

Abril-junio 1961

Por petición del doctor Joel Valencia Parparcén, con el fin de responder a una solicitud del doctor Marcelo Roger de la Argentina, la Academia designó a los doctores Francisco Conde Jahn y Tulio Briceño Maaz, expertos en el área, a escribir un **Breve informe sobre las aguas termominerales de Venezuela**, el cual se publicó en los números 4-6, del volumen LXX de los meses y año, arriba señalados.

Se hace una prolija revisión de los resultados de los análisis químicos y sus principales propiedades, de las aguas provenientes de las fuentes termales existentes en los estados Guárico, Carabobo, Aragua, Distrito Federal, Sucre, Anzoátegui, Trujillo, Mérida y Táchira, algunos de ellos realizados por el Dr. Guillermo Delgado Palacios.

De acuerdo a los autores, para la fecha no se tenía conocimiento de resultados de estudios sistemáticos y rigurosamente científicos en relación con sus aplicaciones medicinales. Informan que algunas de estas aguas se han usado por años para trastornos dispépticos, hiperclorhidria o flatulencia, siendo las más populares “El Castaño” (Aragua) y “Quenepe” (Maiquetía, Distrito Federal). Las de Las Trincheras, San Juan de los Morros y Ureña se continúan usando para enfermedades de la piel y sobre todo para el tratamiento de síndromes reumáticos.

Para los autores, la composición de nuestras aguas termales tienen un contenido mineral parecido a las bien conocidas europeas. Así, la de Quenepe sería semejante a la de Evian, según Delgado Palacios.

Abril-junio 1986

En los números 4-6 del volumen XCIV, se publicó la conferencia magistral dictada por el Dr. Francisco Kerdel Vegas, en el primer congreso de dermatología celebrado en Costa Rica en 1985, titulada: **La dermatología en un mundo injusto.**

Para el autor “Es evidente que el clima cálido de los trópicos favorece y determina la presencia de un conjunto de enfermedades infecto-contagiosas, que bien son propias de la región, o se hacen más frecuentes y graves allí. La interacción entre factores nutricionales, ambientales, sociales, económicos, culturales y genéticos, tienden a hacer el problema complejo y de difícil solución.” Por lo cual “El ejercicio de la dermatología en el trópico exige así una capacitación, una experiencia y unos conocimientos adicionales a los que habitualmente disponen los dermatólogos de los países templados”. Tal es el caso de las dermatosis infecciosas-parasitarias, como las piodermatitis, infecciones por hongos, enfermedades parasitarias y lepra.

Gac Méd Caracas 2011;119(2):173-175

Resúmenes de los trabajos presentados en la Academia Nacional de Medicina

Dr. J. M. Avilán Rovira

Individuo de Número

**Sesión extraordinaria del 07 de octubre
de 2010**

Preside: Dr. Claudio Aöun Soulie

El efecto de nefroprotección de los calcio-

antagonistas: una contribución al conocimiento de su probable mecanismo, por el Dr. José Antonio Colina Chourio.

Según el ponente el objetivo del trabajo fue contribuir al conocimiento sobre el mecanismo

protector del riñón de las drogas anti-hipertensivas, calcio-antagonistas, del grupo de las dihidropiridinas (CA).

Su uso está justificado por la creciente incidencia de la insuficiencia renal crónica, debida a la hipertensión arterial, que ha vuelto imperativa la necesidad de buscar mecanismos nefro-protectores, con el fin de establecer medidas preventivas.

El trabajo es un ensayo clínico controlado con placebo en 55 adultos normotensos e hipertensos, de niveles I y II, quienes recibieron 3 drogas CA, a dosis anti-hipertensivas, divididos en tres grupos: A) normotensos (n=25), que previo ensayo con placebo, recibieron nitrendipina a dosis única de 20mg; B) hipertensos I y II (n=15), que recibieron 20 mg.día de nifedipina durante 12 semanas; y C) hipertensos I y II (n=15), que recibieron amlodipina. Se midieron los parámetros clínicos pertinentes y hormonas renales en plasma y orina (renina, prostaglandinas, calicreínas), óxido nítrico y eGMP.

Como resultados se observaron los efectos anti-hipertensivos conocidos de estas drogas y una estimulación significativa de la excreción urinaria de calicreínas, que estuvo relacionada positivamente con el aumento de óxido nítrico, así como un aumento del eGMP en el suero.

Como conclusiones el autor considera que los CA estimulan la producción de calicreínas urinarias y estas estimulan la síntesis de óxido nítrico, lo cual sugiere su mecanismo protector del riñón.

El autor recomienda profundizar estos hallazgos en pacientes con hipertensión arterial con nefropatía y diabetes mellitus, a muy largo plazo.

Intervinieron los doctores Juan José Puigbó, José A. Ravelo Celis, Miguel Saade Aure, José M. Guevara Iribarren, Rafael Muci-Mendoza, Oscar Rodríguez Grimán, Saúl Kizer y Jesús Enrique González.

Sesión solemne del 14 de octubre de 2010

Preside: Dr. Claudio Aöun Soulie

Aspectos históricos de la hernia inguinal, por el Académico Leopoldo Briceño-Iragorry

Con motivo de la celebración anual del Día de Razetti, la "Conferencia Razetti" versó sobre la historia de la hernia inguinal, a cargo del Académico Leopoldo Briceño-Iragorry, Secretario de la Academia Nacional de Medicina.

Según el autor, con toda seguridad, la hernia

inguinal es la patología quirúrgica que ha suscitado más discusiones en su tratamiento. Revisando los hitos en cirugía pediátrica que aparecen en la Gaceta Médica de Caracas, encontró un trabajo de doctor Luis Razetti, publicado en 1897, sobre un caso de cura radical de la hernia en un niño de catorce meses de edad. Este hallazgo motivó la revisión de la historia de la cirugía de la hernia inguinal, la cual comienza desde los papiros de Ebers hasta nuestros días con el advenimiento de la laparoscopia y su aplicación en esta cirugía.

Sesión ordinaria del 21 de octubre de 2010

Preside: Dr. Claudio Aöun Soulie

Diversos aspectos importantes sobre la salud en Venezuela, por el Académico Claudio Aöun Soulie.

Se presenta una síntesis sobre la situación de salud en la Venezuela de predominio rural, en las décadas de 1920, 1930 y 1940, en la cual un porcentaje de la población era diezmada por diversas endemias que ocasionaban una muerte prematura de los ciudadanos en una amplia zona del territorio nacional.

Es así como un brillante médico venezolano, el Dr. Arnoldo Gabaldón, forma un equipo notable de sanitaristas, ingenieros y trabajadores, quienes realizan una extraordinaria labor al eliminar la malaria y confinarla en áreas muy definidas y controladas. Otro excelente galeno, el Dr. José Ignacio Baldó, logra una disminución notoria de la tuberculosis en toda la geografía del país.

A raíz de estas campañas sanitarias, la expectativa de vida del venezolano pasa de 34 años en 1926 a 76,8 años en la actualidad.

La población rural migra hacia las capitales, especialmente Caracas, Valencia y Maracaibo, creándose cinturones marginales con una muy alta densidad de pobreza, donde surgen una serie de desajustes sociales.

Se crea una infraestructura hospitalaria, que al aumentar la expectativa de vida, tiene que hacer frente a una serie de patologías, como son los problemas cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las nefropatías, procesos mentales, nuevas enfermedades como el Sida, Alzheimer y actualmente enfermedades emergentes como el dengue, el paludismo y agresiones de tipo externo, como son los homicidios y los accidentes de tránsito.

Se comentan una serie de novedades en la formación

de nuevas escuelas de medicina con patrones diferentes a la formación tradicional del médico venezolano, se presentan cifras de las principales causas de mortalidad en el país, con el objeto de que luego de su análisis se formulen sugerencias eficientes para su prevención y tratamiento.

Intervinieron los doctores José M. Avilán Rovira, José Enrique López, José Antonio Ravelo Celis, Felipe Martín Piñate, Juan José Puigbó, Alfredo Díaz Bruzual, Otto Rodríguez Armas, Antonio Clemente Heimerdinger, Luis Ceballos García y Berardo López Moreno.

Sesión extraordinaria del 28 de octubre de 2010

Preside: Dr. Juan José Puigbó

Nuevos adelantos genéticos de la miocardiopatía hipertrófica, por el Académico Harry Acquatella

Las miocardiopatías primarias se dividen en genéticas, adquiridas y mixtas. Dentro de las genéticas la más frecuente es la miocardiopatía hipertrófica. Otras menos frecuentes son la displasia arritmogénica del ventrículo derecho, la miocardiopatía dilatada idiopática y las miocardiopatías de depósito, de defectos de conducción y desórdenes de transporte de iones.

La frecuencia de cardiomiopatía hipertrófica es de 1 en 500 habitantes. El gen mutante es autosómico dominante, con una transmisión cercana al 50 %. La mortalidad de la serie no hospitalaria es de menos de 1 % anual, pero formas especiales como la de aneurisma apical tiene una mortalidad mucho más elevada, de 10 % anual.

Hay dos fenotipos: los asintomáticos de longevidad normal y los sintomáticos que consultan por disnea, angina de pecho, insuficiencia cardíaca y muerte súbita. Constituye la primera causa de muerte en jóvenes atletas.

En el año 1990 por primera vez se describió la mutación del gen del código de la cadena pesada de miosina. Actualmente se estima que hay más de 500 genes sarcoméricos que son responsables de las diferentes formas en un 80 % de la miocardiopatía hipertrófica. En el 20 % restante al momento actual no se han detectado mutaciones entre los 17 genes causantes.

Usualmente al examen clínico inicial se detecta un electrocardiograma anormal de hipertrofia ventricular

izquierdo. Al examen clínico hay un soplo sistólico con pulso de ascenso rápido e historia familiar. Aproximadamente la mitad tienen una obstrucción dinámica del tracto de salida que simula una estenosis aórtica; se pueden acompañar de insuficiencia de la válvula mitral y dar síntomas de isquemia miocárdica que se confunden con enfermedad coronaria.

Actualmente el valor del despistaje genético es desconocido. El riesgo es evaluado clínicamente.

En sus diversas formas la muerte súbita ocurre especialmente en personas antes de los 35 años, aunque también se observa a edades más avanzadas insuficiencia cardíaca; insuficiencia cardíaca ocurre desde edades tempranas y especialmente a edades avanzadas. Dentro de las mutaciones de las proteínas de sarcómero causantes de la miocardiopatía hipertrófica, una de las más frecuentes mutaciones ocurren en la cadena pesada de betamiosina, en la proteína C ligada de miosina, y en los filamentos delgado y grueso. En la cadena de actina y la titina ocurren mutaciones en la cadena ligera de miosina reguladora.

De las mutaciones anormales un 35 % corresponden a la cadena pesada de betamiosina, un 15 % a la proteína C que liga a la miosina y 15 % a la troponina T y menos de 5 % a la alfatropomiosina.

En una exploración de niños mutantes positivos se encontraron que con frecuencia tenían más de una mutación, especialmente en la cadena pesada de betamiosina y la proteína C-ligante de la miosina; estos genes encodan filamentos gruesos responsables de la mayoría de los casos de miocardiopatía familiar o en mayores de 50 años, o en hipertrofia ventricular izquierda detectado en el estudio de Framingham.

Se han estimado como factores mayores predisponentes de muerte súbita en miocardiopatía hipertrófica: historia de paro cardíaco por fibrilación ventricular, episodios de taquicardia ventricular sostenida espontánea e historia de muerte súbita en la familia.

Factores de riesgo menores los constituyen:: síncope de causa no explicada, grosor de pared ventricular de más de 3 cm, respuesta anormal presora al ejercicio, taquicardia ventricular no sostenida y obstrucción del tracto de salida ventricular izquierda.

Intervinieron los doctores Ítalo Marsiglia, Felipe Martín Piñate, Francisco Miranda Ruiz, Carlos Orellana Bencomo, José A. Ravelo Celis, José Francisco y Juan José Puigbó.