases de ambulatorio, pases de internación, ateneos y, por último, los cursos superiores universitarios.

Resultados: la actividad individual más reconocida por su papel en el aprendizaje fue la discusión de los pacientes durante la recorrida (18% de los residentes). En contrapartida, la participación en cursos superiores universitarios no fue elegida como estrategia útil desde el punto de vista individual. Específicamente respecto de la utilidad de los pases de guardia (realizados por los residentes de primer año y los jefes de residentes), gran parte de los participantes optó por el pase de la tarde como el momento de mayor utilidad para el aprendizaje.

Conclusión: los residentes consideran que los pases de guardia de la tarde, los pases de internación y ambulatorios y los ateneos de internación son los momentos más propicios y eficaces para la adquisición de nuevo conocimiento. Dichos datos pueden resultar de utilidad en la planificación de diversas instancias educativas y servir como base para estudios similares en poblaciones disímiles.

Palabras clave: Medicina Interna, Educación, Argentina, Residencias Médicas.

INTERNAL MEDICINE RESIDENTS' PERCEPTIONS OF EDUCATION IN THE RESIDENCY PROGRAM: A CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

Introduction: the Internal Medicine Program at the Hospital Italiano de Buenos Aires has long term experience in training medical physicians. There is mounting evidence suggesting that residents' perceptions about their education are not consistent with the ones of who are responsible for designing and evaluating residency programs. Our goal is to evaluate residents' perceptions on the instances that contribute the most to their training.

Methods: we conducted a cross-sectional study using an online survey offered to all Internal Medicine Residents at Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Baseline characteristics of each resident were collected. We subsequently assessed residents' perceptions of different instances of the residency program: residents' morning and evening rounds, patients' rounds, case discussions with staff physicians, grand rounds and postgraduate courses.

Results: overall, the activity that was perceived as the most relevant for their education was the residents' evening rounds (18% of the residents). Conversely, participation in postgraduate courses was not selected as an important learning resource individually. Most residents highlighted the importance of patient discussion with their chief resident during morning and evening rounds.

Conclusion: residents systematically prefer patient discussion on medical rounds rather than lectures and courses. This information might prove useful in the future so as to improve Internal Medicine residency programs.

Key words: Internal Medicine, Education, Argentina, Medical residency.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(2): 44-48.

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La Residencia de Medicina Interna del Hospital Italiano de Buenos Aires posee una larga trayectoria en la formación

de médicos clínicos e internistas. Su programa comprende 4 años, en los cuales las instancias de aprendizaje son múltiples y diversas, incluidos los pases de guardia, la recorrida de sala, los ateneos, las clases y cursos universitarios, entre otros^{1,2}.

Las percepciones de los propios residentes acerca de cuáles son las instancias que más contribuyen a su aprendizaje han sido evaluadas en otros contextos³. Asimismo,

Recibido 20/03/15

Aceptado 29/09/15

Departamento de Medicina Interna. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia: bruno.ferreyro@hospitalitaliano.org.ar

existe bibliografía que sugiere que estas no siempre son consistentes con las de aquellos encargados de organizar y evaluar los programas de residencia⁴. Más aún, no existe una asociación clara entre los tipos de aprendizaje durante la residencia y los desenlaces clínicos relevantes⁵. Conocer mejor esas percepciones podría potencialmente detectar instancias optimizables fortaleciendo aquellos espacios donde el residente siente que adquiere mejor el conocimiento, ya sea debido al método de aprendizaje o al contenido específico.

Nuestro objetivo es conocer las percepciones de los residentes acerca de cuáles son las instancias formativas que mejor contribuyen a la generación de conocimiento. Para tal fin, se realizó una encuesta informatizada a todos los residentes de Medicina Interna del Hospital Italiano de Buenos Aires. En algunos casos, se intentó conocer los motivos por los cuales algunas instancias son consideradas mejores que otras. Nuestro objetivo global es intentar maximizar la adquisición del nuevo conocimiento en el marco de la residencia de Medicina Interna.

MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo de una situación de aprendizaje utilizando una encuesta virtual que fue enviada a todos los Residentes de Medicina Interna del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Instrumento y mediciones

Se elaboró una encuesta que evalúa diferentes dominios e instancias de aprendizaje. Inicialmente se recolectaron datos generales de los residentes y año de residencia. La primera pregunta mostró un listado de todas las instancias potenciales de aprendizaje donde el residente debió elegir una o una combinación de más de una instancia. Luego se evaluaron las diferentes instancias involucradas: pases de guardia, recorrida de internación, pases de ambulatorio, pases de internación, ateneos y, por último, los cursos superiores universitarios. En cada una de estas instancias se preguntaba acerca de cómo contribuye a su aprendizaje utilizando como respuesta una escala de Likert de distintos grados de acuerdo (de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo). Finalmente, se evaluó la contribución específica de dicha forma de aprendizaje a la hora de resolver problemas del ámbito ambulatorio o de internación. La encuesta fue construida utilizando formularios virtuales (Google Form) y se realizó un pretesteo en 5 participantes voluntarios. Luego de correcciones de formato y claridad, la encuesta fue enviada por correo electrónico a todos los participantes.

Selección de participantes

Se incluyeron en el presente estudio todos los residentes de los cuatro años de Medicina Interna del Hospital Italiano de Buenos Aires. El único criterio de exclusión fue la negativa

por parte del residente a participar de él. La encuesta fue enviada vía correo electrónico a todos los participantes. A las dos semanas se envió un correo recordatorio para aumentar la tasa de respuesta. Por último, se envió un último correo a las 3 semanas. Las respuestas fueron registradas y procesadas en forma anónima.

Análisis de los datos

Las instancias que más contribuyen al aprendizaje durante la residencia son informadas como proporciones en tanto corresponden a variables categóricas nominales. Las respuestas derivadas de las escalas de Likert (ordinales) fueron también informadas como proporciones. La edad de los participantes se resumió utilizando el promedio y respectivo desvío estándar.

RESULTADOS

Cincuenta y un residentes respondieron a la encuesta (91,1%), la edad promedio fue de 28,4 (DE: 2,6). 28% fueron residentes de primer año, 24% de segundo, 26% de tercero y 22% se encontraban cursando su cuarto año de residencia (Cuadro 1). Con respecto a la pregunta acerca de qué instancia aporta más al aprendizaje durante la residencia, la mayoría se inclinó por una combinación de más de una. La actividad individual más reconocida por su papel en el aprendizaje fue la discusión de los pacientes durante la recorrida (18% de los residentes). En contrapartida, la participación en cursos superiores universitarios y en ateneos no fue elegida como estrategia útil desde el punto de vista individual (Cuadro 2).

Cuadro 1. Características basales de los participantes

Edad, media (DE)	28,4 (2,6)
Año de Residencia, N (%)	
Primer año	15 (29,4)
Segundo año	12 (23,5)
Tercer año	13 (25,5)
Cuarto año	11 (21,6)

DE: desvío estándar.

Cuadro 2. ¿Qué actividades contribuyen más a tu aprendizaje durante la Residencia?

Una combinación	34 (66,7)
Pases de guardia	5 (9,9)
Recorrida de sala	9 (17,6)
Pases (ambulatorio, internación)	3 (5,9)
Ateneos	0 (0)
Cursos universitarios	0 (0)

Datos resumidos como N (%).

Específicamente respecto de la utilidad de los pases de guardia (realizados por los residentes de primer año y los jefes de residentes), gran parte de los participantes optó por el pase de la tarde como el momento de mayor utilidad para el aprendizaje (62%) (Cuadros 3 y 4). Es de señalar que la característica más resaltada por los residentes como de utilidad es la discusión acerca de los pacientes nuevos que ingresan por guardia, durante el pase de la tarde.

En tercer lugar, se investigaron las opiniones de los residentes sobre varios momentos de aprendizaje formal en la residencia, utilizando una escala de Likert (Cuadro 5). Con respecto a la recorrida de sala, uno de los actos centrales de la residencia de Medicina Interna, la encuesta refleja opiniones encontradas en cuanto a la necesaria discusión de pacientes y conductas. Aproximadamente la mitad de los residentes opinó que se discute adecuadamente durante la recorrida con el médico de planta, mientras que el 76% de los residentes opinó que se discuten de forma adecuada las conductas y los diagnósticos con el residente mayor. Con respecto a la utilidad de los pases de internación y ambulatorio, la encuesta refleja un poco más de homogeneidad ya que en ambos casos, más del 50% de los residentes opinan que ambos pases aportan no solo al conocimiento sino también a la resolución de problemas en los dos ámbitos.

Resulta significativo mencionar la percepción de la utilidad del aprendizaje por parte de los residentes en dos ámbitos tradicionalmente resaltados como de importancia durante la etapa de la residencia: los ateneos y cursos superiores. Respecto de los ateneos, a pesar de que se elige sistemáticamente el ateneo de internación por sobre el de ambulatorio como instancia educativa percibida como útil, resulta llamativa la incapacidad para la participación en ellos. Más del 80% de los entrevistados informó no ser participe activo durante su desarrollo y la razón más elegida para la no participación fue el “miedo a ser juzgado”. Finalmente, con respecto al desarrollo de los cursos universitarios, una amplia mayoría eligió el curso de medicina dirigido a la internación, mientras que ningún residente eligió de forma preferencial el curso de medicina ambulatoria como instancia educativa.

Cuadro 3. ¿Cuál de los pases resulta de mayor utilidad?

Mañana	13 (25,5)
Tarde	32 (62,7)
Ambos	6 (11,8)
Ninguno	0 (0)

Datos resumidos como N (%).

Pase de la tarde y la mañana: jefes de residentes con residentes de primer año.

Cuadro 4. Opiniones acerca de los pases

- En los primeros meses de la residencia sirven todos por igual; los pacientes señalan que deberían pasar a terapia a fin de aprender las pautas de alarma o criterios de gravedad para tener en cuenta para reaccionar a tiempo en el piso de internación durante la guardia. Luego, una vez que se sistematizan los controles es bueno que se empiece a profundizar en el análisis e interpretación de los casos de la guardia es excesivamente largo. Analizar a un paciente interesante por día está bueno (sobre todo si es el primero que se pasa). El resto no se aprovecha
- Deberían ser más ordenados, enfocar los puntos activos por pacientes y escoger 1 o dos casos que ameriten revisión para la residencia
- Son extremadamente útiles: tanto al pensar qué es lo que tendríamos que controlar de un paciente cuanto a la forma de proceder frente a determinados eventos. También cuando se desarrolla alguna patología a través de un paciente disparador. En el pase de la mañana, con los errores cometidos, también se aprende
- El pase de guardia es el momento en el que se aprende en primer año. Con respecto al pase de la tarde, creo que la discusión a fondo (síntomas, estudios para realizar, diagnóstico y diagnósticos diferenciales, posibles complicaciones y conductas) de uno o dos pacientes de la guardia es el momento en el que más se aprende.

DISCUSIÓN

Informamos los resultados de una encuesta que evalúa la percepción de la utilidad educativa de diversas instancias en una residencia de Medicina Interna de la ciudad de Buenos Aires. Los residentes consideran que los pases de guardia de la tarde, los pases de internación y ambulatorios y los ateneos de internación son los momentos más propicios y eficaces para la adquisición de nuevo conocimiento. Los motivos por los cuales los residentes consideran que los pases de guardia constituyen la instancia más significativa para su aprendizaje no fueron aclarados en esta encuesta. Sin embargo, creemos que esto se debe a que, durante su transcurso, la discusión se centra fundamentalmente en el aprendizaje del residente y el esfuerzo se dirige a que los diagnósticos diferenciales, las conductas médicas e interpretaciones queden absolutamente claros. Más aún, es probable que los residentes sientan pudor de manifestar sus opiniones en otros escenarios; así, el pase constituye el lugar donde se sienten más libres para participar activamente.

Cuadro 5. Escalas de Likert sobre grados de acuerdo con distintas instancias académicas de la Residencia

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No aplica
Recorrida de internación: ¿se discuten suficientemente los diagnósticos y conductas con el médico de planta?	2	26	17	6	0	-
Recorrida de internación: ¿se discuten suficientemente los diagnósticos y conductas con el Residente Mayor?	14	25	9	3	0	-
¿Creés que los pases de ambulatorio aportan a la resolución de problemas en consultorio?	14	19	2	1	0	15
¿Creés que los pases de internación aportan al conocimiento de problemas frecuentes en internación?	11	18	8	0	1	13
¿Creés que los pases de internación aportan a la resolución de problemas frecuentes en internación?	10	17	8	2	1	13

Cuadro 6. Opiniones acerca de los pases de ambulatorio

- Me parece fundamental que tengamos un espacio para poder tratar los temas de consultorio. Me resulta de gran utilidad
- Es muy útil para el que presenta el caso. Para el aprendizaje me parece más práctico el consultorio acompañado. O en lo posible cámara Gesell
- Si bien resulta interesante presentar casos raros o atípicos, haría más hincapié en cuestiones prevalentes y comunes

Cuadro 7. Opiniones acerca de los pases de internación

- Me parece que en los pases de internación se presentan habitualmente los casos clínicos de difícil diagnóstico, pero no patologías frecuentes. Creo que es de los pases en los cuales menos participación tenemos, aunque está bueno asistir a la discusión de los médicos de planta
- Deberían comentarse más los pacientes en estudio que los pacientes ya resueltos
- Los pases dirigidos hacia los problemas sin resolución me parecen los más provechosos

Nuestros hallazgos resultan de importancia para la implementación de nuevas medidas que puedan incrementar el nivel y la calidad del aprendizaje llevado adelante durante el desarrollo de una residencia médica. Esto implica, por ejemplo, fortalecer diversas instancias consideradas útiles pero con poca participación, como los ateneos de internación. Más aún, dicha información puede guiar cambios en los pases de guardia dirigidos a la discusión más enfática de pacientes individuales relevantes ya sea por frecuencia, interés o rareza. Los resultados de esta encuesta también permiten ratificar que las instancias de aprendizaje mejor percibidas suelen ser activas (discutiendo, argumentando, opinando) más que pasivas (clases, ateneos, etc.). Resulta evidente que los residentes perciben que las instancias vinculadas a un mayor aprendizaje están más cerca del eje práctico que del estrictamente teórico.

Nuestro estudio presenta diversas limitaciones. En primer lugar, la validez externa de nuestros hallazgos se encuentra limitada por la selección inicial de los residentes al ingreso y por las características particulares que hacen a la práctica de la medicina en nuestro centro. Por ejemplo, la amplia predilección por los cursos y pases de internación puede reflejar el claro corte internista de nuestra residencia y no las características individuales de dichas instancias de aprendizaje. En segundo lugar, faltan datos prospectivos que asocien la calidad percibida del aprendizaje con el aprendizaje propiamente dicho y, de mayor relevancia

aún, con eventos clínicos relevantes. Es decir, calidad percibida no resulta sinónimo de calidad de enseñanza, aprendizaje o de práctica asistencial. En tercer lugar, dado que la encuesta fue realizada en el ámbito de la residencia, es posible que los residentes tengan mayor tendencia a valorar positivamente aquellas actividades en las que participan junto a colegas y jefes de residentes dada su mayor cercanía y afinidad en comparación con los médicos de planta.

Sin embargo nuestro estudio reúne varias ventajas. Contar con la información presentada resulta de interés para la planificación del currículo de la residencia, sus actividades y potenciales modificaciones. Este representa la primera aproximación a la visión que tienen los propios residentes

de su proceso formativo a lo largo de los cuatro años de residencia.

En conclusión, presentamos los resultados de una encuesta acerca de la calidad de enseñanza percibida por los residentes en un programa de residencia de Medicina Interna en un hospital universitario de tercer nivel. Dichos datos puede resultar de utilidad en la planificación de diversas instancias educativas y servir como base para estudios similares en poblaciones disímiles.

Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración y buena predisposición de la Residencia de Medicina Interna del Hospital Italiano de Buenos Aires por participar de esta encuesta.

Conflictos de interés: los autores declaran NO poseer conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Elizondo CM, Giunta DH, González Bernaldo de Quirós F, et al. [Internal Medicine Residencies in Argentina, 2008]. *Medicina (B Aires)*. 2010;70(2):143-50.
2. Elizondo CM, Giunta DH, Bernaldo de Quirós FG, et al. [Clinical research in internal medicine residencies in Argentina. Supporters and detractors]. *Medicina (B Aires)*. 2012;72(6):455-60.
3. Didwania A, McGaghie WC, Cohen E, et al. Internal medicine residency graduates' perceptions of the systems-based practice and practice-based learning and improvement competencies. *Teach Learn Med*. 2010;22(1):33-6.
4. Borrell Bentz RM. La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
5. Griffith CH 3rd, Rich EC, Hillson SD, et al. Internal medicine residency training and outcomes. *J Gen Intern Med*. 1997;12(6):390-6.
6. Ng VK, Burke CA, Narula A. Residents as teachers: survey of Canadian family medicine residents. *Can Fam Physician*. 2013;59(9):e421-7.

Accidente isquémico transitorio de causa hemodinámica

Santiago G. Pigretti, María C. Zurrú y José Alfie

RESUMEN

El síncope es una pérdida súbita y transitoria del estado de conciencia y el tono postural con restitución completa. Según su etiología se clasifica como reflejo (neuromediado), cardíaco, neurológico (isquemia vertebrobasilar) o indeterminado. Los síncope neurológicos se observan en contexto de accidente cerebrovascular isquémico o accidente isquémico transitorio; frecuentemente se asocian a signos deficitarios focales. Presentamos el caso de un síncope no neurológico con signos deficitarios focales en una paciente con marcada enfermedad aterosclerótica.

Palabras clave: síncope, accidente isquémico transitorio, pérdida del estado de conciencia, aterosclerosis carotídea, hipotensión ortostática.

TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK OF HEMODYNAMIC CAUSE

ABSTRACT

Syncope is the abrupt and transient loss of consciousness associated with absence of postural tone, followed by complete and usually rapid spontaneous recovery. In terms of etiology, syncope is classified as reflex (neurally mediated), cardiac, neurologic (vertebrobasilar ischemia) or indeterminate. The neurologic syncope occurs in the setting of stroke or transient ischemic attack, being most frequently associated with focal neurologic symptoms. We report a case of non-neurologic syncope followed with focal neurologic symptoms in a patient with atherosclerosis disease.

Key words: syncope, transient ischemic attack, loss of consciousness, carotid atherosclerotic disease, orthostatic hypotension.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(2): 49-52.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 68 años, que consulta en la guardia por episodio de asimetría facial y afasia de expresión, de aproximadamente 10 minutos de duración consecutivo a un episodio presincope. En los 4 meses previos había experimentado síntomas ortostáticos recurrentes y episodios de síncope posprandial precedidos por diaforesis y palidez. Tiene hipertensión arterial tratada con hidroclorotiazida 25 mg y losartán 50 mg, dislipidemia mixta y tabaquismo. Ingresa lúcida, sin signos de déficit focal neurológico, afebril y con 150/70 mm Hg de presión arterial.

Los estudios de imágenes mostraron:

- **Resonancia magnética nuclear de cerebro con técnicas de difusión-perfusión:** ausencia de lesiones isquémicas agudas. Secuencia de perfusión con incremento del tiempo de tránsito medio de gadolinio y disminución del flujo sanguíneo cerebral en territorio de arteria cerebral media izquierda (Fig. 1).
- **Angiorresonancia de cerebro:** ausencia de ambas carótidas internas a nivel cerebral, con un circuito posterior dominante a expensas de la arteria vertebral derecha, la

cual forma la arteria basilar y llena el circuito anterior por la arteria comunicante posterior derecha (Fig. 2).

- **Angiografía digital:** oclusión de ambas carótidas a nivel de la bifurcación, con arteria vertebral derecha dominante que rellena el territorio posterior y el anterior por la arteria comunicante posterior derecha. Se observa circulación colateral al territorio anterior por la arteria oftálmica izquierda y ramas de temporal superficial izquierda, con estenosis no significativa de la carótida externa izquierda. La vertebral izquierda ocluida con recanalización por ramas cervicales. (Figs. 3 y 4).
- **Angiotomografía de aorta:** irregularidad de luz vascular principalmente de la aorta torácica descendente y abdominal, a expensas de placas de ateromas calcificadas y otras de tipo blando con presencia de úlceras y sectores de trombosis mural. Estenosis de tipo significativo en su sector distal de la aorta abdominal infrarrenal a 20 mm aproximadamente de la bifurcación aortoiliaca.
- **Tomografía por emisión de positrones (PET):** sin evidencia de alteraciones significativas en la distribución del radiofármaco (F18- fluorodesoxiglucosa).

El cuadro fue interpretado como ataque isquémico transitorio de causa hemodinámica secundaria a aterosclerosis obstructiva. Se descartó vasculitis por ausencia de actividad inflamatoria en la PET y parámetros serológicos de vasculitis. También se descartaron factores

Recibido: 20/05/15

Entregado: 02/06/15

Servicio de Neurología (S.G.P., M.C.Z.). Servicio de Clínica Médica (J.A.). Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia: santiago.pigretti@hospitalitaliano.org.ar

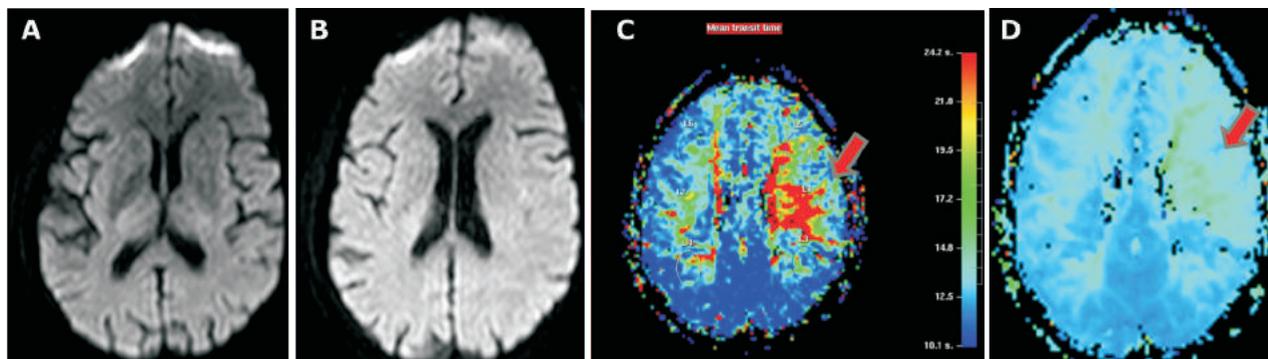


Figura 1. A Y B: Difusión cerebral negativa para isquemia . C: Aumento del Tiempo de transito medio (Flecha) y D: disminución del flujo sanguíneo cerebral (flecha) en perfusión por resonancia. Topografía de arteria cerebral media izquierda.



Figura 2. Angioresonancia de vasos intracraneanos sin contraste: Sistema posterior (vertebrobasilar) con señal conservada. El sistema anterior (carotideo) tiene escasa representación de flujo bilateral. La arteria cerebral media izquierda tiene menor representación de flujo distal que la arteria contralateral. Flecha.

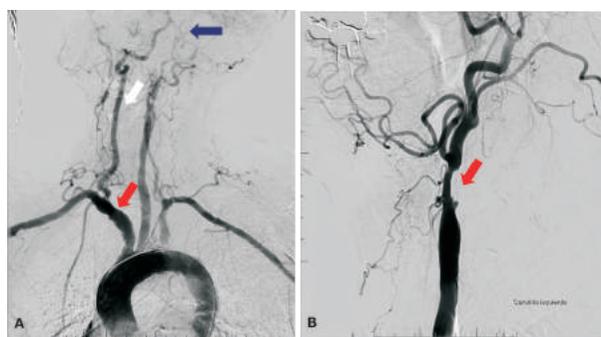


Figura 3. Angiografía de vasos de cuello. A. Ausencia del origen de la arteria carótida primitiva derecha (flecha roja). Vertebral derecha dominante (flecha blanca). Vertebral izquierda que se ocluye a nivel del cuello, sin aportar flujo a circuito posterior (flecha azul) B. Oclusión del origen de la arteria carótida interna izquierda en su origen (flecha roja).

la disminución de la resistencia periférica con aumento recíproco del volumen minuto (Fig. 6). La paciente no volvió a repetir eventos neurológicos con la optimización del tratamiento antihipertensivo.

DISCUSIÓN

La presencia de síntomas deficitarios focales posteriores a un evento de hipofluj o cerebral orienta a pensar en una estenosis fija del territorio índice¹⁻³. Presentamos el caso de una paciente con marcada enfermedad vascular ateromatosa que se mantuvo silente durante años y que se manifestó como AIT hemodinámico secundario a síncope por hipotensión arterial. La perfusión cerebral por resonancia objetivó el territorio susceptible de sufrir isquemia. Debido a las características anatómicas de las lesiones se descartó la opción quirúrgica o endovascular. Hasta la fecha, la paciente continúa asintomática. El caso plantea el dilema de tratar la hipertensión sistólica en el contexto de baja presión diastólica e isquemia cerebral sintomática. Por otro lado, la hipertensión mal controlada aumenta la variabilidad de la presión arterial y predispone

protrombóticos genéticos o adquiridos incluida la determinación de homocisteína y beta 2 glucoproteínas. El manejo médico incluyó aspirina, rosuvastatina 40 mg y titulación de fármacos antihipertensivos guiada por mediciones domiciliarias. La monitorización ambulatoria de presión arterial (Fig. 5) ilustra una patente de hipertensión sistólica aislada, con elevada variabilidad de la presión arterial y ausencia de ritmo circadiano, tras la suspensión del tratamiento antihipertensivo (a), y su posterior normalización tomando dosis bajas de amlodipina y valsartán (b). La cardiografía por impedancia mostró que la disminución de la presión arterial asociada al nuevo tratamiento antihipertensivo fue dependiente de

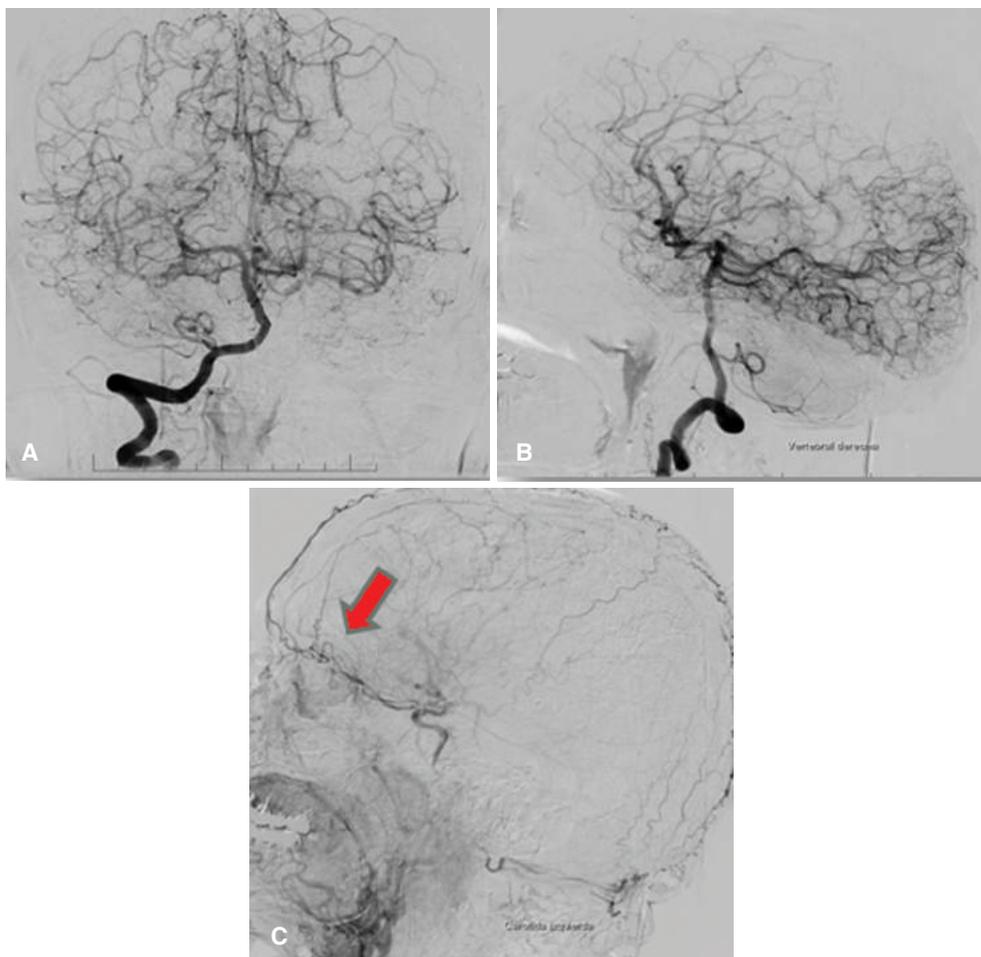


Figura 4. Angiografía digital. Arteria vertebral derecha dominante, que aporta la totalidad del flujo sanguíneo cerebral a circuito posterior(A) y circuito anterior(B). C.Anastomosis carótida externa e interna a través de arteria oftálmica (flecha).

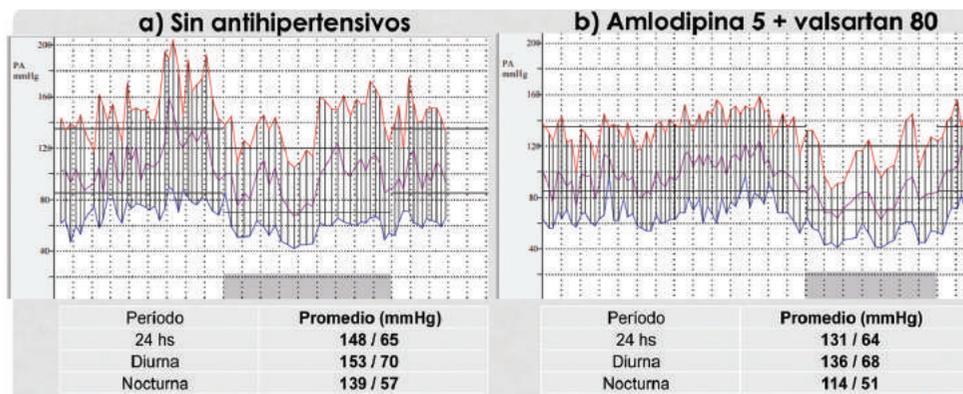


Figura 5. Monitoreo ambulatorio de presión arterial de 24 horas libres de medicación antihipertensiva (a) y recibiendo amlodipina 5 y valsartán 80 g (b). Se destaca la disminución del promedio y la variabilidad de la presión sistólica con el tratamiento, manteniendo la misma presión diastólica.

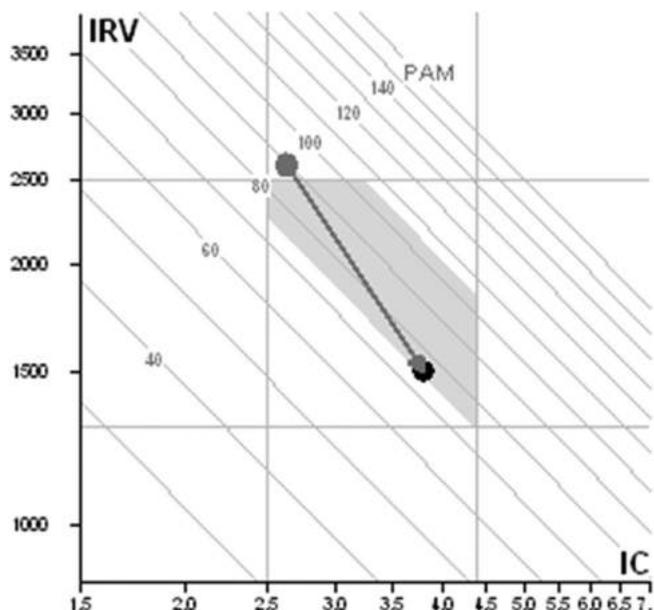


Figura 6. Evolución de la patente hemodinámica asociada al tratamiento con amlodipina y valsartan (cardiografía por impedancia). IRV, índice de resistencia vascular ($\text{dinas.s.cm}^{-5}.\text{m}^2$); IC, índice cardíaco (L.m.m^2); PAM, presión arteria media.

a la hipotensión por contracción de volumen debido al mecanismo de natriuresis por presión. El tratamiento diurético puede exacerar la contracción de volumen.

Por el contrario, los bloqueantes cálcicos pueden mejorar el flujo cerebral y disminuir el riesgo de caídas en hipertensos ancianos⁴.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Ryan DJ, Kenny RA, Christensen S, et al. Ischaemic stroke or TIA in older subjects associated with impaired dynamic blood pressure control in the absence of severe large artery stenosis. *Age Ageing*. 2015; 44(4):655-61.

2. Ryan DJ, Harbison JA, Meaney JF, et al. Syncope causes transient focal neurological symptoms. *QJM*. 2015 Sep; 108(9):711-8.

3. Yanagihara T, Klass DW, Piepgras DG, Houser OW. Brief loss of consciousness

in bilateral carotid occlusive disease. *Arch Neurol*. 1989; 46(8):858-61.

4. Habtemariam D, Gagnon M, Iloputaife I, et al. Reexamining the effect of antihypertensive medications on falls in old age. *Hypertension*. 2015; 66(1):183-9.

Cirugía transoral robótica en otorrinolaringología

Carlos Boccio, Eduardo Busto y Elián García Pita

RESUMEN

La cirugía robótica constituye uno de los avances más novedosos de la medicina de las últimas décadas y el que ha sido más beneficioso para los pacientes. Su aporte fue fundamental para diferentes procedimientos quirúrgicos, al agilizar la cirugía y aumentar su precisión.

Actualmente, su utilización en las diferentes especialidades médicas, como la cirugía de cabeza y cuello, permite realizar abordajes mínimamente invasivos, evitando las grandes incisiones externas y reduciendo de esta manera la morbilidad y el tiempo de internación.

Palabras clave: cirugía robótica, TORS, cirugía transoral.

TRANSORAL ROBOTIC SURGERY IN OTOLARYNGOLOGY

ABSTRACT

Robotic surgery is one of the advances of medicine in recent decade that has been more novel and beneficial to patients. Its contribution was very important to different surgical procedures, decreasing surgical time and increasing its accuracy.

Currently, its use in different medical specialties, such as head and neck surgery, allows minimally invasive approaches, avoiding large external incisions, thereby reducing morbidity and length of stay.

Key words: robotic surgery, TORS, transoral surgery.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(2):53-56.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la cirugía robótica transoral (TORS) constituye el tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo más eficaz para la cirugía de cabeza y cuello. El sistema quirúrgico Da Vinci permite al cirujano, y proporciona al paciente, un procedimiento equivalente a la cirugía transoral tradicional, pero con la ventaja de tener alta definición en tres dimensiones para la identificación de las estructuras, sumado a la precisión y destreza proporcionada por la instrumentación robótica.

Se podría definir un “robot” como aquel aparato o dispositivo que permite manipular objetos y realizar acciones, sin la participación de un ser humano. Su origen se remonta a la década del 50, momento en el cual comenzó a utilizarse en las empresas de fabricación de automóviles, permitiendo una mayor producción con menores costos. Con respecto a su inclusión en la medicina, sus inicios fueron en el área neuroquirúrgica: se utilizó en las punciones-biopsias cerebrales en la década de los años ochenta; a partir ese momento, su desarrollo se ha producido a pasos agigantados.

PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS TORS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

El síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) constituye un trastorno frecuentemente visto en la población general, y su tratamiento es de gran importancia, debido a la multitud de alteraciones neuroconductuales y cardiopulmonares que deterioran la calidad de vida. El tratamiento estándar para los pacientes con SAHOS moderado a severo es la utilización de dispositivos que envían aire a presión (CPAP) a la vía aérea durante el sueño, venciendo las resistencias fisiológicas de esta. Aunque el CPAP es un tratamiento muy seguro y eficaz, no es el universalmente aceptable para todos los pacientes. Para aquellos que no lo toleran o no desean utilizarlo, el tratamiento quirúrgico puede ser una opción importante para tener en cuenta; los enfoques son múltiples e intentan hacer frente a obstrucciones en varios niveles de la vía aérea superior. A pesar de los avances en el tratamiento quirúrgico del SAHOS, este sigue siendo un reto para la mayoría de los médicos. Por lo tanto, existe una necesidad crítica de mejorar dichos tratamientos, ya sea a través de un cambio en el paradigma o de los avances tecnológicos, dando inicio a la era de utilización de la cirugía transoral robótica en el síndrome de apneas del sueño.

Mientras que la cirugía transoral con láser es un abordaje quirúrgico para la patología tanto benigna como maligna del tracto aerodigestivo superior ya establecido y reconocido como válido para el tratamiento de estas lesiones, la cirugía transoral robótica es una técnica emergente

que está adquiriendo rápidamente gran popularidad en los últimos años en esta patología. Su desarrollo se ha producido gracias a los avances tecnológicos logrados en el área de la medicina y la salud, y, sin duda alguna, este procedimiento –utilizado mayormente en urología– se irá abriendo camino en las diferentes especialidades médicas. La cirugía robótica transoral es una técnica quirúrgica que brinda una opción alternativa a la cirugía abierta, al láser y a la quimioterapia/radioterapia, dado que es uno de los procedimientos mínimamente invasivos más eficaces para los diferentes trastornos de la región de la cabeza y el cuello (Figs. 1 y 2). La FDA (Food and Drug Administration) ha aprobado su utilización en resecciones de lesiones oncológicas en estadios T1 y T2; es ampliamente empleado en tratamientos de cáncer de orofaringe (amígdalas, velo del paladar, paredes laterales y posterior) y laringe (supraglotis), así como también en patología benigna de estas localizaciones.

Mohssen, Ansarin y cols. publicaron en el año 2013 un trabajo en el que comparan 10 pacientes operados en

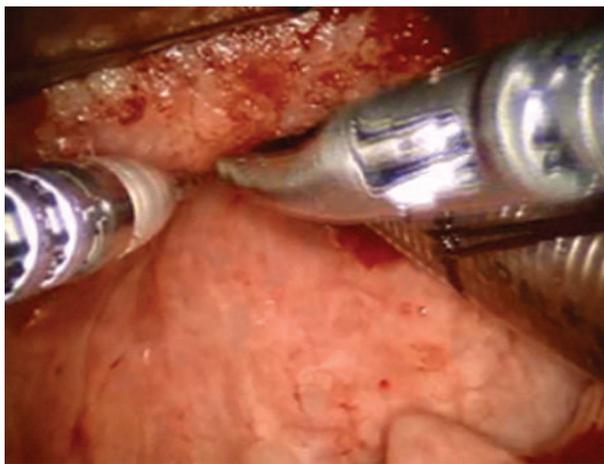


Figura 1. TORS de base de lengua.



Figura 2. TORS de paladar blando.

forma transoral mediante láser de CO₂ con 10 pacientes operados en forma transoral robótica. Los estadios tumorales fueron T1-T2. Los autores concluyen que la cirugía TORS es tan segura y eficaz como la cirugía transoral tradicional, pero con tiempos quirúrgicos menores. A su vez, More, Yogesh y cols. publicaron también en 2013 un trabajo prospectivo en el que evaluaron los resultados de la deglución en pacientes con cáncer de laringe supraglótico y orofaringe (ambos, estadio I-III) sometidos a cirugía robótica transoral comparados con aquellos que recibieron tratamiento primario quimiorradiante. Fueron un total de 40 pacientes, distribuidos equitativamente en ambos abordajes terapéuticos. Se evaluó la deglución mediante el Inventario de disfagia de Anderson. Los autores concluyen el trabajo afirmando que la cirugía robótica transoral presenta mejores resultados en lo que respecta a la deglución y la morbilidad en comparación con el tratamiento primario quimiorradiante.

Debido a la eficacia de la cirugía robótica transoral en los pacientes con cáncer del tracto aerodigestivo superior, esta técnica comenzó a utilizarse en los pacientes con síndrome de apneas/hipopneas obstructivas del sueño, actuando en los diferentes sectores de la orofaringe afectados en este síndrome (paladar, base de lengua, amígdalas).

Lin y cols. publicaron, en el año 2013, un trabajo en el cual evaluaban la eficacia de la resección de la base de lengua vía TORS en el tratamiento del SAHOS. Entre 2010 y 2012 realizaron este procedimiento en 12 pacientes. Se obtuvieron en el posoperatorio diferencias significativas en lo que respecta al índice de apnea-hipopnea (reducción del 56%) y a la Escala de Epworth (promedio 13,7 en el preoperatorio vs. 6,4 en el posoperatorio). Los autores concluyen que el uso de TORS en el SAHOS es prometedor, pero que se requieren más estudios al respecto que avalen estos resultados. Friedman y cols. publicaron, en el año 2012, un trabajo en el cual evaluaban la eficacia de la glossectomía de la línea media vía TORS en el tratamiento del SAHOS, procedimiento realizado en 27 pacientes. Los autores concluyen que la reducción del índice de apnea-hipopnea es mayor en pacientes tratados con esta técnica en comparación con pacientes tratados con radiofrecuencia o resección submucosa mínimamente invasiva.

VENTAJAS DE LA CIRUGÍA TRANSORAL ROBÓTICA

La cirugía transoral robótica presenta múltiples ventajas con respecto a los abordajes quirúrgicos tradicionales; estas pueden ser clasificadas en beneficios para el cirujano y beneficios para el paciente.

Entre las primeras, el procedimiento permite la resección de tumores a través de la cavidad oral (evitando, en muchos casos, la técnica abierta vía mandibulectomía), mejora el acceso y visión de la anatomía (eliminando limitaciones de línea de visión asociadas a las técnicas transorales convencionales), presenta una mayor capacidad de disección

fina y, de ser necesaria, la reconstrucción para preservación de la función del órgano, y permite la detección segura de los márgenes oncológicos para una completa remoción en bloque del tumor. Además, los tiempos quirúrgicos suelen ser menores y la recuperación, más rápida.

Entre las ventajas para el paciente se describen la escasa pérdida hemática durante el procedimiento, la ausencia de cicatrices visibles o desfiguramiento; se evita la traqueostomía, se minimiza o, incluso, elimina la necesidad de terapias adyuvantes (quimioterapia/radiación); ofrece baja tasa de complicaciones, corta hospitalización, rápida recuperación, retorno rápido al habla y deglución y un excelente control del cáncer.

COMPONENTES DE LA CIRUGÍA TRANSORAL Y CONFIGURACIÓN DEL QUIRÓFANO

Los tres componentes del robot Da Vinci son: la consola de mando, la torre integradora y el carro paciente (Fig. 3). La primera constituye el sitio en el cual el cirujano, sin requerimiento de estar estéril y lejos de la camilla de operación, lleva a cabo el procedimiento quirúrgico en posición sentado; presenta la percepción de estar próximo al paciente, a través un sistema binocular tridimensional y con un aumento de la visión 10× a través de un endoscopio de 12 mm con angulación de 0 o 30° (esta última para procedimientos en la base de la lengua profunda), que posee dos ópticas en su interior de 5 mm con sus respectivas fuentes de luz y cámaras endoscópicas. El cirujano realiza los pasos quirúrgicos a través de los dedos índice y pulgar de sus dos manos que son colocados en los aros de la consola, manejando de esta manera el instrumental del carro paciente con una precisión milimétrica y eliminando cualquier tipo de temblor fisiológico o patológico. La torre integradora es el elemento intermedio que actúa como conector de los otros dos componentes de la cirugía robótica. Con respecto al último elemento, el carro constituye el robot en sentido estricto. Suele presentar 3 brazos: el central, que incluye la óptica, y los laterales,

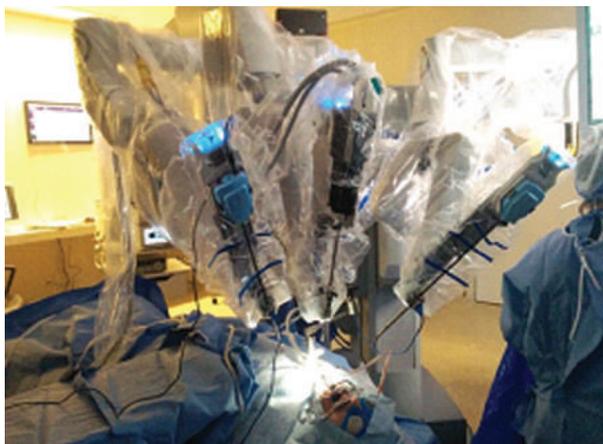


Figura 3. Carro robot.

que constituyen la extensión de las manos del cirujano y son los que realizan los diferentes pasos de la cirugía con el instrumental robótico.

El carro se posiciona a 30° desde la derecha de la camilla, el ayudante del cirujano se ubica sobre la cabeza del paciente y desempeña un papel activo durante la cirugía (Fig. 4). Se debe colocar el dispositivo bucal Da Vinci y ubicar los brazos en la cavidad oral antes de iniciar el procedimiento.

CONCLUSIONES

En la actualidad, la cirugía robótica transoral (TORS) constituye el tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo más eficaz para la cirugía de cabeza y cuello. El sistema quirúrgico Da Vinci permite al cirujano, y proporciona al paciente, un procedimiento equivalente a la cirugía transoral tradicional, pero con la ventaja de tener alta definición en tres dimensiones para la identificación de las estructuras, sumado a la precisión y destreza proporcionada por la instrumentación robótica.

Mientras que la cirugía transoral con láser es un abordaje quirúrgico para la patología tanto benigna como maligna del tracto aerodigestivo superior ya establecido y reconocido como válido para el tratamiento de estas lesiones, la cirugía transoral robótica es una técnica emergente que está adquiriendo rápidamente gran popularidad en los últimos años. Su desarrollo se ha producido gracias a los avances tecnológicos logrados en el área de la medicina y la salud y, sin duda alguna, este procedimiento –utilizado mayormente en urología– se irá abriendo camino en las diferentes especialidades médicas.

Actualmente, su utilización en las diferentes especialidades médicas, como la cirugía de cabeza y cuello, permite realizar abordajes mínimamente invasivos, evitando las grandes incisiones externas y reduciendo de esta manera la morbilidad y el tiempo de internación.

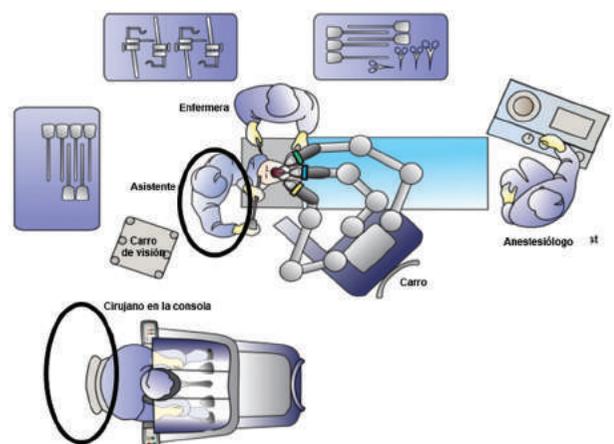


Figura 4. Disposición del quirófano.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ansarin M, Zorzi S, Massaro MA, et al. Transoral robotic surgery vs transoral laser microsurgery for resection of supraglottic cancer: a pilot surgery. *Int J Med Robot.* 2014;10(1):107-12.
- Boudreaux BA, Rosenthal EL, Magnuson JS, et al. Robot-assisted surgery for upper aerodigestive tract neoplasms. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;135(4):397-401.
- Crawford JA, Montecchi F, Vicini C, et al. Transoral robotic sleep surgery: the obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Otolaryngol Clin North Am.* 2014;47(3):397-406. Erratum in: *Otolaryngol Clin North Am.* 2014 Aug;47(4):xiii. Montecchi, Filippo [corrected to Montecchi, Filippo].
- Friedman M, Hamilton C, Samuelson CG, et al. Transoral robotic glossectomy for the treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;146(5):854-62.
- Lin HS, Rowley JA, Badr MS, et al. Transoral robotic surgery for treatment of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome. *Laryngoscope.* 2013;123(7):1811-6.
- More YI, Tsue TT, Girod DA, et al. Functional swallowing outcomes following transoral robotic surgery vs primary chemoradiotherapy in patients with advanced-stage oropharynx and supraglottis cancers. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139(1):43-8. Erratum in: *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;139(3):292.
- O'Malley BW Jr, Weinstein GS, Snyder W, et al. Transoral robotic surgery (TORS) for base of tongue neoplasms. *Laryngoscope.* 2006;116(8):1465-72.
- Smith RV. Transoral robotic surgery for larynx cancer. *Otolaryngol Clin North Am.* 2014;47(3):379-95.
- Vicini C, Dallan I, Canzi P, et al. Transoral robotic surgery of the tongue base in obstructive sleep Apnea-Hypopnea syndrome: anatomic considerations and clinical experience. *Head Neck.* 2012;34(1):15-22.
- Weinstein GS, O'Malley BW Jr, Snyder W, et al. Transoral robotic surgery: radical tonsillectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;133(12):1220-6.

Bombas de insulina (BI)

Adrián Proietti y Luis Grosembacher

RESUMEN

En la década pasada, el conocimiento sobre la historia natural y fisiopatogenia de la diabetes tipo 1 tuvo un importante crecimiento, particularmente en relación con predicción, heterogeneidad, patología pancreática y su epidemiología. Las mejoras tecnológicas específicamente en el desarrollo de bombas de insulina y sensores continuos de glucosa ayudan a los pacientes con diabetes tipo 1 en el desafío de la administración de insulina a largo plazo. A pesar de grandes inversiones sobre distintos aspectos de la enfermedad (financiación de proyectos, organizativos, educacionales, etc.) no existe hasta el momento la prevención ni la cura para la diabetes tipo 1, y sumado a esto la calidad sobre el manejo de la enfermedad es muy heterogéneo. Como el control glucémico mejora con un tratamiento intensificado (múltiples inyecciones de insulina), el número y frecuencia de eventos hipoglucémicos tienden a incrementarse. La hipoglucemia es generadora de cuadros de estrés, ansiedad y deterioro de la calidad de vida en los pacientes con diabetes. Una de las razones por las cuales existe gran dificultad de alcanzar los objetivos glucémicos en pacientes con diabetes tipo 1 es la variabilidad en la absorción de la insulina inyectada en forma subcutánea, la que conlleva mayor e impredecible variabilidad en la concentración glucémica y todo esto en general se relaciona con valores elevados de hemoglobina glicosilada e hipoglucemia. La terapia con bomba de insulina se inició hace más de 30 años con el objetivo de mejorar el control en pacientes con diabetes tipo 1. El objetivo de esta revisión es actualizar las herramientas tecnológicas en el tratamiento de la diabetes.

Palabras clave: bomba de insulina, sensor continuo de glucosa, diabetes tipo 1, páncreas artificial, basal temporal.

INSULIN PUMPS (IP)

ABSTRACT

Over the past decade, knowledge of the pathogenesis and natural history of type 1 diabetes has grown substantially, particularly with regard to disease prediction and heterogeneity, pancreatic pathology, and epidemiology. Technological improvements in insulin pumps and continuous glucose monitors help patients with type 1 diabetes manage the challenge of lifelong insulin administration. Agents that show promise for averting debilitating disease-associated complications have also been identified. However, despite broad organisational, intellectual, and fiscal investments, no means for preventing or curing type 1 diabetes exists, and, globally, the quality of diabetes management remains uneven. As glycemic control improves with intensified insulin regimens, the frequency of hypoglycemia tends to increase. Hypoglycemia is the cause of considerable stress and anxiety, impaired well-being, and poor quality of life in patients with type 1 diabetes. One reason for continued poor glycemic control in patients with type 1 diabetes is the erratic absorption and action of subcutaneously injected insulin, which lead to unpredictable swings in blood glucose concentrations, and those swings, in themselves, are associated with elevated glycated hemoglobin levels and hypoglycemia. Insulin-pump therapy, or continuous subcutaneous insulin infusion, was introduced more than 30 years ago as a procedure for improving glycemic control in patients with type 1 diabetes. The primary goal is to perform an up date about the new technological tools in diabetes treatment.

Key words: insulin pump, continuous glucose monitoring, type 1 diabetes, artificial pancreas, temporal basal.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(2): 57-61

Está bien establecido que existe una estricta relación entre las complicaciones microvasculares de la diabetes (DM) y la duración y gravedad de la hiperglucemia. Como consecuencia, se han realizado numerosos esfuerzos para ayudar a los pacientes a alcanzar niveles de glucemia lo más cercanos a lo normal. El objetivo ideal en el manejo actual de los pacientes con DM1 es el reemplazo fisiológico con insulina; un ejemplo de ello es el uso de múltiples inyecciones de insulina (MI). En la actualidad, imaginar un orden de importancia decreciente en relación con los diferentes objetivos glucémicos ubicaría en primer lugar la

variabilidad glucémica; en segundo lugar (o bien compartiendo el primero), reducir el tiempo en estado y número de hipoglucemias; en tercer lugar, reducir el tiempo en estado de hiperglucemia y, una vez alcanzados estos tres puntos, entonces sí obtener una verdadera hemoglobina glicosilada (A1c) como objetivo “real”, y que todos los pacientes logren ser persistentes en el tiempo para así conseguir la mayor homeostasis de la glucemia con distintos patrones de insulino-secreción, la necesaria para cada uno de nuestros pacientes en forma individualizada.

Muchas organizaciones han propuesto diferentes objetivos glucémicos, como la Asociación Americana de Diabetes que recomienda una meta general para $A1c \leq 7\%$ y que esta pueda ser más flexible en el caso de características según el subgrupo de pacientes. Sin embargo, a nivel poblacional estos objetivos son muy difíciles de alcanzar. Está claro

Recibido 9/08/15

Aceptado 16/09/15

Sección Diabetes y Metabolismo, Servicio de Endocrinología, Metabolismo y Medicina Nuclear. Hospital Italiano de Buenos Aires
Correspondencia: adrian.proietti@hospitalitaliano.org.ar

que el control glucémico mejora con un tratamiento intensificado pero, en paralelo con esta mejoría, se incrementa el nivel de hipoglucemia. La hipoglucemia es una causa de estrés y ansiedad, pérdida de bienestar y pobre calidad de vida en pacientes con DM 1 (el 35-40% de estos presenta regularmente un episodio con tales características). Aproximadamente un 25% de los pacientes pierde la percepción de los síntomas vinculados al síndrome hipoglucémico y tiene un riesgo de hipoglucemia grave que se incrementa 6 veces más. De hecho, la hipoglucemia es la gran barrera para adquirir un buen control glucémico en los pacientes con DM. Una razón para continuar con un mal control metabólico en pacientes con DM1 es la absorción y la acción errática de la insulina en el tejido subcutáneo (TSc), que conducen a una mayor variabilidad glucémica; finalmente es el TSc el que determina que la insulina sea más o menos predecible en su cinética de acción.

Otra razón para continuar con un pobre control glucémico es la escasa flexibilidad que ofrecen los análogos de insulina de acción lenta. Como ejemplo práctico se puede mencionar que, ante la necesidad de realizar un cambio de requerimiento mientras se desarrolla la acción de la insulina durante una actividad física de moderada intensidad, la insulina no permite la adaptación de su concentración y esto genera mayor consumo de glucosa, exponiendo al paciente a un estado de sobreinsulinización lamentablemente protegido con una ingesta no reglada. A esto se le suma la multiplicidad de ingestas, las cuales requieren incrementar el número de inyecciones y pueden provocar una reducción en la adherencia por parte de los pacientes.

El tratamiento con BI (bomba de insulina de infusión continua en TSc) comenzó hace más de 30 años, con el propósito de mejorar el control glucémico en pacientes con DM1 a fin de simular un patrón de insulinización lo más

cercano al producido en una persona sin DM (esto sería más fisiológico).

Una BI con insulina análogo de acción rápida permite un patrón de insulinización basal 24 horas por día a través de una fina cánula aplicada en el TSc, con la posibilidad de colocar bolos en los períodos de ingesta, esto último realizado por los mismos pacientes. Las BI actuales pueden modificar su infusión predeterminada frente a un requerimiento diferente inmediato llamado “basal temporal” pudiendo de esta manera adaptarse mejor a una condición fisiológica de cambio en el requerimiento de insulina. En relación con los bolos, presenta un modelo matemático que le permite sugerir con precisión la carga de insulina que se va a administrar teniendo en cuenta los siguientes elementos: el contenido de carbohidratos (Ch) de la ingesta, la glucemia preingesta, la sensibilidad (factor de corrección; es lo que se estima de reducción de glucemia con 1 unidad de insulina [análogo rápido] desde un estado de hiperglucemia). A esto se suma la actividad de la insulina, que tiene como objetivo evitar la multiplicidad de bolos durante el accionar de un bolo previo y previene la superposición de bolos. En caso de intentar dar un nuevo bolo, este sistema pone en pantalla un freno refiriendo la cantidad que aún se encuentra en actividad del bolo previo. Por último, hay que mencionar el objetivo glucémico, el cual será el parámetro de referencia que utilizará la BI para sus cálculos matemáticos y para determinar –a partir del valor glucémico– desde dónde y hacia dónde infundirá insulina.

La BI presenta programa computarizado con la posibilidad de realizar una bajada de datos a través de un software que permite el análisis retrospectivo de los datos sobre un período de tiempo seleccionado tanto por el médico tratante como por su paciente. El tratamiento con BI puede mejorar el control glucémico en pacientes con DM1 debido a que

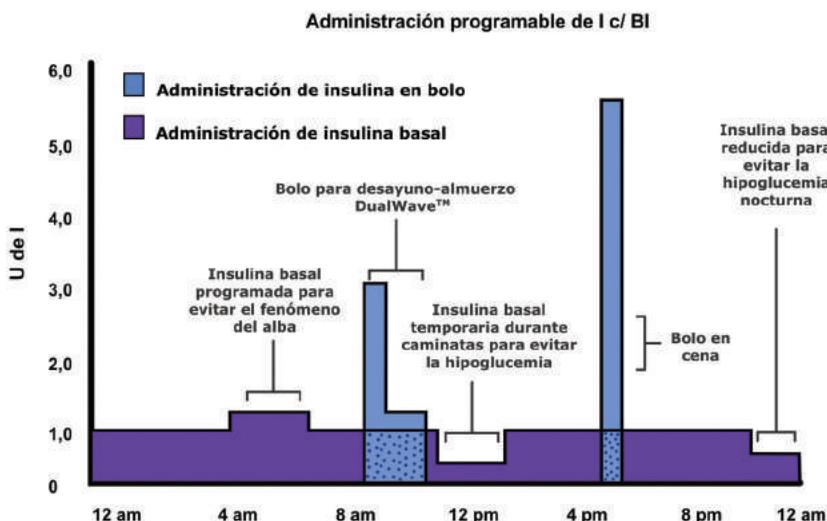


Figura 1. Estructura de distribución de insulina basal. Tipos de bolos. Se observan basales respetando fenómenos de insulinosensibilidad (violeta); en azul, tipos de bolos.

reduce la variabilidad glucémica diaria *versus* el observado con MI. Este efecto estaría relacionado con el depósito fraccionado de insulina en TSc siendo el coeficiente de variación para la absorción aproximadamente de $\pm 3\%$, comparado con un $\pm 50\%$ para grandes dosis de insulina NPH inyectada. La reducción de la variabilidad glucémica permite que los pacientes mejoren su A1c sin incrementar el riesgo de hipoglucemia agregando tal como fue demostrado por experiencias previas el impacto positivo en la reducción de marcadores de estrés oxidativo. Diferentes metanálisis de estudios aleatorizados de control glucémico con MI *versus* BI han mostrado que los niveles de A1c son significativamente menores a partir de la terapia con BI aproximadamente en alrededor de 0,3-0,6%, junto con una disminución del 10 al 20% del volumen de insulina utilizada previamente. Por ejemplo, la reducción esperada en la A1c es del 2% cuando la A1c basal es del 10% y del 0% cuando la A1c es del 7%. Sumado a esto último, en muchos estudios el tratamiento con BI fue preferido sobre la MI en relación con aspectos de satisfacción, calidad de vida y percepción de salud general y salud mental.

La mayoría de los pacientes con DM1 puede alcanzar un control aceptable con MI cuando esta se aplica rigurosamente. De esta forma, lo mejor es reservar el uso de BI para quienes tengan una indicación con gran evidencia resumida en los siguientes puntos:

INDICACIONES SUGERIDAS PARA EL INICIO DEL TRATAMIENTO CON BI EN UN PACIENTE CON DM1

- 1) A1c elevada a pesar de los mejores intentos con MI (con BI es costo-efectiva cuando la A1c basal es $\geq 8,5\%$).
- 2) Hipoglucemias sintomáticas frecuentes a pesar de los mayores intentos con el tratamiento con MI.
- 3) En niños, niveles de A1c elevados e hipoglucemias sintomáticas bajo tratamiento con MI sumado cuando el juicio médico determina que deja de ser práctico el uso de MI en esta población.
- 4) Durante el primer trimestre del embarazo o bien antes de la concepción cuando el objetivo de A1c ($< 6,1\%$) no puede ser alcanzado debido a una mayor frecuencia de hipoglucemias.

MI: múltiples inyecciones de insulina involucran un esquema con análogo basal más análogo rápido, frecuente automonitorización capilar, educación en conteo de carbohidratos y buena frecuencia de contacto con el equipo multidisciplinario.

En adultos, las indicaciones incluyen generalmente pobre control glucémico o hipoglucemias sintomáticas a pesar de los esfuerzos que se realizan con la intensificación de las MI, aunque también existen indicaciones específicas dependiendo de las sociedades médicas que utilizan diferentes puntos de corte en relación con la A1c $> 8,5\%$ o

$> 7,5$ como son el grupo NICE y la Sociedad Francesa de Diabetes, respectivamente.

El tratamiento con BI debería ser iniciado por un equipo especializado que incluya un médico endocrinólogo (jerarquizado en diabetes), enfermera especialista en diabetes y un licenciado en nutrición entrenado en procedimientos relacionados con la BI. El inicio por médicos de atención primaria no está recomendado. En relación con el paciente es importante que este se encuentre motivado para el uso de la BI, pues debería realizar la automonitorización capilar de glucosa de 4 a 6 veces por día, aplicar conteo de Ch y trabajar activamente con los técnicos educadores sobre el uso optimizado de la BI. Por el contrario, no se recomienda su colocación en el caso de un paciente sin un completo entrenamiento, la ausencia de equipo especializado o la existencia de trastornos psiquiátricos de importancia en el paciente. A nivel comercial, la BI presenta reservorios de aproximadamente 300 U y 200 U (versión adulto y pediátrico, respectivamente), una batería con una duración de varias semanas y un control electrónico como sistema operador. Suele tener una pantalla en donde se pueden ir observando las conductas adoptadas con el sistema electrónico. La mayoría de las BI poseen una cánula plástica flexible (catéter de infusión) de 60 a 110 cm de largo, cuyo extremo distal posee una cánula de teflón o bien una aguja de metal, las cuales se insertan en el Tcs. Esto último puede ser realizado en forma manual o bien con un dispositivo de forma automatizada. En el mercado internacional encontramos BI parche (*patch pump*) sin catéteres, y un modelo de pantalla táctil (*Slim® Tandem*) con posibilidades de ingresar en nuestro país en un tiempo prudencial.

La insulina de elección para estos dispositivos es la insulina monomérica, análogos rápidos como son la insulina aspártica, lispro o glulisina. No existe evidencia sobre el uso de estas en una BI con beneficio adicional de una sobre la otra, por lo cual las tres son de gran utilidad para estos casos.

El cálculo de la estructura de insulina basal se realiza de diferentes maneras; algunos centros proponen reducir un 20% de lo utilizado con las MI del esquema previo; sin embargo, la forma más fisiológica sería calculando 0,2-0,3 U/kg y distribuyéndola según los diferentes periodos de insulinosensibilidad: 1) la mayor sensibilidad se registra en la primera mitad de la noche (0-4 a.m.), 2) el fenómeno del amanecer constituye el periodo de menor insulinosensibilidad (4-8 a.m.) y 3) el resto del día muestra una sensibilidad intermedia entre los periodos previamente citados. La dosis total de insulina total representa el 40 al 50% de la dosis total de insulina diaria; según algunos trabajos actuales, en los pacientes con DM1 delgados y con un estilo de vida dinámico, el volumen total de insulina basal debería oscilar entre un 30 y un 40% del total diario. El primer objetivo es ordenar el periodo nocturno, evitando al máximo el riesgo de hipoglucemias e intentando alcanzar la normoglucemia matinal.

Por su parte, los bolos presentan la posibilidad de realizar un cálculo más preciso sumado al fraccionamiento de la dosis, esto quiere decir que –cuando con una lapicera aplicamos unidad por unidad– en el caso de la BI esta permite administrar bolos fraccionados dependiendo del modelo a partir de 0,1 U, dato extremadamente importante ya que, en las escalas de corrección rígidas que sugieren 1 U cada 50 mg% por encima de 100 mg%, la indicación con un valor de 121 mg% es la misma que teniendo un valor de 149 mg%: por ejemplo en una BI sería un bolo de 0,2 U en el primer caso o bien 0,9 U en el segundo; todo esto parece ser ideal a la hora de la búsqueda de un tratamiento con objetivos fisiológicos. Además se agrega la posibilidad de contar con diferentes tipos de bolos: *bolo estándar* en el que se infunde toda la insulina calculada en un mismo tiempo; el *bolo dual*, que combina el bolo estándar y el cuadrado con distribución porcentual de cada uno, y finalmente el *bolo cuadrado* definido así ya que permite la distribución del bolo en un tiempo más prolongado generalmente recomendado en ingestas mixtas con contenido elevado de grasas. Existen fórmulas matemáticas tanto para el cálculo de la relación de Ch e insulina, como para la sensibilidad: en el primer caso, la regla de 500 o 450/dosis total de insulina (DTI) y, en el segundo, la regla de 1800 o 1700/DTI; es prudente en un paciente adulto de entre 60 y 70 kg de peso un comienzo estandarizado con una *ratio* de Ch/I= 15 g/U, con una sensibilidad del 50%.

Los sitios más comunes para la colocación de los catéteres de infusión son la pared abdominal anterior, los glúteos, la región superoexterna de los miembros superiores y las caderas. Deberían ser evitadas las áreas con lipodistrofias, hematomas o cicatrices. El recambio de set de infusión debería realizarse cada 48 a 72 horas debido a un incremento en el riesgo de obstrucción. Su prolongación en el tiempo se asocia a deterioro de la infusión de insulina junto con infecciones en el sitio de inyección.

Una vez entrenados y ya siendo usuarios de BI, estos pacientes –en relación con sus controles– no deberían ser diferentes de aquellos pacientes con MI. En caso de una intercurencia que motive la internación del paciente se

sugiere mantener el uso de la BI siempre y cuando exista un equipo médico entrenado para su uso y se asegure la permeabilidad del set de infusión. En caso contrario se encuentra indicado el cambio a un tratamiento convencional retirando el infusor del Tcs.

El costo aproximado de una BI oscila entre los 5000 y 7000 dólares según la marca; a esto se suman aproximadamente 2500 dólares anuales para los insumos, como son los sets de infusión, reservorios y baterías. Diversos estudios de costo-efectividad sugieren que se incrementa esta relación en los pacientes que portan BI. Sin embargo hay un 20% de los usuarios de BI que persisten con las características que motivaron la prescripción, como pueden ser hipoglucemias sintomáticas frecuentes y el mayor tiempo en hiperglucemia. Estos se verían beneficiados con el uso de sensor continuo de glucosa y el sistema automático de suspensión de la infusión de insulina frente a una hipoglucemia. Este último mide la glucosa intersticial, la cual es semejante a la plasmática pero puede reflejar un retraso respecto de esta que va desde 0 a los 15 minutos dependiendo de la velocidad de cambio glucémico, entre otros factores. El sensor se coloca en el TSc y se recambia cada 6 días, y produce en sus capas una reacción electroquímica que almacena la información o bien la emite por radiofrecuencia a un dispositivo con la posibilidad de observar el valor glucémico en tiempo real.(Fig. 2)

En el caso de que una BI se interrumpa o se bloquee, existe un mayor riesgo de desarrollo a cetoacidosis en la DM frente a las MI.

En la Argentina, la prevalencia de uso de BI es de aproximadamente el 0,3-0,5%. Existen dos marcas en nuestro país hasta el momento, ROCHE y Medtronic Company, cada una de ellas con sus modelos: la primera con Spirit Combo® que incluye un control remoto para la toma de decisiones sin necesidad de acceder al infusor para adoptar una conducta como la aplicación de un bolo. El segundo, con los Sistemas Paradigma 715 y 754 (Veo)®, respectivamente; este último posee adicionalmente un sistema de monitorización continua de glucosa intersticial con respuesta automática de suspensión de la infusión de insulina por umbral de hipoglucemia.

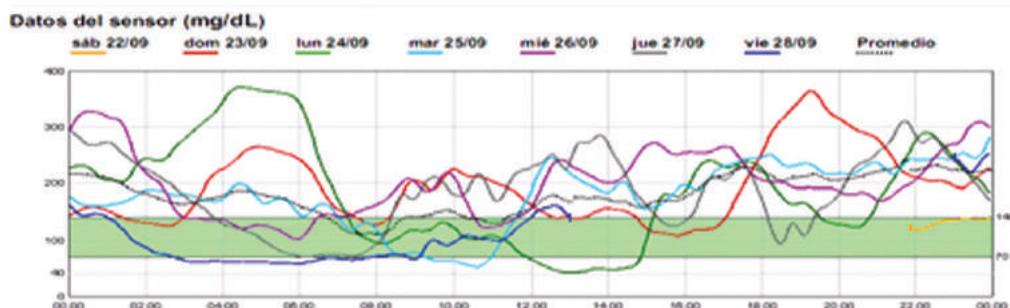


Figura 2. Gráfico representativo de sensor continuo de glucosa. Cada día con un color, imagen integral de glucosa durante las 24 horas. El rango de glucemia se representa en el margen izquierdo, el rango horario en plano horizontal y la marca de color verde como rango de normoglucemia.

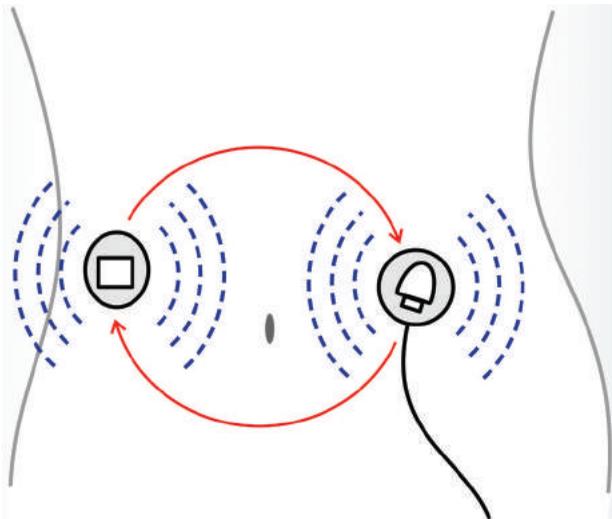


Figura 3. Dispositivo lado izquierdo BI, derecho sensor continuo de glucosa. Imagen ilustrativa de sistema integrado

Se encuentran en desarrollo los sistemas integrados (*closed-loop*) que permiten unir funcionalmente una BI, una monitorización de glucosa continuo (MGC) y un dispositivo con algoritmo matemático que permita implementar una acción automática para la infusión de insulina por parte de la bomba, en otras palabras, el mayor acercamiento a un páncreas artificial (Fig. 3).

Actualmente a la venta en el mercado internacional, además de lo mencionado en párrafos previos, existe una BI con MGC con suspensión de la infusión de insulina por hipoglucemia que suma a este mecanismo una suspensión predictiva que, a través de un algoritmo matemático, estima

si en los siguientes 30 minutos, encontrándose en un valor de 70 mg% por encima de un objetivo límite de glucemia inferior, suspende la infusión de insulina y se anticipa de esta manera a un evento de hipoglucemia. Este sí es el primer paso dado hacia un futuro próximo de lo que podemos definir como páncreas artificial. Hasta el momento todos los sistemas integrados han podido lograr objetivos parciales preferencialmente nocturnos, en los cuales parte de dichos protocolos no presentaban ningún tipo de ingesta durante ese período, lo cual claramente facilita el control glucémico de los pacientes. No obstante, fueron presentadas algunas experiencias sobre pacientes con hábito ambulatorio —“Páncreas Biónico”— en el cual existe una estructura con bomba bihormonal que infunde insulina y glucagón. Esa experiencia involucró a 20 pacientes adultos y 32 adolescentes con DM1; el tratamiento mejoró los niveles glucémicos con menor frecuencia de episodios de hipoglucemia en todos los grupos etarios *versus* el grupo control en el que se aplicó el sistema no automatizado.

El gran desafío y el ideal de estos dispositivos es alcanzar su mayor optimización para poder ponerse al frente de una experiencia de vida real, con ingestas múltiples, estímulos emocionales tanto negativos como positivos y actividad física variable. Una vez alcanzados y controlados esos aspectos, este será el punto de inflexión a partir del cual, finalmente, se obtendrá el verdadero control glucémico.

Como concepto final y personal, parecerían existir dos caminos a la hora de “insulinizar” a nuestros pacientes: por un lado, las MI y, por el otro, la BI. Sin embargo, debemos tener claro que no estamos frente a dos caminos, que existe uno solo independientemente de la herramienta con la que contemos, y es el de insulinizar en una forma lo más cercana a la fisiológica.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Bergenstal RM, Klonoff DC, Garg SK, et al. Threshold-based insulin-pump interruption for reduction of hypoglycemia. *N Engl J Med.* 2013;369(3):224-32.
- Bernasko J. Insulin pump therapy for pregnancy: a primer. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25(6):552-7.
- Brazeau AS, Mircescu H, Desjardins K, et al. Carbohydrate counting accuracy and blood glucose variability in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013;99(1):19-23.
- Ferrannini E. Physiology of glucose homeostasis and insulin therapy in type 1 and type 2 diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2012;41(1):25-39.
- Klonoff DC, Buckingham B, Christiansen JS, et al. Continuous glucose monitoring: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(10):2968-79.
- Phillip M, Danne T, Shalitin S, et al. Use of continuous glucose monitoring in children and adolescents. *Pediatr Diabetes.* 2012;13(3):215-28.
- Pickup JC. Insulin-pump therapy for type 1 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2012;366(17):1616-24.
- Riveline JP, Schaepepynck P, Chaillous L, et al. Assessment of patient-led or physician-driven continuous glucose monitoring in patients with poorly controlled type 1 diabetes using basal-bolus insulin regimens: a 1-year multicenter study. *Diabetes Care.* 2012;35(5):965-71.
- Russell SJ, El-Khatib FH, Sinha M, et al. Outpatient glycemic control with a bionic pancreas in type 1 diabetes. *N Engl J Med.* 2014;371(4):313-25.
- Tridgell DM, Tridgell AH, Hirsch IB. Inpatient management of adults and children with type 1 diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2010;39(3):595-608.

Síndrome de Sweet asociado a síndrome mielodisplásico

Jenny Baquero, Luis Agustín Bollea Garlatti y Ana Clara Torre

RESUMEN

El síndrome de Sweet o dermatosis neutrofilica febril aguda es una enfermedad sistémica de etiología desconocida, caracterizada por aparición brusca de fiebre y lesiones cutáneas, asociadas con leucocitosis y neutrofilia. Puede ser idiopático o estar asociado a enfermedades hematológicas, procesos inflamatorios, infecciones, fármacos o embarazo. Las mielodisplasias son trastornos hematológicos caracterizados por una o más citopenias secundarias a disfunción de la médula ósea. Presentamos el caso de un paciente de 81 años con síndrome de Sweet y posterior diagnóstico de síndrome mielodisplásico, con buena respuesta al tratamiento corticoideo y resolución de las lesiones cutáneas.

Palabras clave: síndrome mielodisplásico, síndrome de Sweet.

SWEET SYNDROME ASSOCIATED WITH MYELODYSPLASTIC SYNDROME

ABSTRACT

Sweet's syndrome or acute febrile neutrophilic dermatosis is a systemic disease of unknown etiology characterized by sudden onset of painful skin lesions; predominance of polymorphonuclear leukocytosis. It can be associated with hematologic malignancies, idiopathic, parainflammatory, secondary to drugs and pregnancy. Myelodysplasias are haematological disorders characterized by one or more cytopenias secondary to bone marrow dysfunction. We report the case of a patient of 81 years with Sweet syndrome with subsequent diagnosis of myelodysplastic syndrome with good response to corticosteroid treatment and resolution of the skin lesions.

Key words: myelodysplastic syndrome, Sweet syndrome.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(2): 62-65.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 81 años, que consultó por fiebre, sudoración y lesiones cutáneas de 1 semana de evolución. Refería anorexia y pérdida de peso de 20 kg en 3 meses. Al examen físico presentaba pápulas eritemato-violáceas, redondeadas, de 3-4 mm de diámetro, ligeramente dolorosas, localizadas en la cara lateral interna y en el dorso de la mano izquierda. Además se observaban placas eritematosas, de 6 mm de diámetro, redondeadas, sobre las que asentaban vesículas y ampollas de contenido supurado, dolorosas, localizadas en tórax, extremidades y palmas. Algunas de estas lesiones presentaban configuración en diana (Figs. 1, 2 y 3). El laboratorio evidenció tricitemia (hemoglobina: 9 mg/dL, hematocrito: 27%, leucocitos totales: 2930 cel/mm³, neutrófilos: 79%, linfocitos: 19,15%, monocitos: 1%, recuento de plaquetas: 11 600/mm³) y velocidad de eritrosedimentación acelerada (95 mm/h). Se realizó una tomografía computarizada de cuello, tórax, abdomen y pelvis en la que se evidenciaron

múltiples adenopatías de pequeño tamaño agrupadas en el hueco supraclavicular derecho, por lo que se realizó biopsia ganglionar cuyo estudio histológico no mostró hallazgos representativos. Se efectuó una biopsia de las lesiones cutáneas para estudio histopatológico el cual evidenció que la epidermis estaba conservada, y en la dermis, edema y densos infiltrados perivasculares e intersticiales de polimorfonucleares, compatibles con síndrome de Sweet. Fue evaluado por el Servicio de Hematología. Se efectuó una punción-aspiración de médula ósea que reveló, en la arquitectura, distorsión en la distribución de las series, relación mieloeritroide: 20:1, eritroblastos dispersos, marcada hiperplasia granulocítica con maduración y morfología conservadas, y leve hiperplasia de la serie megacariocítica. Con diagnóstico de panhiperplasia de médula ósea se solicitó mutación de JAK2 (procedimiento de referencia para demostrar clonalidad y criterio diagnóstico de neoplasias mieloproliferativas crónicas clásicas) y Bcr/abl los cuales fueron no detectables¹³. Se llegó al diagnóstico de síndrome de Sweet asociado a síndrome mielodisplásico. Se inició tratamiento con meprednisona 0,5 mg/kg/día y el paciente evolucionó con resolución completa de las lesiones cutáneas en 45 días. Aún se encuentra con meprednisona 8 mg/día y manejo conjunto con hematología.



Figura 1. Placas eritematosas de tamaño variable y límites definidos, localizadas en tórax.



Figura 2. Placas eritematosas de 6 mm de límites definidos localizadas en dorso.

COMENTARIOS

El síndrome de Sweet (SS) fue descrito originalmente por Robert Douglas Sweet en la edición de agosto-septiembre de 1964 del *British Journal of Dermatology* como “dermatosis neutrofilica febril aguda”. Sus principales características son la aparición brusca de lesiones cutáneas, asociada a fiebre, leucocitosis neutrofilica en las determinaciones de laboratorio, un denso infiltrado dérmico con predominio polimorfonuclear en el estudio histológico de las biopsias de la piel afectada y rápida respuesta a la terapéutica esteroidea¹.

El síndrome de Sweet puede ser idiopático en el 50% de los pacientes. En el 20% de los casos restantes se asocia



Figura 3. Pápulas eritemato-violáceas de 3-4 mm de diámetro acompañadas de placas eritematosas de tamaños variables. Sobre algunas de estas asentaban vesículas de contenido purulento localizadas en la cara lateral interna y en el dorso de la mano izquierda.

a enfermedades malignas, de estos el 85% presenta una enfermedad oncohematológica y el 15% restante tumores sólidos. La neoplasia a la que se lo asocia con mayor frecuencia es la leucemia mieloide aguda, aunque también se han observado casos en pacientes con otros trastornos mieloproliferativos, linfoproliferativos, síndrome mielodisplásico y carcinomas².

Las lesiones cutáneas que caracterizan a esta enfermedad son pápulas y placas eritematosas que pueden coalescer, suelen presentar una superficie mamelonada desigual y tener una apariencia pseudopustular o pseudovesicular. En ocasiones, las placas pueden tener una coloración amarillenta en el centro creando una apariencia targetoide o ser ampollares y evolucionar hacia la necrosis. Suelen ser dolorosas, pueden ser únicas o múltiples y se localizan con mayor frecuencia en la cabeza, el cuello y las extremidades superiores, pero pueden aparecer en cualquier sitio del tegumento. A menudo se distribuyen de forma asimétrica. En los casos relacionados con enfermedades neoplásicas, las lesiones suelen tener una distribución más amplia. Las lesiones orales son poco frecuentes, excepto en pacientes con enfermedades hematológicas. En estos casos suelen aparecer como pústulas o vesículas, que luego se ulceran y persisten como lesiones aftoides^{3,6}. En nuestro paciente observamos lesiones cutáneas típicas, como las pápulas y placas con pseudovesiculización y dolor espontáneo, así como pústulas y ampollas, las cuales son más frecuentes en pacientes con enfermedades hematológicas subyacentes^{1,2}. La fiebre es el síntoma más frecuente y puede preceder o presentarse de forma simultánea a las manifestaciones cutáneas. En algunos pacientes con neoplasias o neutropenia, la fiebre puede estar ausente^{3,5}.

Otros síntomas asociados al síndrome de Sweet son las artralgias, la cefalea y las mialgias. Entre las manifestacio-

nes extracutáneas del síndrome de Sweet se describen el compromiso ocular (epiescleritis, conjuntivitis, glaucoma, iritis, uveítis, vasculitis de la retina), óseo (artritis pustulosa estéril, osteomielitis, artralgias, osteítis aséptica), renal (glomerulonefritis mesangiocapilar, anormalidades del estudio de orina), hepático (hepatomegalia, anormalidades enzimáticas, hipertensión portal), pulmonar (lesiones pustulosas en bronquios, derrame pleural, alteraciones en las imágenes de tórax), cardíaco (estenosis de la aorta, aortitis, cardiomegalia, oclusión coronaria, pericarditis), muscular (miositis, tendinitis, sinovitis, alteraciones en la electromiografía), intestinal (pancolitis, infiltración neutrofílica difusa) y del sistema nervioso central¹³.

El SS puede asociarse con otras dermatosis neutrofílicas entre las que se incluyen el eritema *elevatum diutinum*, la hidradenitis neutrofílica ecrina, el pioderma gangrenoso y la dermatosis pustulosa subcórnea⁷.

En el laboratorio, los pacientes con el síndrome de Sweet tanto idiopático como paraneoplásico presentan aumento en la velocidad de eritrosedimentación. Si bien la leucocitosis neutrofílica es uno de los criterios diagnósticos, su ausencia se observa hasta en un 50% de los casos asociados a neoplasias, por lo cual no lo descarta^{2, 6}.

El estudio histopatológico de las lesiones cutáneas permite observar un infiltrado denso, compuesto por neutrófilos maduros, localizado en la dermis superior y media. Se pueden apreciar linfocitos, histiocitos y eosinófilos con menor frecuencia. El edema prominente de la dermis superior puede llevar a la formación de vesículas o ampollas y da origen al aspecto clínico que presenta la superficie de las lesiones. La epidermis puede ser normal o presentar leve acantosis o hiperqueratosis, o ambas. El estudio histológico es clave para evidenciar la ausencia de agentes infecciosos, células tumorales y vasculitis, así como para diferenciar el SS de otras dermatosis neutrofílicas, como la psoriasis pustulosa, la vasculitis leucocitoclástica y el pioderma gangrenoso².

Los criterios diagnósticos de esta entidad fueron definidos por Su y Liu en 1986. El diagnóstico se realiza con la presencia de los dos criterios mayores y dos de los cuatro criterios menores (Cuadro 1)¹. Estos son útiles para distinguir el SS de otras enfermedades, dado que existen varios trastornos cuyas manifestaciones dermatológicas pueden imitarlo (Cuadro 2).

Es importante considerar que el diagnóstico de SS puede constituir el primer signo de presentación o recaída de una neoplasia. La asociación de este síndrome con anemia, un recuento anormal de plaquetas, la ausencia de neutrofilia y las manifestaciones cutáneas atípicas (lesiones ampollares o mucosas o ambas, ulceraciones y la distribución generalizada) debe hacer sospechar una neoplasia subyacente, ya que estos hallazgos no se observan con frecuencia en la forma idiopática del síndrome^{2,4}.

El tratamiento de primera elección son los corticoides sistémicos con los cuales se suele obtener una respuesta rápida

Cuadro 1. Criterios diagnósticos del síndrome de Sweet (Su y Liu 1986)

Criterios mayores	
I.	Aparición abrupta de lesiones cutáneas típicas
II.	Infiltración dérmica predominantemente neutrofílica sin signos de vasculitis leucocitoclástica
Criterios menores	
I.	Fiebre
II.	Asociación con malignidad subyacente concomitante, enfermedad inflamatoria, embarazo o precedido de una infección respiratoria o gastrointestinal, o vacunación
III.	Anormalidades en el laboratorio (3 de 4) parámetros: <ul style="list-style-type: none"> • eritrosedimentación aumentada (mayor de 20 mm en etapas iniciales) • PCR reactiva • Leucocitosis mayor de 8000, con neutrófilos segmentados y en cayado mayores del 70% en sangre periférica (tres de estos cuatro valores deben estar presentes)
IV.	Buena respuesta a los corticoides

Cuadro 2. Diagnósticos diferenciales del síndrome de Sweet

Patologías infecciosas o inflamatorias	Sepsis Celulitis Erisipela Herpes simplex virus Lepra Linfangitis Paniculitis Pioderma gangrenoso Sífilis Micosis sistémicas Tromboflebitis Tuberculosis Exantema viral
Patologías neoplásicas	Cloroma Leucemia cutis Linfoma Metástasis cutáneas
Otros trastornos cutáneos	Eritema multiforme Eritema nodoso Urticaria Vasculitis leucocitoclástica Acné vulgar Eritema acral Farmacodermia Síndrome de Wells (celulitis eosinofílica)
Patologías sistémicas	Enfermedad de Behçet Dermatomiositis Lupus eritematoso

del cuadro clínico, como se observó en el caso descrito. Se utiliza prednisona 0,5-1 mg/kg/día por vía oral durante cuatro a seis semanas, con posterior descenso progresivo de la dosis. En algunos pacientes, con el objetivo de supri-

mir las recurrencias, es necesario el uso de dosis bajas de prednisona, 10 a 30 mg diarios o en días alternos, durante un período de tres meses o más. Otros fármacos disponibles para el tratamiento del SS son el yoduro de potasio, la colchicina, la indometacina, la dapsona, la clofazimina y la ciclosporina. De forma reciente se ha descrito el uso de etanercept, un antagonista del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), que inhibiría la activación característica de los neutrófilos en el síndrome de Sweet^{8,9}.

La recurrencia se observa en el 30% de los pacientes con la forma idiopática y el 60% en la forma paraneoplásica. Esta se ha relacionado con un mal pronóstico, debido a

que en muchas oportunidades coincide con la progresión o recaída de la neoplasia^{8,13}.

El SS es una entidad dermatológica poco frecuente. Su patogenia se desconoce, pero se sabe que puede ser idiopático o asociarse a diversas enfermedades, fármacos y embarazo. Se debe destacar que en aquellos pacientes que se presentan con manifestaciones cutáneas atípicas del síndrome o el cuadro se acompaña de anemia o se dan ambas instancias, recuento anormal de plaquetas y ausencia de neutrofilia, es importante realizar una búsqueda exhaustiva de enfermedades subyacentes^{2,6}.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Sweet RD. An acute febrile neutrophilic dermatosis. *Br J Dermatol.* 1964;76:349-56.
2. Franco M, Giusti C, Malieni G, et al. Síndrome de Sweet asociado a neoplasias. *An Bras Dermatol.* 2006;81(5):473-82.
3. Gottlieb CC, Mishra A, Belliveau D, et al. Ocular involvement in acute febrile neutrophilic dermatosis (Sweet syndrome): new cases and review of the literature. *Surv Ophthalmol.* 2008;53(3):219-26.
4. Del Pozo J, Martínez W, Fonseca E. Síndrome de Sweet y enfermedad sistémica. *Piel* 2004; 19(3):135-47.
5. Reina D, Cerdà D, Roig D, et al. Sweet syndrome associated with myelodysplastic syndrome: report of a case. Review of the literature. *Reumatol Clin.* 2013;9(4):246-7.
6. Cohen PR, Kurzrock R. Sweet's syndrome revisited: a review of disease concepts. *Int J Dermatol.* 2003;42(10):761-78.
7. Cohen PR. Sweet's syndrome--a comprehensive review of an acute febrile neutrophilic dermatosis. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:34.
8. Ten Oever J, Kuijper PH, Kuijpers AL, et al. Complete remission of MDS RAEB following immunosuppressive treatment in a patient with Sweet's syndrome. *Neth J Med.* 2009;67(8):347-50.
9. Ashida T, Mayama T, Higashishiba M, et al. Successful reduced-intensity stem cell transplantation in a patient with myelodysplastic syndrome combined with Sweet's syndrome. *Hematology.* 2006;11(3):179-81.
10. Rochaël MC, Pantaleão L, Vilar EA, et al. Sweet's syndrome: study of 73 cases, emphasizing histopathological findings. *An Bras Dermatol.* 2011;86(4):702-7.
11. Mahajan VK, Sharma NL, Sharma RC. Sweet's syndrome from an Indian perspective: a report of four cases and review of the literature. *Int J Dermatol.* 2006;45(6):702-8.
12. Malone JC, Slone SP. Sweet syndrome: a disease in histologic evolution? *Arch Dermatol.* 2005;141(7):893-5.
13. Wallach D, Vignon-Pennamen MD. From acute febrile neutrophilic dermatosis to neutrophilic disease: forty years of clinical research. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(6):1066-71.
14. Wadleigh M, Tefferi A. Classification and diagnosis of myeloproliferative neoplasms according to the 2008 World Health Organization criteria. *Int J Hematol.* 2010;91(2):174-9.
15. Cohen PR, Talpaz M, Kurzrock R. Malignancy-associated Sweet's syndrome: review of the world literature. *J Clin Oncol.* 1988;6(12):1887-97.
16. Paydas S, Sahin B, Zorludemir S. Sweet's syndrome accompanying leukaemia: seven cases and review of the literature. *Leuk Res.* 2000;24(1):83-6.

Arte y naturaleza humana XX

Carlos G. Musso y Paula A. Enz

RESUMEN

A través de la poesía de sus *heterónimos*, Fernando Pessoa nos muestra cómo el ser humano necesita transformar la mera existencia en el creativo juego de la vida.

Palabras clave: vida, arte, Pessoa.

ART AND HUMAN NATURE XX

ABSTRACT

Through the poetry of his *heterónimos*, Fernando Pessoa shows how human beings need to transform the mere existence in the creative game of life.

Key words: life, art, Pessoa.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2015; 35(2): 66-67.

A Beatriz y Pablo de la Fuente, por introducirnos en el universo Pessoa.

*La literatura, como todo arte,
es la demostración de que la vida no basta.*
Fernando Pessoa (1888-1935)

Cualquier cosa puede existir sin tomarse el trabajo de ser.
Antonin Artaud (1896-1948)

En esta oportunidad abordaremos otro de los aspectos de la naturaleza humana: *la insuficiencia del existir*, que analizaremos basándonos en la poesía del genial escritor portugués Fernando Pessoa (1888-1935).

PESSOA Y SU GALAXIA HETERONÍMICA

Fernando Pessoa, a lo largo de su vida, da nacimiento –y en algunos casos también muerte– a una serie de distintos escritores (*heterónimos*), a través de los cuales consigue mostrar las distintas facetas de sí. Cada uno de esos *heterónimos* escribe en su estilo, los que en algunos casos resultan incluso diametralmente opuestos. De esta manera Fernando Pessoa crea al médico Ricardo Reis, nacido en Oporto en 1887, pero que actualmente vive en Brasil; Alberto Caeiro, lisboeta nacido en 1889, que vivió la mayor parte de su vida en el campo hasta su muerte de tuberculosis en 1915; Álvaro Campos, nacido en Tavira en 1890 y que se recibió de ingeniero naval en Glasgow pero

ahora vive inactivo en Lisboa; Bernardo Soares, a quien considera su semiheterónimo por ser el más parecido en personalidad a sí mismo (Fernando Pessoa): su *ortónimo*. Y la lista de *heterónimos* continúa: Chevalier de Pas, Charles Robert Anon, Alexander Search, Charles Search, Federico Reis, Vicente Guedes, Antonio Mora, y muchos escritores más, algunos de los cuales se especula que aún no han sido identificados, ya que la obra de Pessoa no se ha publicado en su totalidad.

EJEMPLO EN SU POESÍA

*Me he multiplicado para sentir,
para sentirme, he debido sentirlo todo,
estoy desbordado, no he hecho sin rebosarme,
me he desnudado, me he dado,
y en cada rincón de mi alma hay un altar a un dios diferente.*

ANÁLISIS DEL FENÓMENO PESSOA

El fenómeno de los *heterónimos* pessoanos constituye, por lo extremo de su condición, un claro ejemplo de un aspecto relevante de la naturaleza humana: *la insuficiencia del existir*. Es decir que al hombre, a diferencia de otros seres, la simple existencia no le basta, sino que necesita obrar creativamente sobre ella para transformarla en vida, transmutación que logra a través de lo lúdico, vale decir, de la adopción de diversas máscaras y personajes (curiosamente, “*pessoa*” significa en portugués “*persona*”, que a su vez proviene del término griego: “*máscara*”), los cuales cobran vida en su rol familiar y social, así como en su actividad laboral, recreativa, artística y cultural en general. Concluimos, entonces, que la poesía de Fernando Pessoa, expresada a través de la galaxia de sus *heterónimos*, resulta un excelente ejemplo de cómo el ser humano necesita transformar la mera existencia en el creativo juego de la vida.

Recibido 12/01/15

Aceptado 29/01/15

Servicio de Nefrología (C.G.M.). Servicio de Dermatología (P.A.E.). Hospital Italiano de Buenos Aires.
Correspondencia: carlos.musso@hospitalitaliano.org.ar

BIBLIOGRAFÍA

Artaud A. Van Gogh el suicidado por la sociedad. Buenos Aires: Argonauta; 2007.

Pessoa F. Máscaras y paradojas. Barcelona: Eldhasa; 1996.

Tabucchi A. Réquiem. Barcelona: Anagrama; 1991.

Tabucchi A. Un baúl lleno de gente. Buenos Aires: Temas Grupo Editorial; 1990.

Tanner A. Requiem. 1998 (film).

Reglamento general de presentación de artículos

La Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires publica trabajos originales relevantes para la medicina y las áreas relacionadas. Se aceptan contribuciones de autores tanto pertenecientes a la Institución como externos a ella.

Instrucciones generales de presentación

Todos los originales presentados quedan como propiedad permanente de *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, y no podrán ser reproducidos en forma total o parcial sin el consentimiento de esta. En el caso de que se publique el trabajo, el/los autor/es cede/n en forma exclusiva al *Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires* los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación de su trabajo, por cualquier medio o soporte. No se aceptarán trabajos que hayan sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos) ni que estén en consideración para su publicación en otra revista.

Presentación de los trabajos

- En formato electrónico, a la dirección: revista@hospitalitaliano.org.ar

Dirigido a Dr. José Alfie, Director de Revista

Se aceptarán trabajos para las Secciones:

Recordatorio: en memoria de personas fallecidas. Serán solicitados por el Comité Editorial.

Carta al editor: observaciones y comentarios sobre trabajos publicados con anterioridad por la Revista, o comunicaciones breves sobre temas científicos o de otras áreas de interés humanístico, ético, educativo, etc. En el caso de referirse a artículos publicados, el autor tendrá la oportunidad de responder en esta misma Sección. No deberá superar las 750 palabras.

Las contribuciones podrán ser modificadas para adaptarlas al formato editorial de la Revista. El Comité Editorial se reserva el derecho de publicación.

Artículo: comunicaciones de trabajos originales. No deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congresos) ni estar considerados para su publicación en otra revista.

Artículo de revisión: artículos de actualización en temas clínicos, fisiopatológicos, farmacológicos, meta-análisis, epidemiológicos o de otras categorías, que sean considerados relevantes para la práctica médica.

Educación médica: artículos sobre aspectos educativos, de la enseñanza de la medicina, cuestiones metodológicas, técnicas, prácticas y habilidades tanto de pregrado como de posgrado.

Caso clínico: presentaciones clínicas seguidas de estudios de evaluación que, eventualmente, pueden conducir a un diagnóstico. Podrá incluir una breve revisión del tema.

Ateneo radiológico: presentación de uno o más casos de pacientes ilustrado(s) por imágenes de relevancia clínica, incluyendo una breve revisión del tema.

Medicina Interna en Imágenes: presentaciones clínicas generadas a partir de una imagen: introducción, relato del caso y comentario de las imágenes. Debe incluir una breve revisión del tema.

No más de 500 palabras.

Notas sobre estadística e investigación: artículos sobre estadística dirigido a médicos asistenciales o que desarrollan actividades de investigación clínica. No debe exceder las 1500 palabras, se deben incluir hasta 15 referencias y de 1 a 3 tablas o figuras con sus respectivos epígrafes.

El Hospital Italiano en Medline: Los autores de artículos originales publicados en el último año en revistas indexadas en Medline, comentan sus resultados en nuestra revista. El artículo no debe exceder las 1500 palabras y 10 referencias.

Videos en medicina: videos que muestran procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Se publicarán en la versión online de la revista. El archivo de video debe ser de 2 a 3 minutos de duración y no superar los 10 MB. Formatos: QuickTime, AVI o MPEG. Deben ir acompañados de un texto explicativo de alrededor de 1.000 palabras y hasta 5 referencias. Puede incluir una voz en off de audio. En un archivo aparte incluir los datos de los autores, filiación, mail de contacto, título del video, resumen de no más de 150 palabras y de 3 a 5 palabras clave.

Actualización y avances en investigación: artículos sobre temas biomédicos que se encuentren en etapa de investigación básica o aplicada, con potencial clínico inminente, o que, encontrándose ya en etapa clínica, su práctica esté poco difundida o resulte novedosa.

Humanidades: artículos originales acerca de temas históricos, de bioética, comentarios o revisiones bibliográficas críticas sobre publicaciones o temas relacionados con la historia de la medicina o de las ciencias, entrevistas a personas que tengan una relación con la medicina, ensayos elaborados en torno a imágenes, cuadros, fotografías, etc.

Iconografía dermatológica: casos clínicos dermatológicos ilustrados.

Más detalles en <http://www.hospitalitaliano.org.ar/educacion/revista/>

El Comité de Revista puede recomendar al autor responsable la adaptación de su trabajo a otra sección en la etapa inicial de revisión o como consecuencia de la evaluación por pares.

Estructura de los trabajos y datos de la primera página

Autores: se deberá consignar el autor responsable del artículo al cual se dirigirá el Comité de Revista en cualquiera de las etapas del proceso de publicación.

Datos de los autores: nombre completo, cargo académico, servicio e institución a la cual pertenecen, institución en la que se realizó el trabajo y dirección postal y electrónica del autor responsable.

Título del trabajo: en castellano e inglés; y en caso de que el título posea más de cuatro (4) palabras, un título abreviado de no más de cuatro (4) palabras para las cabeceras de las páginas.

Resúmenes: todos los trabajos deberán incluir un resumen de no más de 250 palabras en castellano e inglés.

Palabras clave: no más de 10 palabras clave en castellano e inglés. Utilizar el *Medical Subject Headings* (MeSH) de la *National Library of Medicine* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>)

Consentimiento de publicación, originalidad y conflicto de intereses: Los autores darán el consentimiento para la publicación del trabajo, asegurarán su originalidad y revelarán cualquier conflicto de intereses mediante una carta tipo solicitada a la Revista (revista@hospitalitaliano.org.ar)

Autoría: La Revista se basa en los criterios para autoría de la ICMJE (*International Committee of Medical Journal Editors*). Ingresar (http://www.icmje.org/ethical_1author.html)

Agradecimientos: Solo cuando se lo considere necesario y en relación a personas y/o instituciones. Se pueden incluir colaboradores que no cumplen los criterios de autoría, por ejemplo personas que brindaron ayuda técnica, colaboraciones en la redacción del manuscrito o las direcciones de departamentos cuya participación sea de carácter general.

Referencias: deberá contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con su orden de aparición en aquel. Las referencias a comunicaciones personales y otros datos no publicados deben colocarse entre paréntesis () en el texto (no en las Referencias). Figurarán los apellidos y las iniciales de los nombres de todos los autores (si son hasta tres), sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de tres, indicar los tres primeros y agregar "et al."; la lista de autores finalizará con punto (.). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado según el Index Medicus de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo y año de aparición en aquella, seguido por punto y coma (;). Volumen en números arábigos seguido por dos puntos (:) y números de la página inicial y final, separados por un guión (-). Tratándose de libros la secuencia será: Apellido e inicial(es) de los nombres de los autores (no utilizar puntos en las abreviaturas y separar uno del otro por coma), punto (.). Título del libro, punto (.). Número de la edición, si no es la primera, y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una colocar la primera) dos puntos (:). Nombre de la editorial, coma (.). Año de la publicación, dos puntos (:). Número del volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura "vol.", punto y coma (;). Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro. *Ver ejemplos en: Apéndice Normas de Vancouver*

Material gráfico: los gráficos, tablas, fotografías y figuras irán numerados correlativamente por orden de aparición en el texto. Todos deberán llevar un título y leyenda (las abreviaturas utilizadas deberán aclararse en la leyenda) indicadas en el archivo de texto.

Las fotografías de observaciones microscópicas llevarán el número de ampliación efectuada y una flecha que indique la orientación (ej.: á arriba); para aquellas que hayan sido modificadas de alguna manera con respecto al original deberá incluirse la foto original.

Las fotografías deberán tener una resolución igual o mayor a 300 dpi y ser presentadas en CD o enviadas por mail a revista@hospitalitaliano.org.ar.

No se aceptarán fotografías de pacientes sin su autorización, ni imágenes escaneadas o tomadas de otras publicaciones sin el permiso correspondiente.

Proceso de publicación

Recepción de originales en versión electrónica. La coordinación editorial acusará recibo del envío y solicitará, si es necesario, completar la presentación según lo requerido en el Reglamento general de presentación de artículos

Presentación al Comité de Revista. Se presentará el original al comité para su primera revisión. En esta etapa se podrá solicitar algún cambio antes de enviar el artículo a revisión externa

Sistema de evaluación. Si el Comité de Revista recomienda la publicación del trabajo, se lo envía como mínimo a dos profesionales externos a la institución. El sistema de evaluación es de doble ciego: no se informan los datos de los autores ni de los evaluadores. La evaluación se debe realizar en catorce días, aunque puede retrasarse por eventualidades ajenas al Comité. Los evaluadores podrán recomendar la publicación sin cambios, con cambios, o rechazarla. **En cualquier caso se enviará a los autores el resultado de la evaluación. Si se requirieran cambios, los autores deberán realizarlos marcándolos con color rojo en el plazo estipulado por el Comité (entre siete y diez días, según la necesidad de cada caso) y adjuntar una nota en la que explicarán los cambios realizados y, si hubiera rechazo de alguna sugerencia, el porqué de este. Una vez recibido, el trabajo corregido se enviará nuevamente a los revisores para su aceptación. Si es aceptado se continuará con el proceso de publicación: corrección ortográfica y de estilo, galeras, etcétera. Si se requieren más correcciones se vuelve a realizar el proceso a partir de la siguiente marca **. A partir de esta etapa no se aceptan cambios en el texto.

Aceptación del trabajo. Una vez aceptado el trabajo, la Coordinación Editorial se comunicará con el autor responsable para informar la decisión del Comité de Revista.

Corrección y galeras. Luego de aceptado, el artículo pasa a la etapa de corrección profesional que incluye una corrección ortográfica, gramatical y de estilo. En esta etapa pueden surgir dudas las cuales se remitirán al autor responsable. En la siguiente etapa el autor recibirá la prueba de galera para su revisión y aceptación final. En esta instancia no se pueden hacer cambios significativos que impliquen una cantidad de texto que modifique el sentido o la puesta en página del artículo. El autor responsable enviará por mail, en el plazo solicitado por la coordinación, las correcciones o la aceptación de la prueba de galera. Se recomienda fuertemente poner énfasis en la corrección de posibles errores ortográficos o de diagramación.

Publicación online e impresa. El Comité de Revista podrá publicar en forma adelantada el artículo en su página web. El autor responsable será informado de su publicación en cualquiera de los formatos de la Revista. Recibirá cuatro ejemplares y una carta de agradecimiento del Director de Revista.



General guidelines for article submission

The Journal of the Hospital Italiano de Buenos Aires publishes original and relevant papers in the field of medicine and related areas. Contributions from authors belonging to our institution and external to it are accepted.

General instructions for submission

All of the original articles are kept as permanent property of The Journal of the Hospital Italiano de Buenos Aires, and cannot be partially or totally reproduced without proper authorization. If an article is published, the author/s exclusively concede the rights of reproduction, distribution, translation and communication by any means to the Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Articles submitted must be unpublished (except those presented as summaries in congresses) and must not be simultaneously submitted to a review process in other publications. If so, they will not be accepted.

Paper submission

- In electronic format, to the following email: revista@hospitalitaliano.org.ar

Articles must be addressed to Jose Alfie, M.D, Journal Director. Submissions for the following Sections will be accepted:

Obituary: in memory of the deceased. Will be requested by the Journal's Board.

Letters to the editor: These comprise observations and comments about previously published articles in the Journal, short communications on scientific topics or areas related to human sciences, ethics, education, etc. When referring to already published articles, the corresponding author can answer in this same section. Contributions might be modified in order to adapt them to the Journal's editorial format. The Journal's Board has the right either to approve or disregard a publication.

Articles: original papers relative to medicine and related areas. They should not have been published or submitted to other journals for review and publication.

Review Articles: reviewed articles or updates on physiological, pharmacological, or clinical topics as well as meta-analysis or epidemiological analysis that are considered relevant for the medical practice.

Medical Education: Articles on aspects of medical education, methodological issues, techniques, practices and skills both undergraduate and graduate.

Clinical Case: clinical presentations followed by evaluation studies may eventually lead to a diagnosis. It may include a brief review of the subject.

Images in Internal Medicine: Clinical presentations generated from an image: introduction, case report and review of images. Authors should include a brief review of the subject. Word limit 500 words.

Notes on statistics and research: articles on statistics aimed at clinical care physicians and those who perform clinical research. Should not exceed 1500 words, should include not more than 15 references and 1-3 tables or figures with their respective footnotes.

The Hospital Italiano in Medline: Authors of original articles indexed in Medline during the last year, discuss their results in our journal. The article should not exceed 1500 words and 10 references.

Videos in medicine: videos showing diagnostic or therapeutic procedures will be published in the online version of the journal. The video file should be 2-3 minutes long and not exceed 10 MB. Formats: QuickTime, AVI or MPEG. They must be accompanied by an explanatory text of about 1,000 words and 5 references. It can include audio voiceovers. In a separate file include the data of the authors, affiliation, contact email, video title, abstract of no more than 150 words and 3-5 keywords.

Update and Advances in Research: biomedical issues that are either on their pre-clinical phase or about to be used in clinical applications, or those that although being already approved for clinical use are not widely known or represent a novelty.

Humanities: Original articles on historic and/or philosophic topics about medical sciences and related sciences. The maximum length of these articles including bibliography should be 5000 words. Images (with the corresponding licenses, permits and /or proper identification can be included).

Iconography Dermatologic

This section publishes clinical cases with photos.

More details: <http://www.hospitalitaliano.org.ar/educacion/revista/>

The Journal Committee might give the author a recommendation to adapt his work to be submitted to another section during the initial phase of review or as a consequence of peer evaluation.

Article structure and first page data

Authors: there must be a corresponding author to whom the Journal's Board will address during the whole process prior to publication.

Author's data should include: complete name, academic position, department and institution they belong to, institution where the work was done, zip code and e mail from the responsible author.

Title of the article: in Spanish and English; and given the case that the title has more than four (4) words, an abbreviated title with no more than four (4) words for headings.

Summaries: all articles should include a 250 word summary in Spanish and in English.

Key words: no more than 10 key words in Spanish and English. Please use the Medical Subject Headings (MeSH) and the National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>)
Publication consent, originality and disclosures: Authors should give their consent for publication, they will assure they are original publications and will send their disclosure by means of a public letter to the Journal (revista@hospitalitaliano.org.ar)

Authorship: The Journal uses the authorship criteria from the ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors). Please refer to <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

Acknowledgements: Only when necessary and regarding persons and / or institutions. Contributors that do not qualify for authors can be included, as for example, those that helped from the technical standpoint or helped writing the article, etc.

References: they should only include those quoted in the text and will be numbered in order of appearance. References to personal communications or other unpublished data should be placed in between brackets () in the text (and not in the References). Last names and initials of all authors will be listed (if they are up to three), without end marks and separated with commas one from the other. If there are more than three authors, name the first three and then use "et al."; the author's list will end with an end mark (.) The article's complete title must be written down, separated by an end mark (.) from the abbreviated form according to the Index Medicus of the Journal where the article and the year of publication appear followed by an semicolon (;). The volume should appear in Arabic numbers followed by colon (:), and the numbers of reference both from beginning and end pages, separated by a dash (-).

If it were a book, the sequence will be: Last name and initial(s) from the authors (do not use end marks in abbreviations or separate one from the other with a comma (,)). Title of the book, end mark (.). Edition number, if it is not the first edition and the city where it was published (if more than one is mentioned, please use the first one only) colon (:). Name of the publisher, comma (,). Year of publication, colon (:). Number of the volume (if there is more than one) with the shortening "vol.", semicolon (;). Number of pages from the initial page to the last page with a dash in the middle, whenever the quotation refers to a special section or chapter of the book. See an example in: Appendix, Vancouver guidelines.

Graphs: Tables should be numbered by roman numerals before its title. The same applies for graphs and figures.

They should all have a title and a brief description (abbreviations and acronyms must be clarified in this description) indicated in the text's file.

Microphotographs should specify the magnification used. For those photos that have been modified in some way, the original one should also be included.

Photos should have a resolution of 300 dpi or higher and must be handed in either in CD format or sent by e mail to: revista@hospitalitaliano.org.ar.

Patient's photos without the proper authorization will not be accepted. The same applies for scanned images or images taken from other journals without the corresponding authorization.

Publishing process

Original electronic version. The editorial coordination area of the Journal will acknowledge reception and will ask, if necessary, to complete the submission according to the requirements in the General guideline for article submission.

Presentation to the Journal's Board. The original version will be presented to the committee for the first review. During this period, they might ask the authors to modify the article before sending it to the external review.

Evaluation system. If the Journal's Board recommends this article for publication, it is sent to at least two external peer reviewers. Papers received will be sent to two blind referees. The review must be done in fourteen days, though it might take a little longer due to issues not related to the Journal Committee. Reviewers might recommend publication without changes, with some changes or might even reject it.

**In every possible scenario, the authors will receive feedback of the review process. If peer reviewers ask for changes, they must be made in red color, within the fourteen abovementioned days (between seven and ten days according to each case) and there must be an explanation for them. In the event of a suggestion or a rejection from the peer reviewers, they must justify it. Once the article has been completed and corrected, if needed, it will be sent to the reviewers again. If the article is then accepted, the publishing process will continue with the corresponding spelling and style corrections, galley proofs, etc. If more corrections are needed, the process starts again as from this mark **. From this stage onwards, no more changes in the text will be accepted.

An accepted article. Once an article has been accepted, the Editorial Coordination will communicate with the responsible author to inform the Committee's decision.

Correction and galley proof. Once accepted, the article undergoes professional correction including spelling, style and grammar. During this stage, doubts may arise, and if so, they will be submitted to the responsible author.

During the following step, the author will receive the galley proof for review and final acceptance. During this step, no significant changes implying a large amount of new text that might modify the meaning or the number of pages of

the article can be done. The responsible author will send an e-mail, within the requested days, either the corrections or the acceptance of the galley proof. We strongly recommend to correct possible grammatical and /or design and layout mistakes.

Online and printed publication. The Journal's Board might publish beforehand any article in its web page. The responsible author will be informed about the publication in any of the Journal formats. The author will receive four copies and a letter of appreciation from the Journal's Director.



**SERVICIO DE ONCOLOGIA
RADIANTE**



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires



EXCELENCIA Y PRESTIGIO EN ONCOLOGIA RADIANTE

Tratamientos del Centro Médico

Acelerador lineal de electrones
Planificación tridimensional conformada
Tratamientos hiperfraccionados
Radiocirugía
Braquiterapia de alta tasa de dosis
Braquiterapia prostática
Roentgenerapia: radioterapia superficial
Betaterapia
Irradiación corporal total
Irradiación de piel total con electrones
Intensidad modulada

Centros Periféricos

Barrio Norte - C.A.B.A.
Pacheco de Melo 3061

San Justo - Pcia. de Buenos Aires
Perón 2231

Lomas de Zamora - Pcia. de Buenos Aires
Acevedo 365

Avellaneda - Pcia. de Buenos Aires
Colón 980

Central

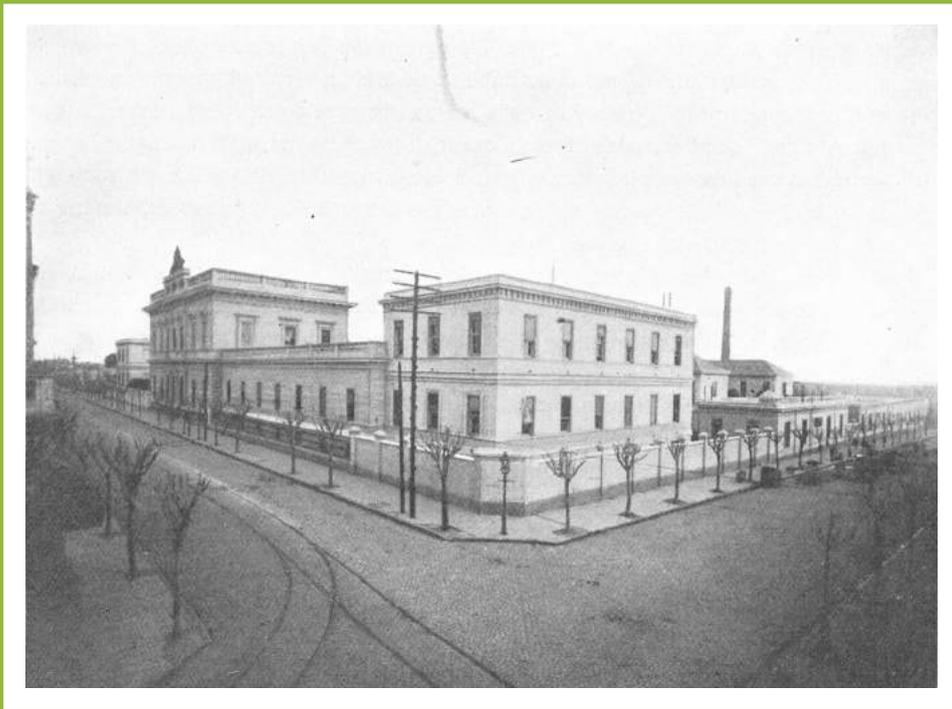
Tte. Gral. J. D. Perón 3931/3937 (C1198AAW)
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel./fax. 4958-1213 líneas rotativas
info@mevaterapia.com.ar

www.mevaterapia.com.ar



Certificación de calidad
ISO 9001:2000





*Ospedale nuovo. Veduta generale da Gazcon angolo Cangallo
Società Italiana di Beneficenza in Buenos Aires. La storia dell' Ospedale Italiano;
Buenos Aires 14 de Settembre 1853 -8 dicembre 1922. Buenos Aires; 1923. p. 49*